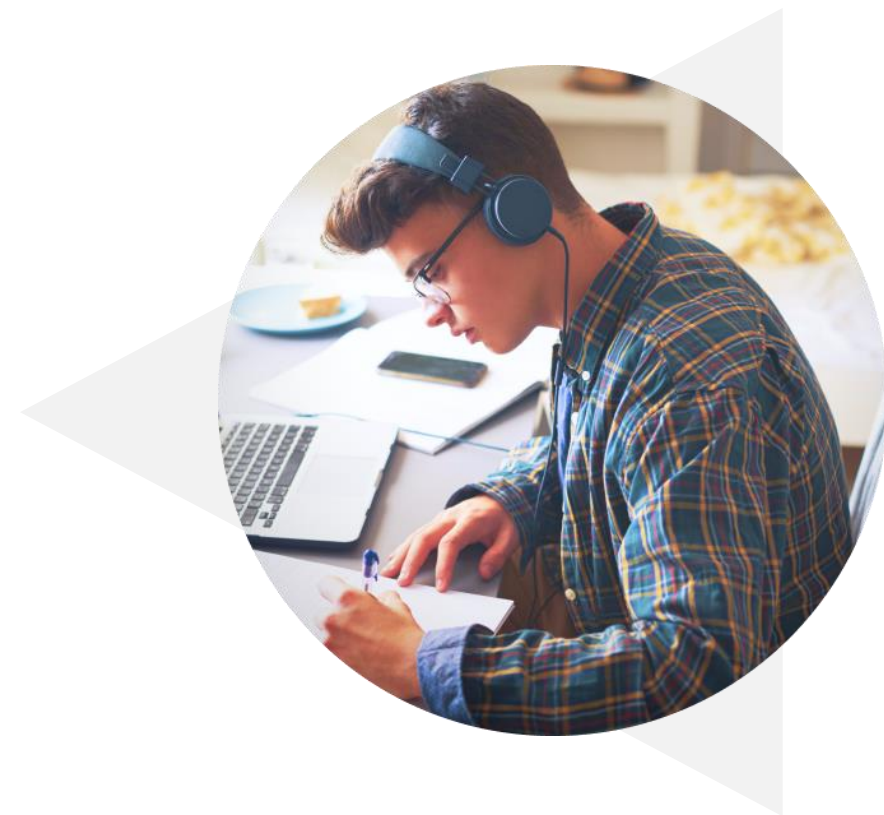


Лекция № 13 – 14

Диагностика болезней зубов и полости рта.

Клиническая анатомия ротовой полости.

Методики исследования в стоматологии.



Кафедра внутренних болезней

Дисциплина пропедевтика клинических дисциплин

Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



Клиническая анатомия ротовой полости



Ротовая полость

Ротовая полость топографически делится на два отдела

- 1. передний, или преддверие рта, открываются протоки околоушных слюнных желез на уровне коронки первого или второго моляра верхней челюсти.**
- 2. задний, или собственно полость рта, сообщаются с полостью рта через межзубные пространства и отверстия у концов альвеолярных отростков позади последних моляров обеих челюстей.**

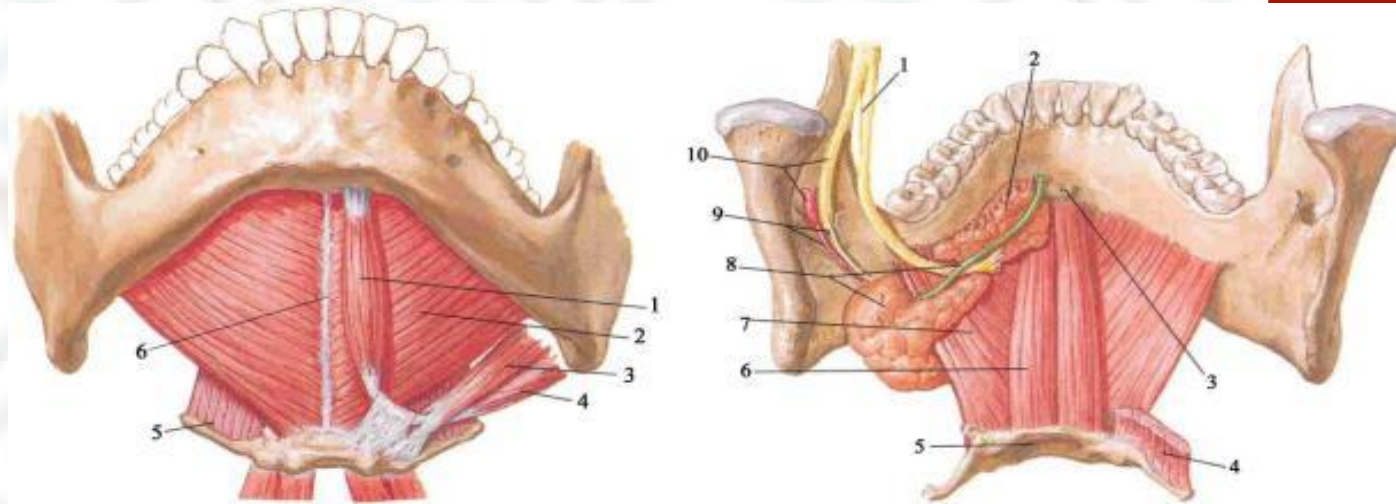
Слюнные железы

Выделяют три пары больших слюнных желез:

1. околоушные (самые крупные слюнные железы, расположенные спереди и к низу от ушной раковины),
2. подчелюстные (расположены под нижней челюстью),
3. подъязычные (располагаются под слизистой дна ротовой полости, по разным сторонам языка)

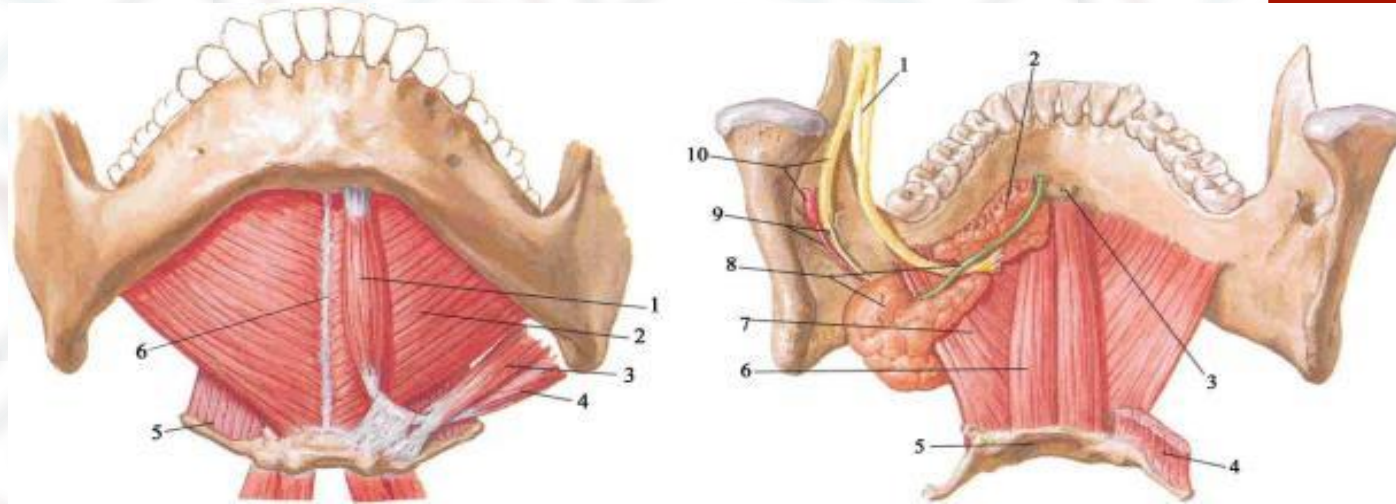


Дно полости рта



Дно полости рта (пространство между нижней челюстью и подъязычной костью). Основной мышцей, составляющей дно, является **челюстно-подъязычная мышца (2)**, которую называют диафрагмой рта. Правая и левая мышцы по средней линии образуют шов. В челюстно-подъязычных мышцах по ходу мышечных пучков обнаруживаются щели, через которые в надподъязычную область из дна полости рта могут распространяться воспалительные процессы и кисты. Под челюстно-подъязычной мышцей расположены мышцы, также прикрепляющиеся к подъязычной кости и как бы снизу подкрепляющие дно полости рта. К ним относится **двубрюшная мышца (1,4)**, **шилоподъязычная мышца (3)**. Дно полости рта также укрепляется парными **подбородочно-подъязычными мышцами (6)** и мышцами языка.

Подъязычные клетчаточные пространства



Сверху: слизистая собственно полости рта

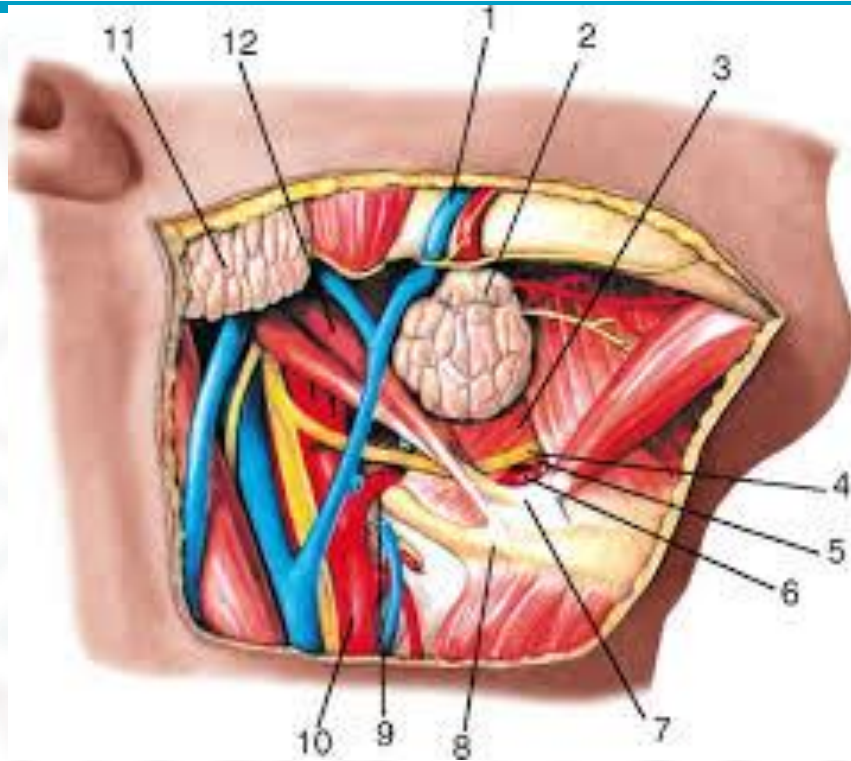
Снизу: челюстно-подъязычная мышца (*m. mylohyoideus*)

Спереди и с боков: задневнутренняя поверхность тела нижней челюсти

Изнутри: подбородочно-подъязычные и подбородочно-язычные мышцы

- **подъязычные слюнные железы (8),**
- **язычный нерв и внутри глубокая артерия языка (1),**
- **а сзади еще и подъязычный нерв (10) .**

Подчелюстной треугольник

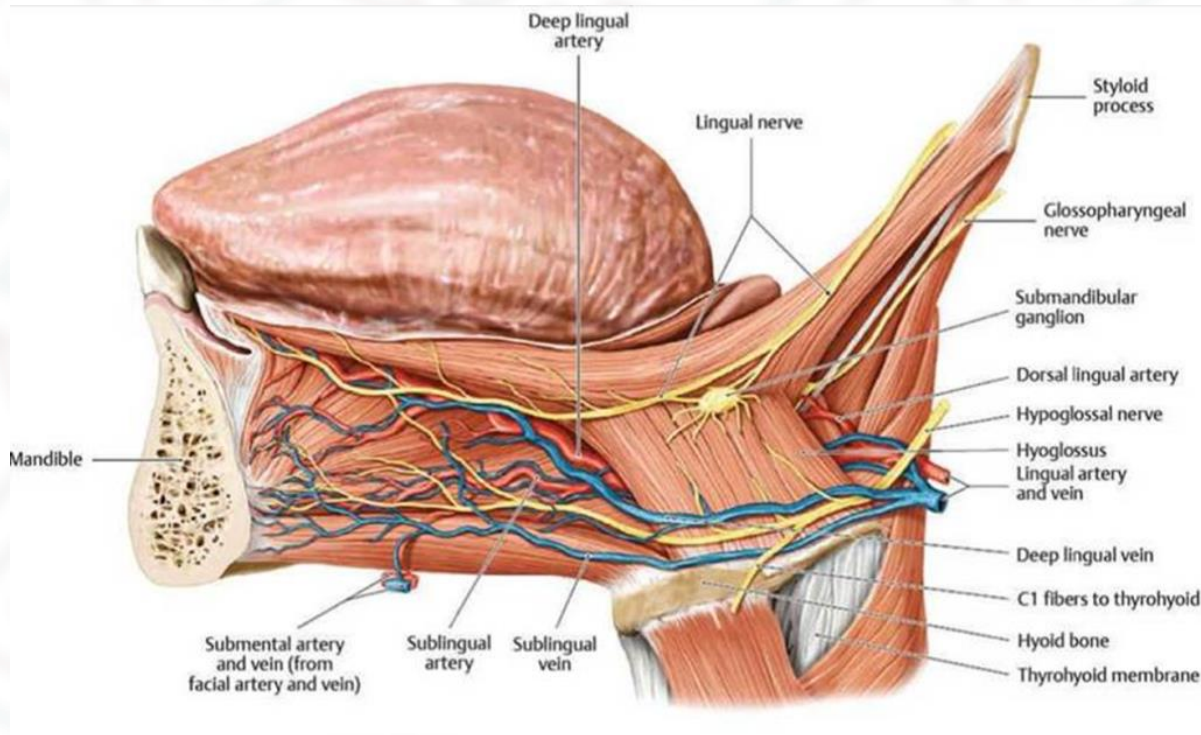


Подчелюстной треугольник.

- Кожа подвижная и легко растяжимая
- 1 фасция и подкожная мышца, по краю нижней челюсти шейная ветвь лицевого нерва;
- 2 фасция (капсула подчелюстной железы, выводной (вартонов) проток железы идет вместе с подъязычным нервом и язычной артерией и открывается несколькими отверстиями в области уздечки языка);
- Лицевая артерия идет под шилоподъязычной мышцей, проникает в ложе подчелюстной железы, перегибается через край нижней челюсти возле переднего края жевательной мышцы;

1 - лицевая артерия и вена; 2 - поднижнечелюстная железа; 3 - подъязычно-язычная мышца; 4 - подъязычный нерв; 5 - язычный треугольник; 6, 9 - язычная артерия; 7 - сухожилие двубрюшной мышцы; 8 - подъязычная кость; 10 - наружная сонная артерия; 11 - околоушная железа; 12 - шилоподъязычная мышца

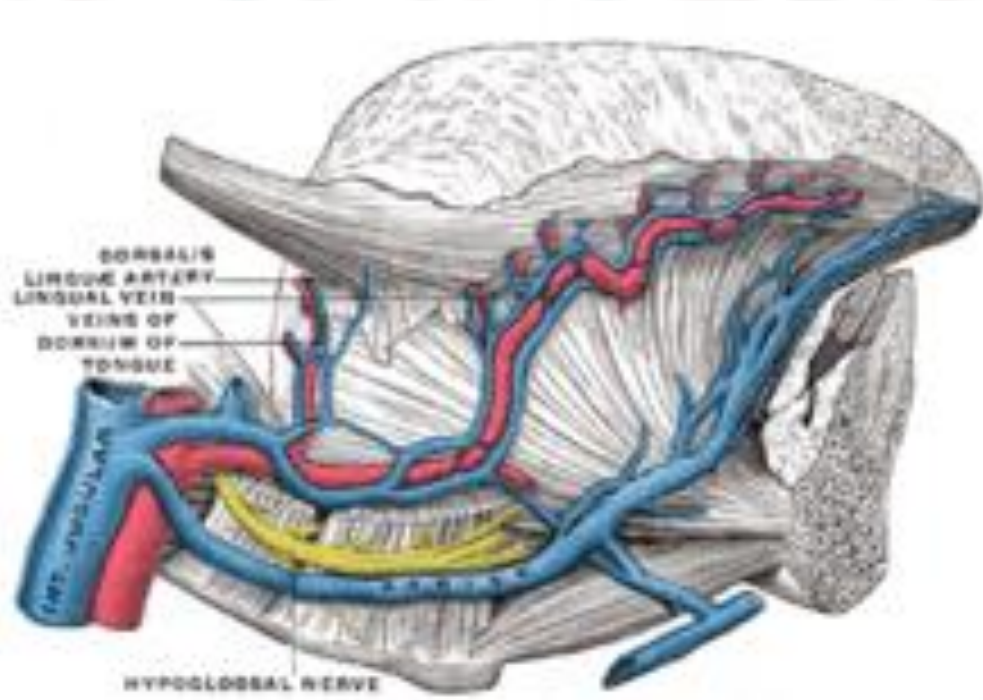
Треугольник Пирогова



Участок подчелюстного треугольника служит местом перевязки язычной артерии (отходит на уровне большого рожка подъязычной кости) при его ранах, например сильных укусах при эпилептических припадках.

- Верхняя граница – подъязычный нерв;
- Нижняя граница - сухожилие двубрюшной мышцы;
- Передняя граница свободный край челюстно-подъязычной мышцы
- Дно – язычно-подъязычная мышца.

Язык



Язычная артерия отдаёт следующие ветви:

1. дорсальные ветви языка снабжают кровью корень языка.
2. подъязычная артерия залегает снаружи от протока подчелюстной железы снабжает кровью скелетные мышцы языка со стороны нижней его поверхности и слизистую оболочку дна полости рта.
3. глубокая артерия языка продолжение основного ствола язычной артерии снабжает кровью глубокие отделы языка.

Венозный отток от языка происходит по сопровождающим артерии одноимённым венам. Язычная вена впадает в заглоточную вену или во внутреннюю яремную вену

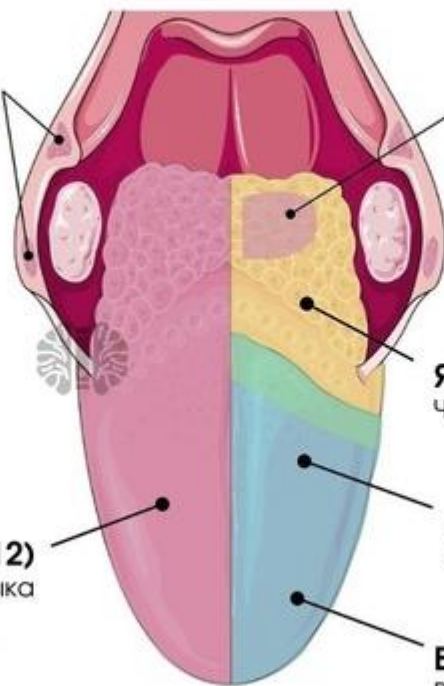
Иннервация языка

В иннервации принимают участие: Тройничный нерв (5 ЧН), Лицевой нерв (7 ЧН) / Промежуточный нерв*, Языкоглоточный нерв (9 ЧН), Блуждающий нерв (10 ЧН), Подъязычный нерв (12 ЧН).

Движение

Глоточная ветвь (ЧН 10)
Движение – небно-язычная мышца

Подъязычный нерв (ЧН 12)
Движение – все остальные мышцы языка



Чувствительность и вкус

Верхний гортанный нерв (ЧН 10)
Чувствительность и вкус – частично корень языка

Языкоглоточный нерв (ЧН 9)
Чувствительность и вкус – задняя 1/3 языка

Язычный нерв (ЧН 5)
Чувствительность – передние 2/3 языка

Барабанная струна (ЧН 7*)
Вкус – передние 2/3 языка

Язычный нерв (**ЧН 5**) обеспечивает болевую, температурную, тактильную чувствительность передних двух третей языка.

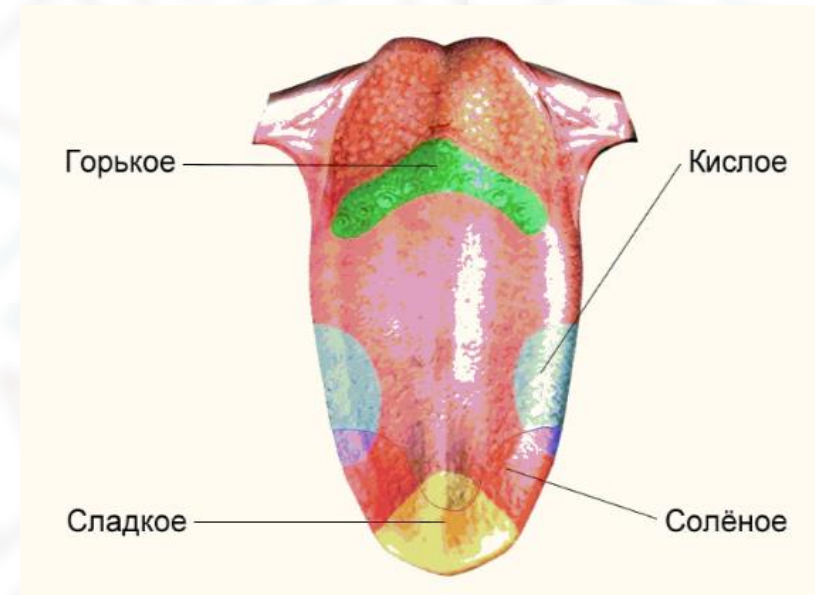
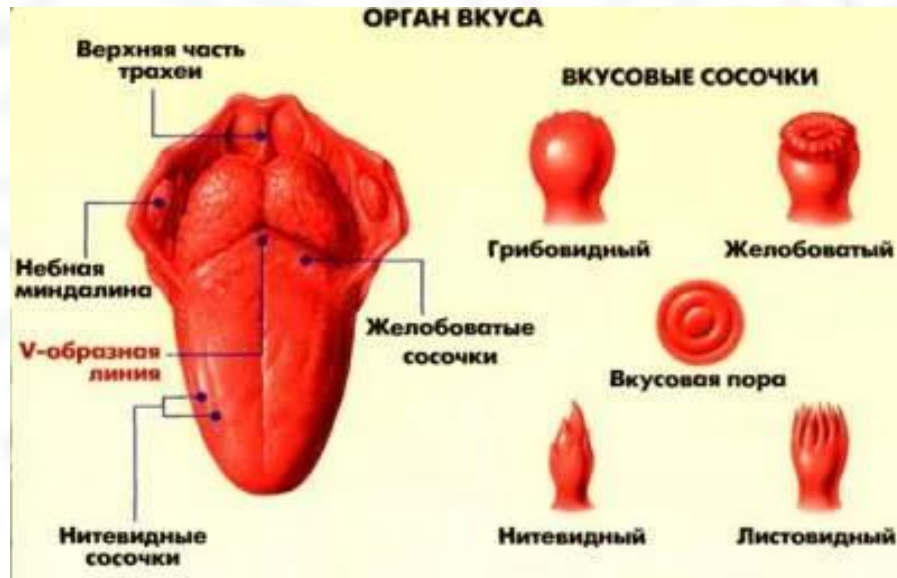
Подъязычный нерв (**ЧН 12**) - двигательные ветви для его мышц языка.

Барабанная струна (отходит в лицевом канале от лицевого нерва **ЧН 7**) - вкусовая иннервация для передних двух третей языка и парасимпатическая иннервация подчелюстной и подъязычной слюнных желёз.

Языкоглоточный нерв (**ЧН 9**) вкусовая иннервация для задней трети языка

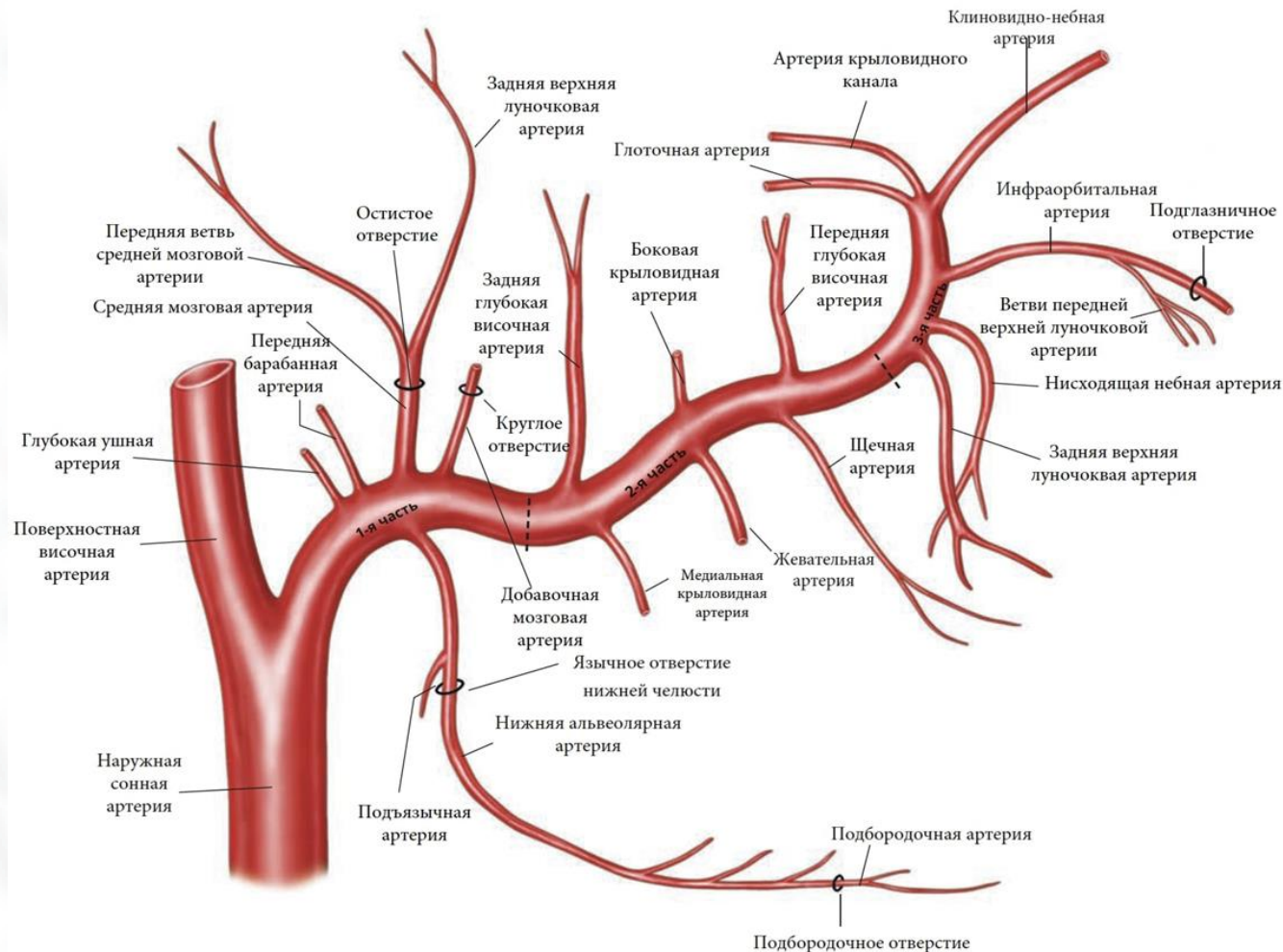
Верхний гортанный нерв (от блуждающего нерва **ЧН 10**) вкусовая иннервация корня языка.

Язык



- кончик языка наиболее чувствителен к сладкому;
- боковые поверхности к кислому и соленому;
- корень – к горькому.

Верхнечелюстная артерия



Челюстной отдел (за ветвью нижней челюсти)

- Глубокая ушная артерия, передняя барабанная артерия
- Нижняя альвеолярная артерия
- **Средняя менингеальная артерия**

Крыловидный отдел (подвисочная ямка)

- Жевательная артерия, Щечная артерия, Крыловидные ветви
- **Передняя и задняя глубокие височные артерии**
- Верхняя задняя альвеолярная артерия

Крыловидно-нёбный отдел (крыловидно-нёбная ямка):

- Подглазничная артерия, Нисходящая небная артерия, Клиновидно-нёбная артерия

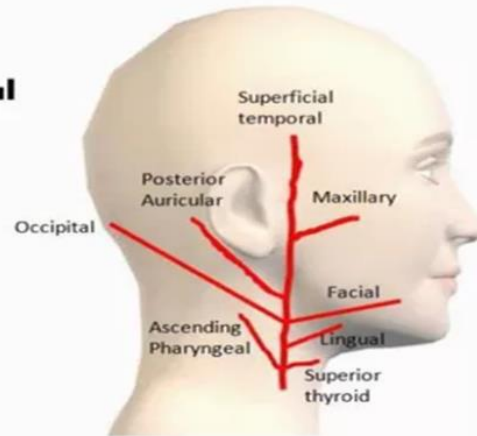


Кровоснабжение лица

External Carotid Artery Branches

Mnemonic : She Always Like Friends Over Papa, Mama & Sister

- * **S** Superior Thyroid
- * **A** Ascending Pharyngeal
- * **L** Lingual
- * **F** Facial
- * **O** Occipital
- * **P** Posterior Auricular
- * **M** Maxillary
- * **S** Superficial temporal

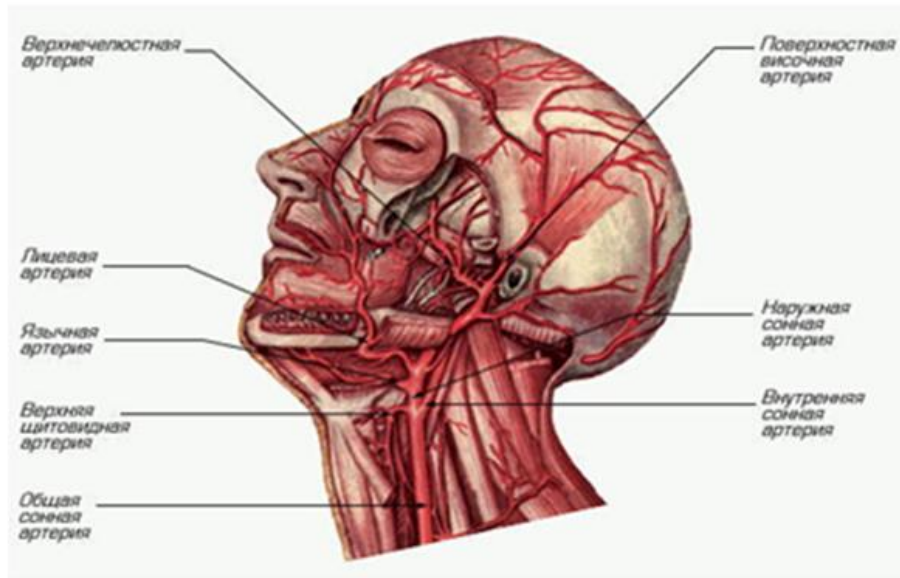


Кровоснабжение лица осуществляется из наружной сонной артерии (лицевая артерия, язычная, верхнечелюстная) и в меньшей степени из внутренней (глазная артерия).

Для лучшего запоминания ветвей наружной сонной артерии есть мнемонический прием.

Some Anatomists Like Freaking Out Poor Medical Students.

Венозная система лица

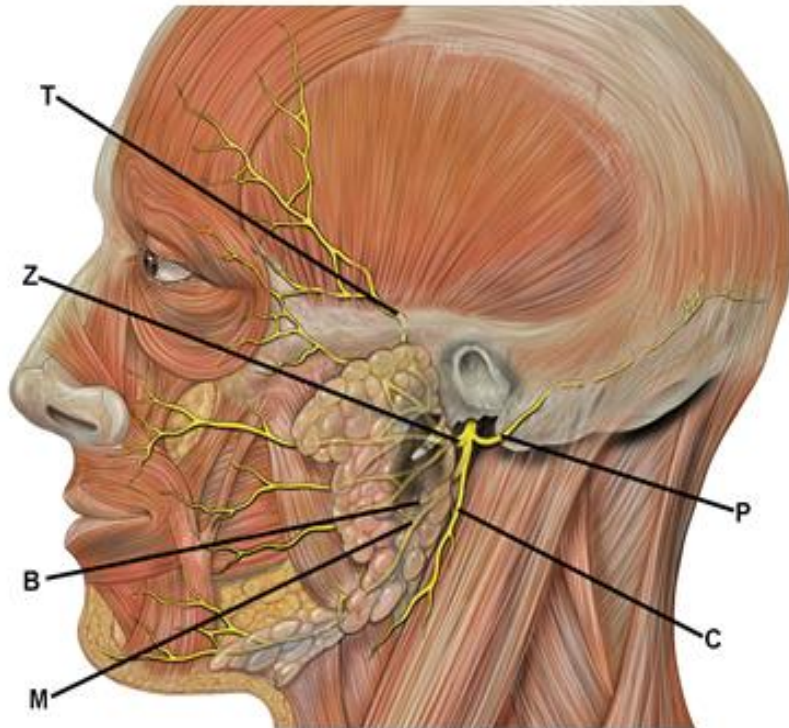


- Вены лица образуют две сети поверхностную и глубокую.
- Поверхностная сеть состоит из двух вен: лицевой и позадичелюстной вены, ход которых совпадает с ходом артерий, вены впадают во внутреннюю яремную вену.
- Лицевая вена сообщается в области внутреннего угла глаза с верхней глазной веной, которая через крыловидное венозное сплетение (глубокая сеть) сообщается с пещеристым синусом. Гнойные заболевания лица могут иметь внутричерепные осложнения.

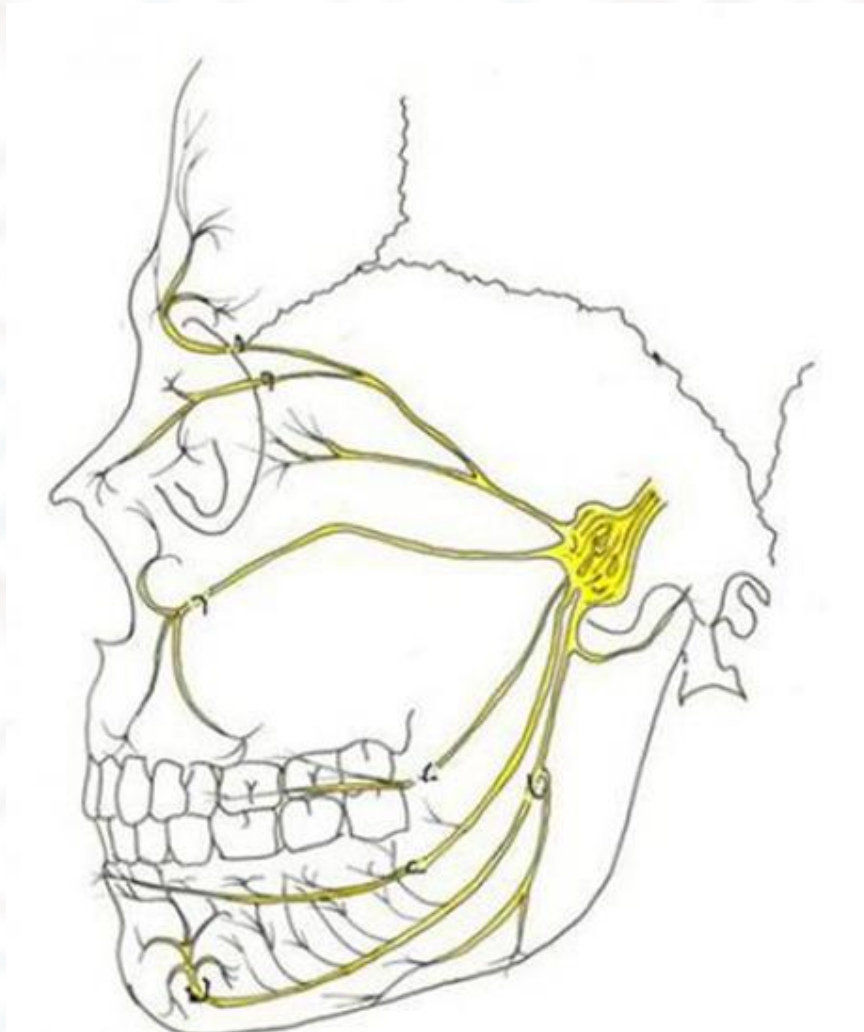
Лицевой нерв

Лицевой нерв (7 пара черепных нервов) иннервирует мимическую мускулатуру. Выходит из черепа через шилососцевидное отверстие и вступает в толщу околоушной слюнной железы. Где разделяется на 5 групп нервов (гусиная лапка):

1. Височные ветви,
2. Скуловые ветви,
3. Щечные ветви,
4. Краевая ветвь нижней челюсти,
5. Шейная ветвь
6. Задняя ушная ветвь (идет к уху)



Третья ветвь тройничного нерва



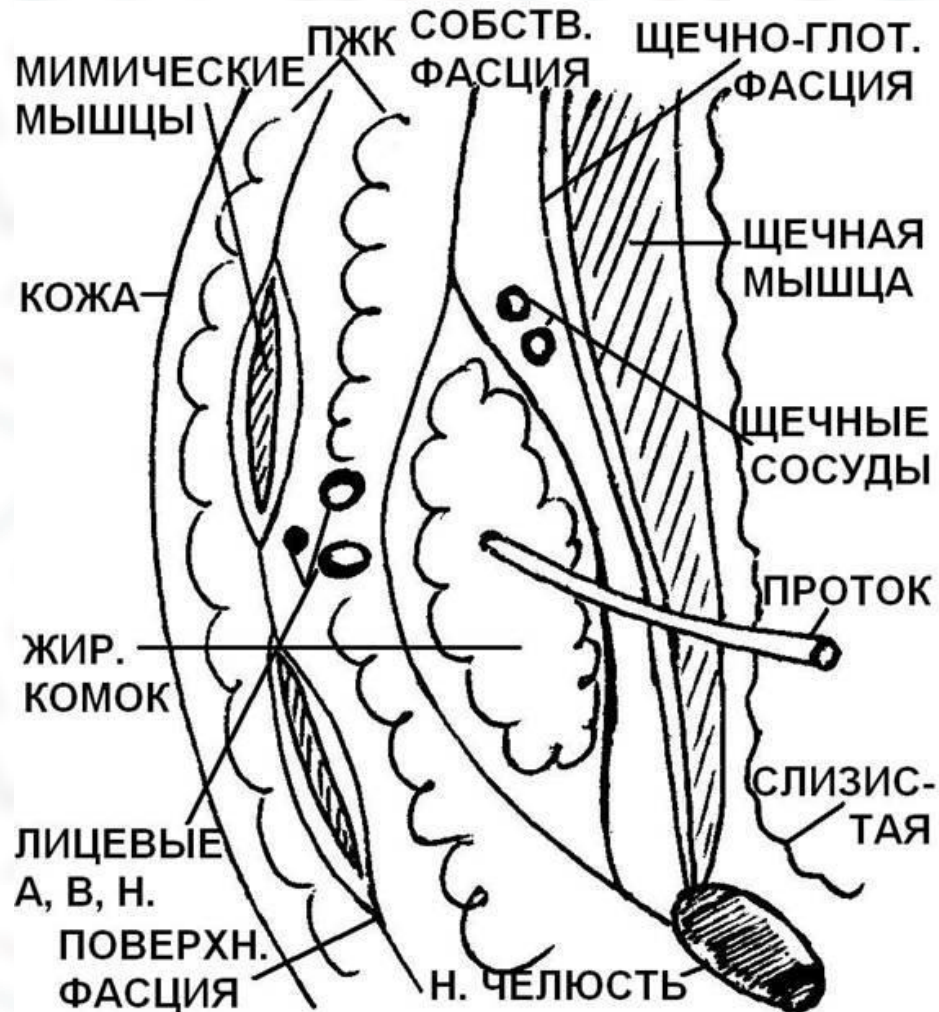
Третья ветвь тройничного нерва (5 пара ЧМН) выходит из полости черепа через овальное отверстие и иннервирует жевательные мышцы, переднее брюшко двубрюшной мышцы и шилоподъязычную мышцу.

Кожа лица иннервируется чувствительными ветвями тройничного нерва (надглазничная, подглазничная, подбородочная ветвь).

Проекция костных отверстий:

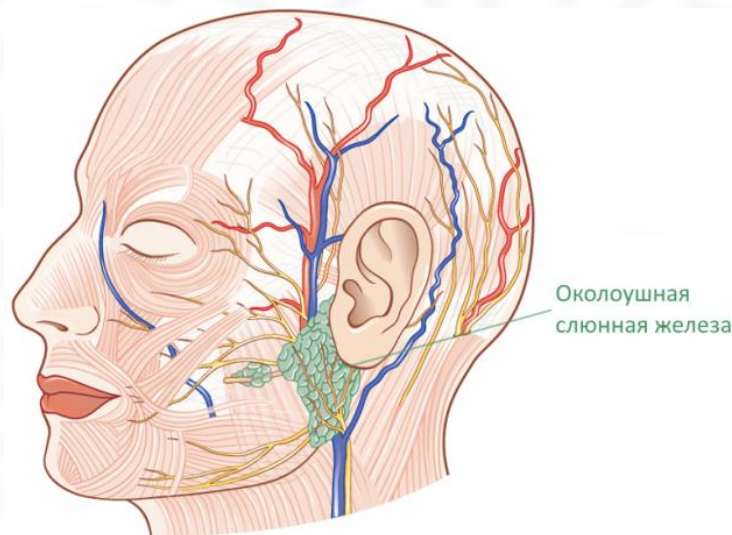
- Подглазничное отверстие на 0,5 см книзу середины нижнего глазничного края;
- Подбородочное отверстие на середине высоты тела нижней челюсти между 1-2 малым коренным зубом.

Щечная область



- В подкожно-жировой клетчатке находятся поверхностные мимические мышцы и примыкает отграниченный тонкой фасцией жировой комок Биша который продолжается в соседние области.
- Лицевая артерия перегибается через край нижней челюсти идет между щечной и скуловой мышцами к внутреннему углу глаза. Лицевую артерию сопровождает вена (сзади), которая в области угла глаза анастомозирет с верхней глазничной и далее с пещеристым синусом.
- Глубже комка Биша находится щечно-глоточная фасция и щечная мышца, которую прободает выводной проток околоушной слюнной железы.

Околоушно-жевательная область



Околоушная слюнная железа (самая большая слюнная железа) лежит на жевательной мышце и большая часть позади нижней челюсти.

- Передний край поверх жевательной мышцы;
- Задний край достигает жевательной мышцы;
- Верхний скуловая дуга, наружный слуховой проход (**слабое место**);
- Нижний спускается на шею, а глоточным отросток выполняет промежуток между шиловидным отростком и внутренней крыловидной мышцей (**слабое место**) и примыкает к окологлоточному пространству.
- В толще железы проходят наружная сонная артерия (место отхождения верхнечелюстной ветви), позадичелюстная вена, лицевой и ушно-височный нерв.
- Основной проток (Стенонов) открывается в проекции 1-2 верхних моляров.

Глубокая область лица

Глубокая область лица (межчелюстная область по Н.И.Пирогову)

Границы:

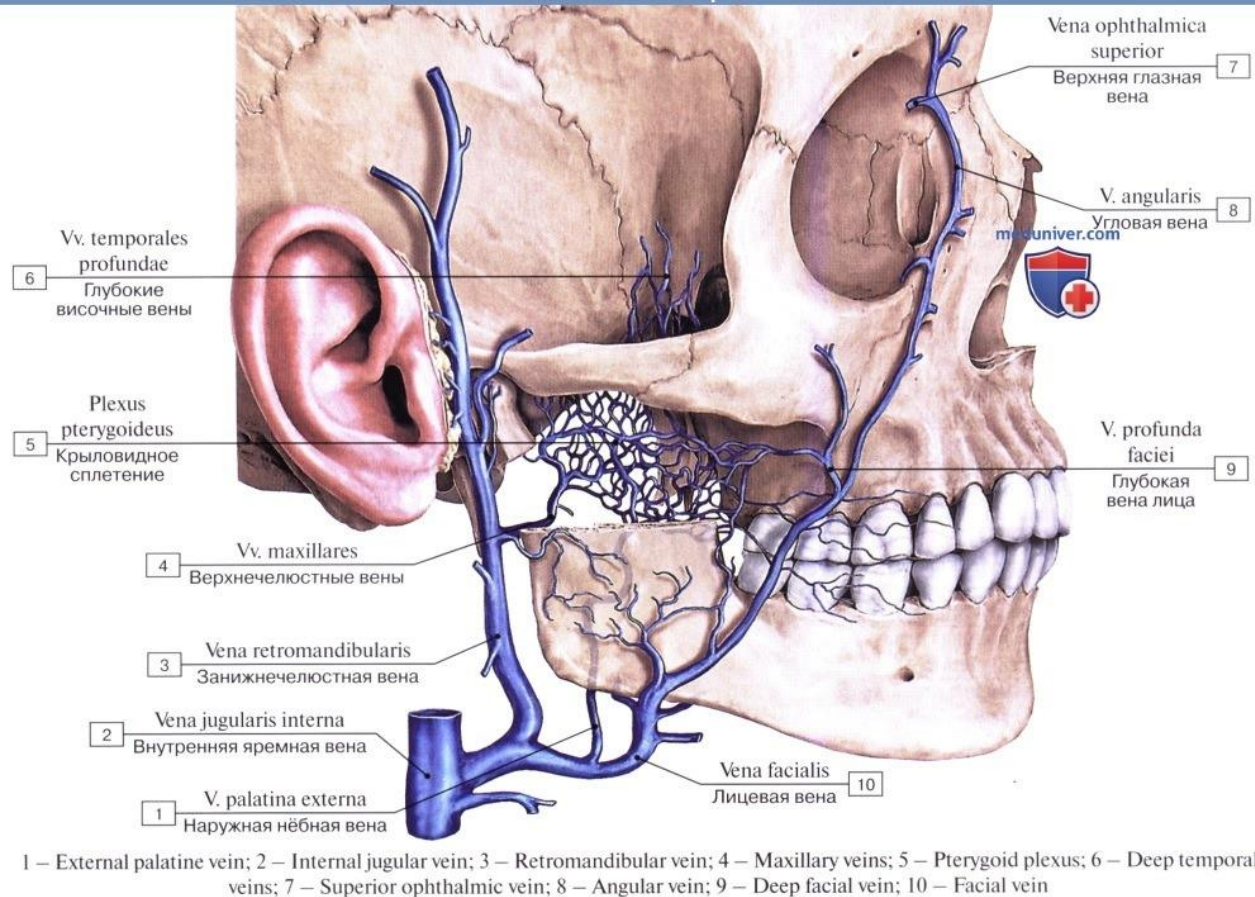
- снаружи - ветвь нижней челюсти;
- изнутри - бугор верхней челюсти;
- сверху - нижней поверхностью большого крыла клиновидной кости с овальным и остистым отверстиями.

Состоит из 3-х частей:

- а) Височно-крыловидного пространства;
- б) Межкрыловидного пространства;
- в) Крылонебной ямки;

Височно-крыловидный промежуток

Вены лицевого черепа

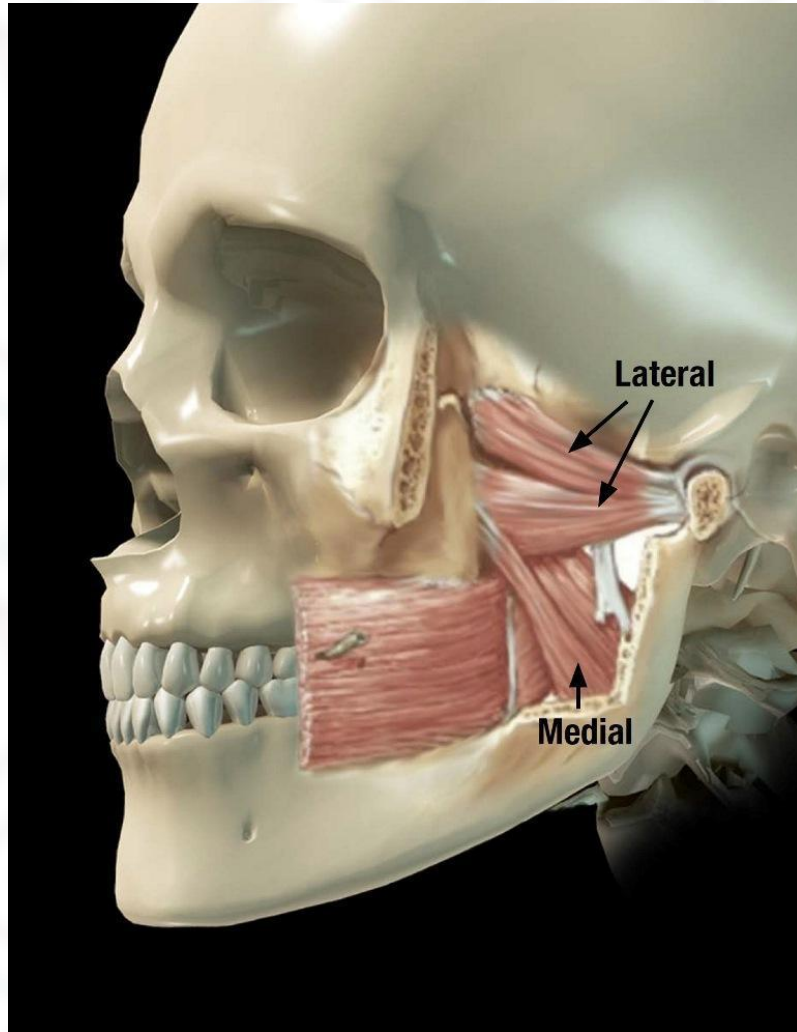


Височно-крыловидный промежуток отграничен: снаружи - конечный отдел височной мышцы с венечным отростком нижней челюсти, снутри - наружной крыловидной мышцей.

Содержит в себе крыловидное венозное сплетение, которое соединяет многочисленными связями поверхностные вены лица с пещеристым синусом твердой мозговой оболочки.

Данные связи обуславливают переход инфекции с мягких тканей лица (особенно носогубного - треугольника) на твердую мозговую оболочку. Также здесь проходит верхнечелюстная артерия с отходящими от нее средней менингеальной и нижней луночковой артериями.

Межкрыловидное пространство



Межкрыловидное пространство располагается между латеральной и медиальной крыловидными мышцами. Содержит в себе глубокую часть крыловидного венозного сплетения, верхнечелюстную артерию с отходящими от нее ветвями: артерией жевательной мышцы, передней и задней глубокими височными артериями и щечной артерией.

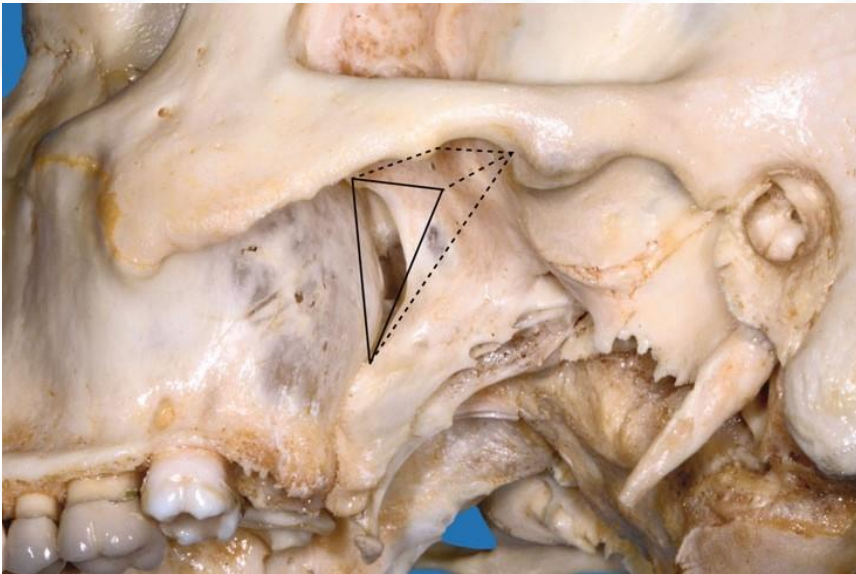
В данный промежуток через овальное отверстие входит нижнечелюстной нерв (3-я ветвь тройничного нерва) и дает ветви: нижний луночковый нерв, язычный нерв, ушновисочный нерв, щечный нерв, глубокие височные нервы, нервы жевательной мышцы и барабанная струна.

Крылонебная ямка

Крылонебная ямка отграничена: спереди - бугром верхней челюсти, сзади - крыловидным отростком клиновидной кости, снизу - перпендикулярной пластинкой небной кости, сверху - нижней поверхностью тела и основания клиновидной кости.

Содержит конечный отдел верхнечелюстной артерии с ветвями: нижнеглазничной артерией, верхними луночковыми артериями, нисходящей небной артерией, небо-клиновидной артерией.

В крыло-небную ямку через круглое отверстие проходит верхнечелюстной нерв (2-я ветвь тройничного нерва) и дает ветви: верхние луночковые нервы, скуловой нерв, крыло-небный и нижнеглазничный нервы.

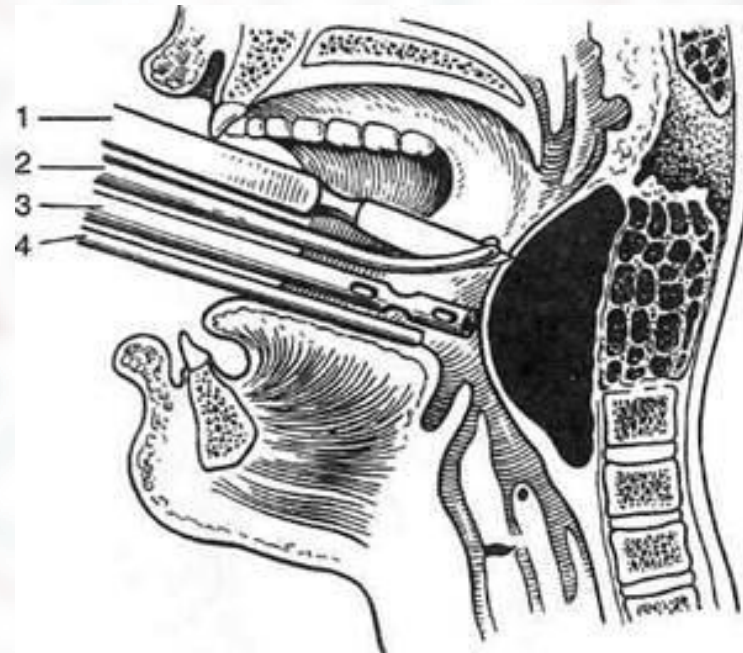
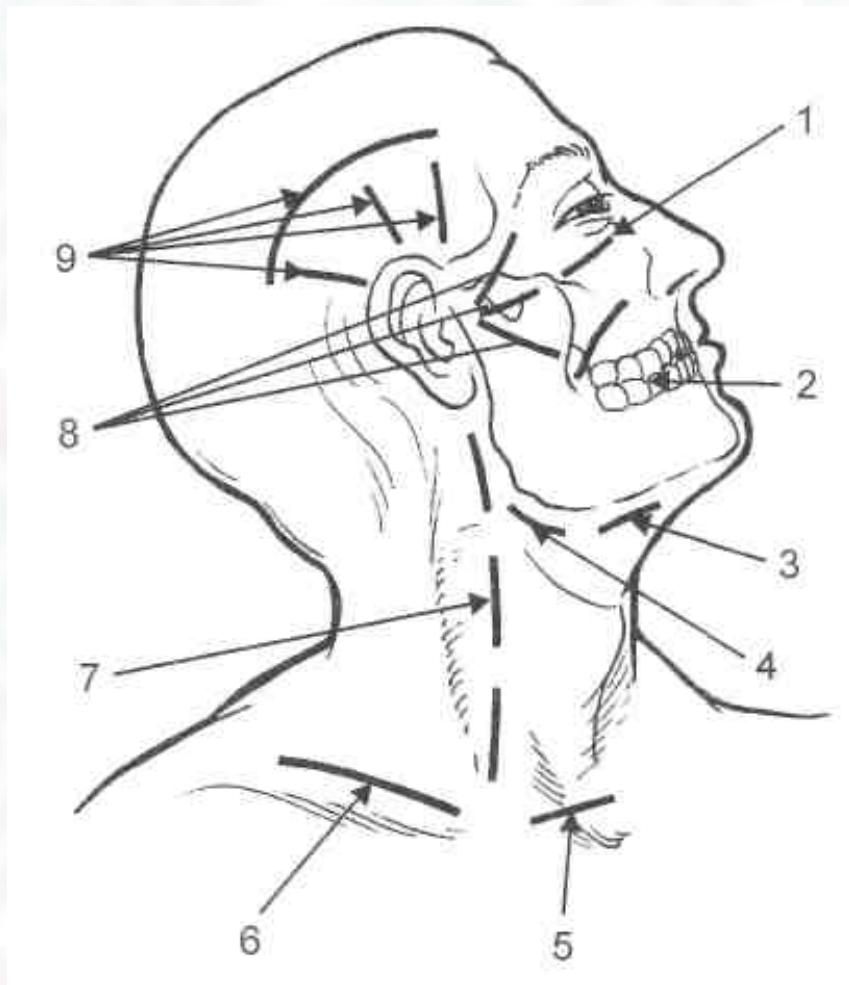


Флегмоны лица

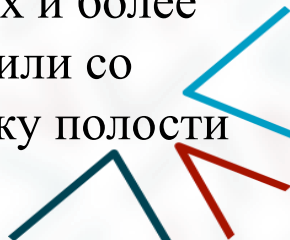
В клинической практике используют классификацию гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области предложенную А.И. Евдокимовым и Г.А. Васильевым, построенную по топографо-анатомическому принципу.

1. Флегмоны, расположенные в клетчаточных пространствах, прилежащих к верхней челюсти (подглазничная, скуловая и орбитальная области, височная, подвисочная и крыловидно-нёбная ямки, твердое и мягкое нёбо);
2. Флегмоны, расположенные в клетчаточных пространствах, прилежащих к нижней челюсти (подбородочная, подподбородочная, поднижнечелюстная и щечная области, крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное и поджевательное пространства, область околоушной слюнной железы, позади нижнечелюстная ямка);
3. Флегмоны дна полости рта - верхний и нижний отделы;
4. Флегмоны языка и шеи.

Флегмоны лица



- Поверхностно расположенные абсцессы и флегмоны вскрывают чаще наружным доступом.
- Абсцессы, расположенные ближе к слизистой оболочке, вскрывают со стороны полости рта. Флегмоны двух-трех и более областей лица и шеи опорожняют наружным доступом или со стороны наружных покровов и через слизистую оболочку полости рта.



« Ничто не радует так глаз как симметрия»
К. Прутков (литературный герой).

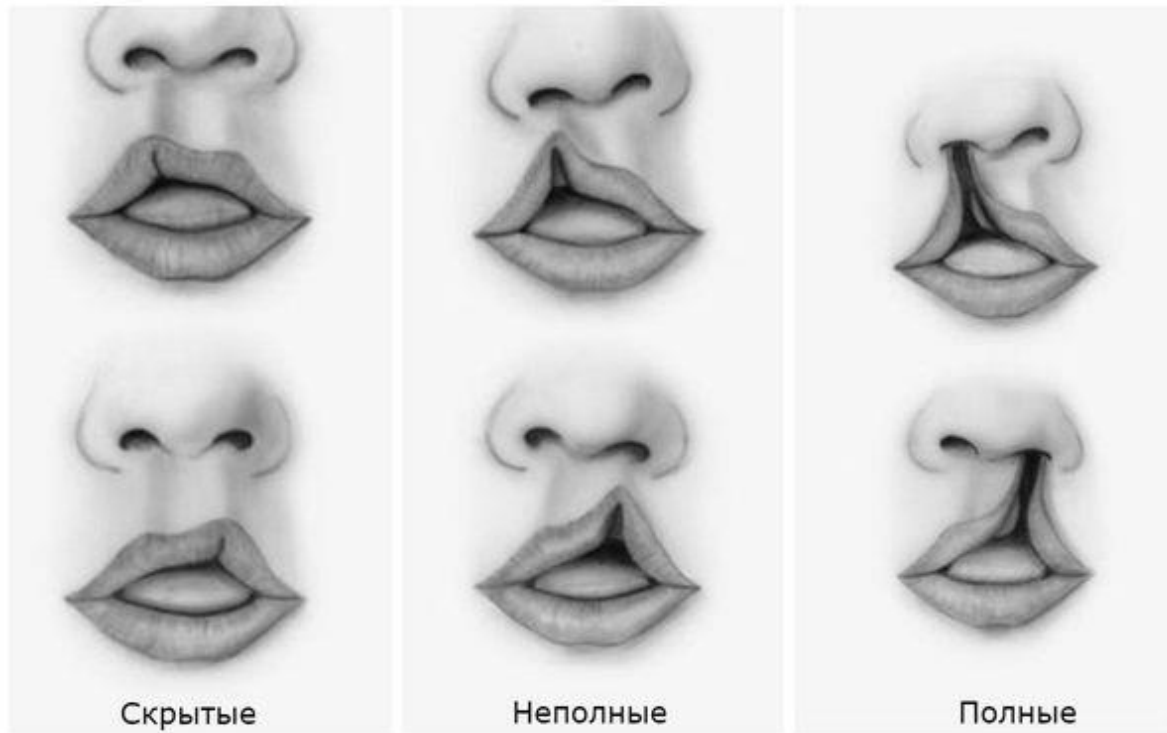
Полость рта формируется уже к концу второго месяца эмбрионального развития. С точки зрения формирования аномалий развития эти два месяца являются решающими. Роль 5 ротовых отростков, окружающих ротовую бухту, известна: из носовых отростков, отходящих от лобных отростков, формируется нос до носослезной борозды, а так же средняя часть верхней губы, альвеолярный отросток, включающий в себя резцы. Из двух верхнечелюстных отростков формируются две верхние челюсти , а затем с удлинением лица, опущением языка срастаются отростки твёрдого ребята , отделяя полость рта от полости носа.



Если носовой отросток не срастается с одним или обоими отростками верхней челюсти, то возникает «**заячья губа**», то есть несращение верхней губы, либо с одной стороны, либо двухстороннее несращение верхней губы. Если не срастаются правый и левый отростки твёрдого неба, то возникает расщелина твёрдого неба - «**волчья пасть**», которая имеет различные размеры.

Слизистая оболочка полости рта, языка эктодермального происхождения, как и кожные покровы, и нервная система, общность происхождения объясняет проявление болезненных состояний нервной системы на коже и слизистой человека (нейродермит и псориаз на коже) эрозии и язвы при органических поражениях, травмах ЦНС, нарушение вкуса, ксеростомия, что не всегда связано с гипофункцией слюнных желёз.

Врождённые пороки лица



Наиболее частым врожденным пороком челюстно-лицевой области является незаращение верхней губы («заячья губа») и незаращение верхнего неба («волчья пасть»). Патология (Хейлосхизис) встречается у одного на 1 ребенка из 2500.

Хейлопластика

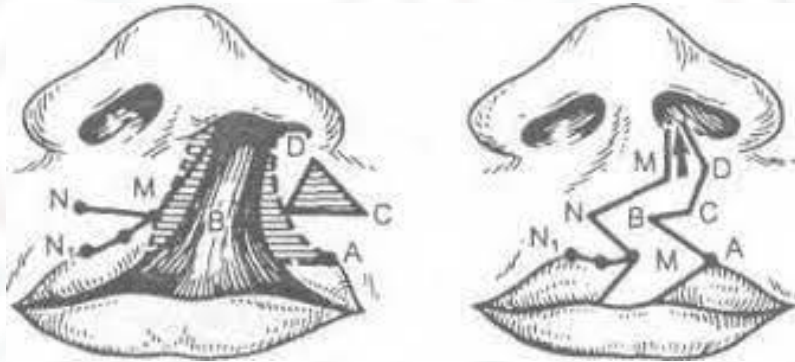
При хейлосхизис операцию делают в 3 — 6 месяцев. Цель операции:

- 1) устранить расщелину;
- 2) удлинить верхнюю губу;
- 3) исправить форму носа.

Методы пластики губы можно разделить на три группы в зависимости от формы разрезов на коже губы.

- линейные методы Евдокимова, Лимберга, Милларда;
- методы, в основу которых положено перемещение на коже нижней трети губы треугольных кожных лоскутов;
- методы при которых удлинение губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы.

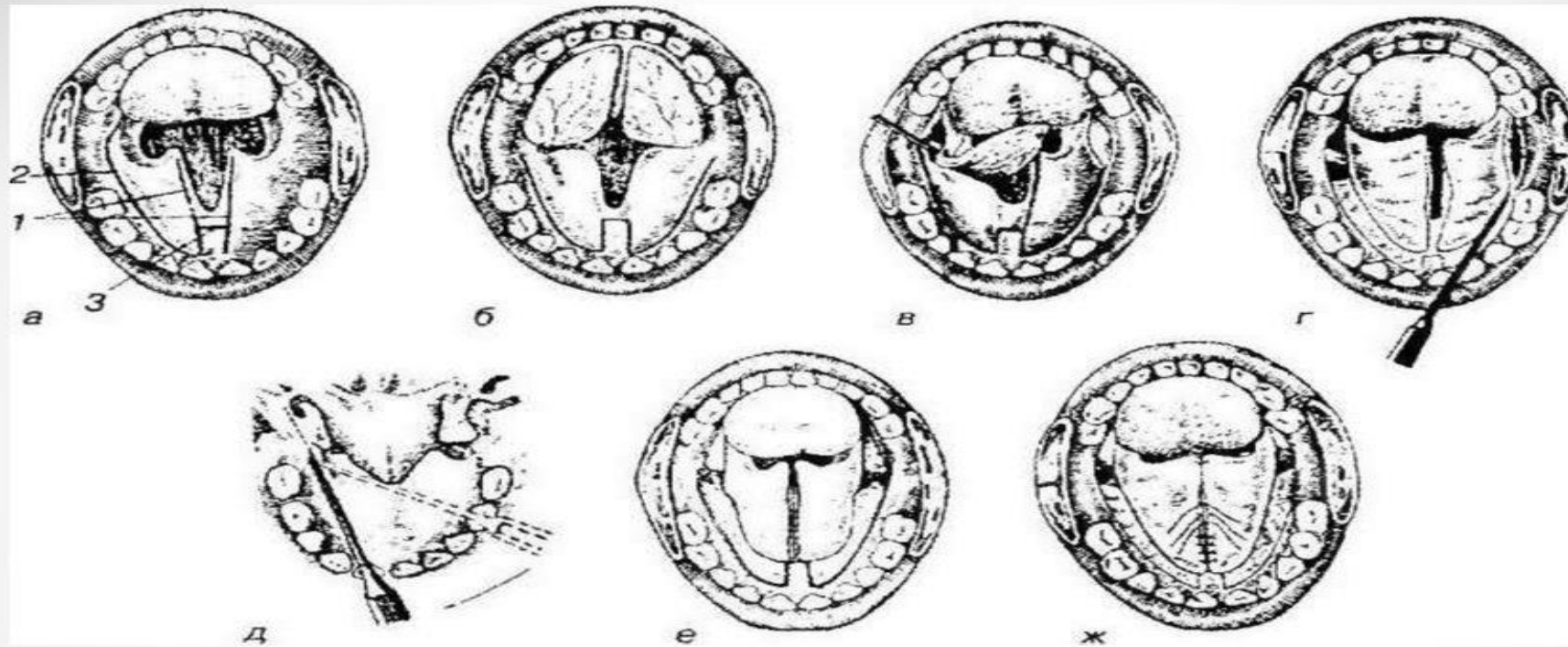
Все используемые методы хейлопластики позволяют: сформировать верхнюю губу, создать все ее анатомические параметры, сопоставить мышцы в положении миодинамического равновесия, сформировать верхний свод преддверия рта, но не предусматривают исправления кожно-хрящевого отдела носа, что откладывается до 12— 16 лет.



Уранопластика

- Пластику мягкого и твердого неба (уранопластика) при полной расщелине проводят в разном возрасте: мягкое небо оперируют в возрасте 1 года — 2 лет, а расщелину твердого неба — в возрасте 2—4 лет и старше. Однако, несмотря на разные точки зрения, большинство хирургов в настоящее время считают, что все операции у детей с расщелиной губы и неба должны быть закончены в дошкольном возрасте.
- Хирургическим путем необходимо устранить основные анатомические нарушения, имеющиеся при расщелине неба:
 - 1) на всем протяжении закрыть расщелину неба, при двухэтапном лечении — на первом этапе проводят только пластику мягкого неба, на втором — пластику оставшегося дефекта неба;
 - 2) удлинить мягкое небо;
 - 3) сузить средний отдел глотки.
- Пластику неба осуществляют местными тканями, используя при этом перемещенные слизисто-надкостничные лоскуты с небных пластинок и ткани мягкого неба. А.А. Лимберг (1927) предложил методику операции, позволяющую одномоментно решить все три задачи.

Уранопластика по Лимбергу



Радикальная уранопластика (по А. А. Лимбергу): а — линии разрезов (1 — для освежения краев дефекта; 2 — боковой; 3 — поперечный); б — лоскуты выкроены и откинuty книзу; в, г — этапы ламинарной остеотомии, сужение расщелины; д — положение долота, стрелка указывает направление его движения; е — положение лоскутов к концу операции; ж — сшивание лоскутов



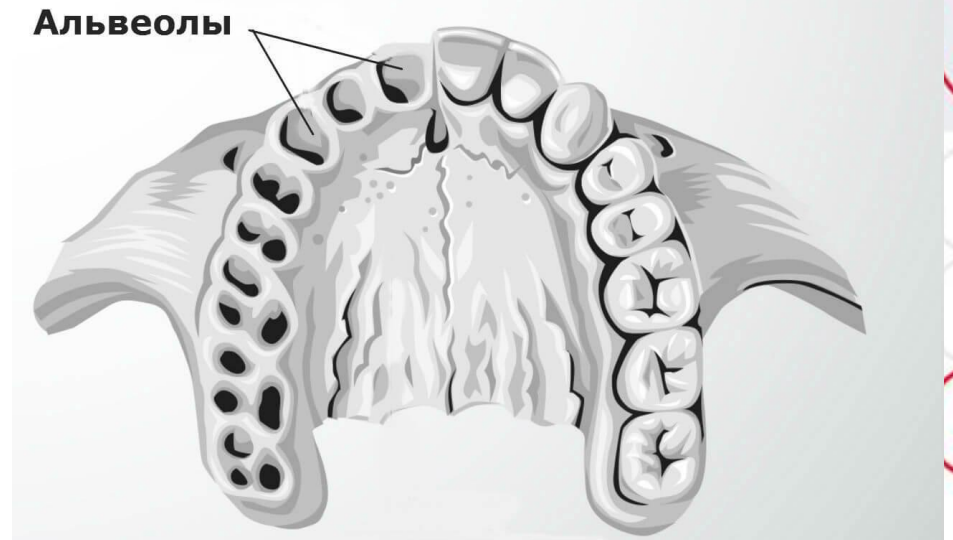
Зубная формула



Анатомия зуба



1. Коронка зуба
2. Шейка зуба
3. Корни зуба
4. Фиссура
5. Эмаль зуба
6. Дентин
7. Пульпа зуба
8. Полость зуба
9. Полость коронки зуба
10. Каналы корней зуба
11. Нервы
12. Артерии
13. Вены
14. Цемент
15. Верхушки корней зуба
16. Аликральные отверстия
17. Альвеола (альвеолярная лунка)
18. Альвеолярный сосудисто-нервный пучок
19. Периодонт
20. Десневые желобки
21. Десна
22. Слизистые сосочки
23. Челюсти





Корни зуба



**верхние центральные, боковые резцы,
клыки имеют один корень и один канал**

**нижние центральные, боковые резцы,
клыки в 20 – 30 % могут иметь два корня и
канала**

**верхние первые и вторые премоляры в 20 –
40 % могут иметь два корня и канала, в 1%
три канала**

Зубная формула



Система Зигмонда-Палмера (наиболее распространена). По этой системе горизонтальная линия указывает на принадлежность зуба к верхней или нижней челюсти, а вертикальная – к правой или левой стороне. Зубы постоянного прикуса обозначаются арабскими цифрами.

Двух цифровая система. Применяется в настоящее время, принята FDI (Международная Ассоциация Стоматологов) и рекомендована Стоматологической Ассоциацией России. По этой системе к порядковому номеру каждого зуба (1-8) впереди добавляется номер квадранта (1-4).

Буквенно-цифровая система. По ней каждый зуб обозначается начальной буквой своего латинского обозначения (I — резцы, C — клыки, P — премоляры, M — моляры). Постоянные зубы обозначаются заглавными буквами. После каждой буквы прописывается число, обозначающее порядок зуба.

В американской стоматологической практике постоянные зубы нумеруют поочередно, начиная с правого верхнего зуба мудрости – это зуб 1, и заканчивая нижним правым зубом мудрости – 32.



Зубная формула

Зубная формула

КВАДРАТНО-ЦИФРОВАЯ СИСТЕМА СИГМОНДИ-ПАЛМЕРА

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

для взрослых

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

для детей



Международная двухцифровая система Виола.

зубная формула

Американская буквенно-цифровая система



Условные обозначения зубной формулы:

- зуб здоровый – З,
- отсутствующий – О,
- непрорезавшийся – НП,
- корень – КН,
- кариес – К,
- пульпит – П,
- гангрена – Г, гранулема – ГР,
- подлежащий удалению – Э,
- коронка металлическая – КМ, м
- остовидный протез – М,
- съемный протез – ПР,
- пломба – ПЛ.

ДАнные обследования:

Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;

Подвижность:	I	II	III														
Состояние зуба:				К	П	Д	Пл	ИК	ИЗ	В	И	КЗ	О	Пт			
Верхняя челюсть:	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Нижняя челюсть:	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Состояние зуба:	К/Пл																
Подвижность:																	

Состояние зубов:

К - кариес, П - пульпит, Д - дефект, Пл - пломба, ИК - искусственная коронка, ИЗ - искусственный зуб, В - вкладка, И - имплантат, КЗ - корень зуба, О - отсутствующий зуб, Пт - периодонтит

Подвижность:

Степень - I II III

Индекс интенсивности кариеса (КПУ): 10



Условные обозначения зубной формулы:

Классификация подвижности зубных единиц

1-я степень – подвижность зубных единиц определяется только в переднезаднем направлении;

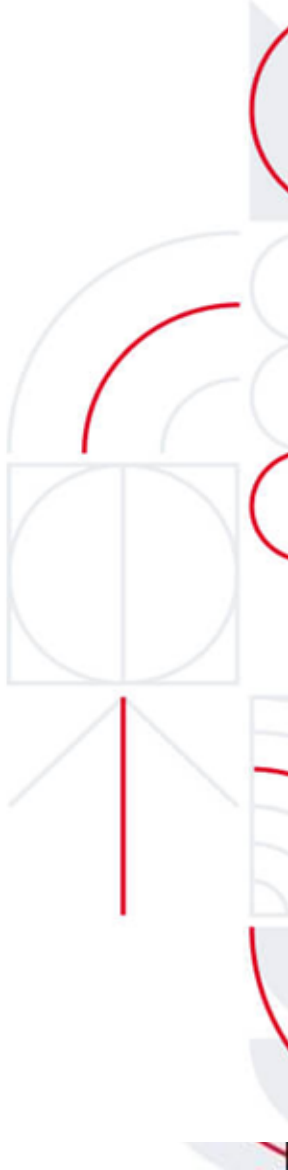
2-я степень – подвижность зубных единиц возникает вперед-назад и в обе стороны;

3-я степень – подвижность зубных единиц выражена вертикально, в обе стороны и в верхне-нижнем направлении.





Организация стоматологической помощи



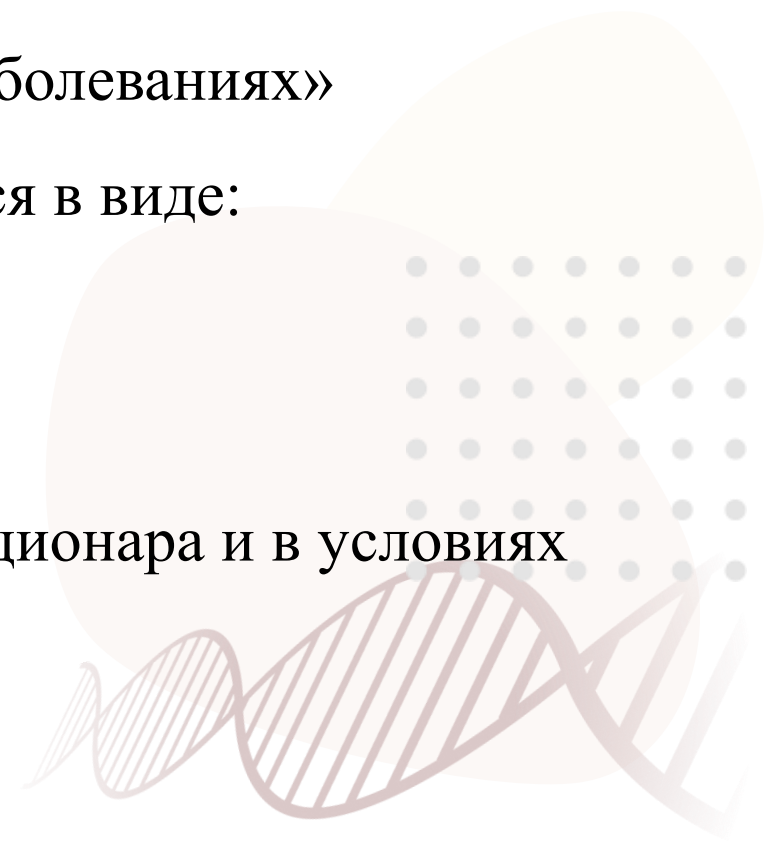
Приказы

Стоматологическая помощь взрослому населению организована в соответствии с приказом МЗ РФ от 31.07.2020 года N786н « Об утверждении порядка оказания помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»

Согласно этому приказу медицинская помощь оказывается в виде:

1. первичной медико-санитарной помощи и
2. специализированной помощи.

Помощь может оказываться амбулаторно, в условиях стационара и в условиях дневного стационара.



Приказы

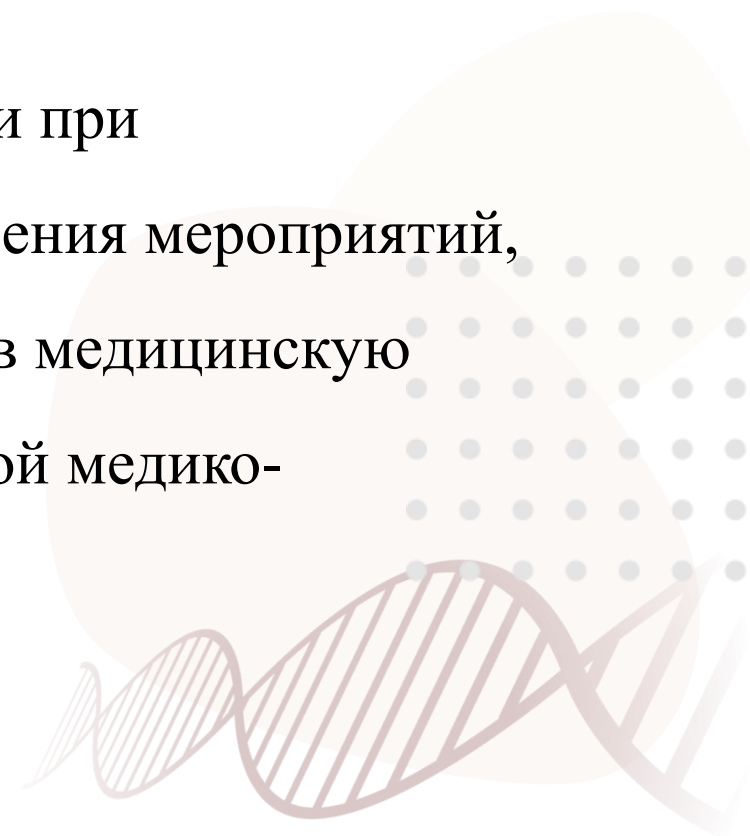
Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

1. экстренная - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу для жизни пациента.
2. неотложная - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.
3. плановая - при лечении заболеваний и состояний, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания помощи не повлечёт ухудшения состояния пациента, угрозу жизни и здоровья.

Приказы

Первичная доврачебная помощь взрослому населению оказывается фельдшерами.

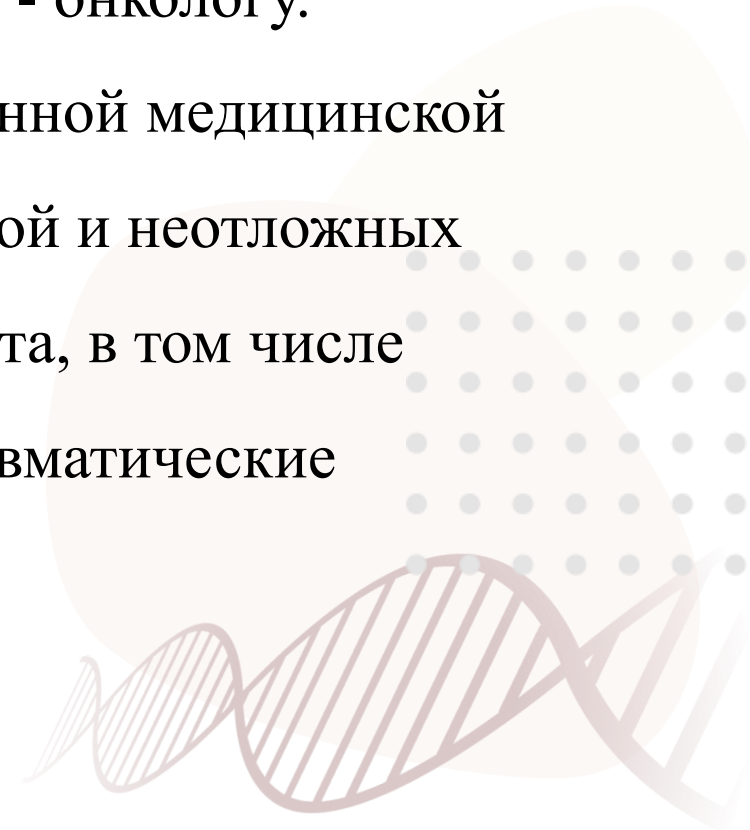
При наличии показаний к оказанию медицинской помощи при стоматологических заболеваниях фельдшер после проведения мероприятий, направленных на устранение боли, направляет пациента в медицинскую организацию для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи врачом-стоматологом.



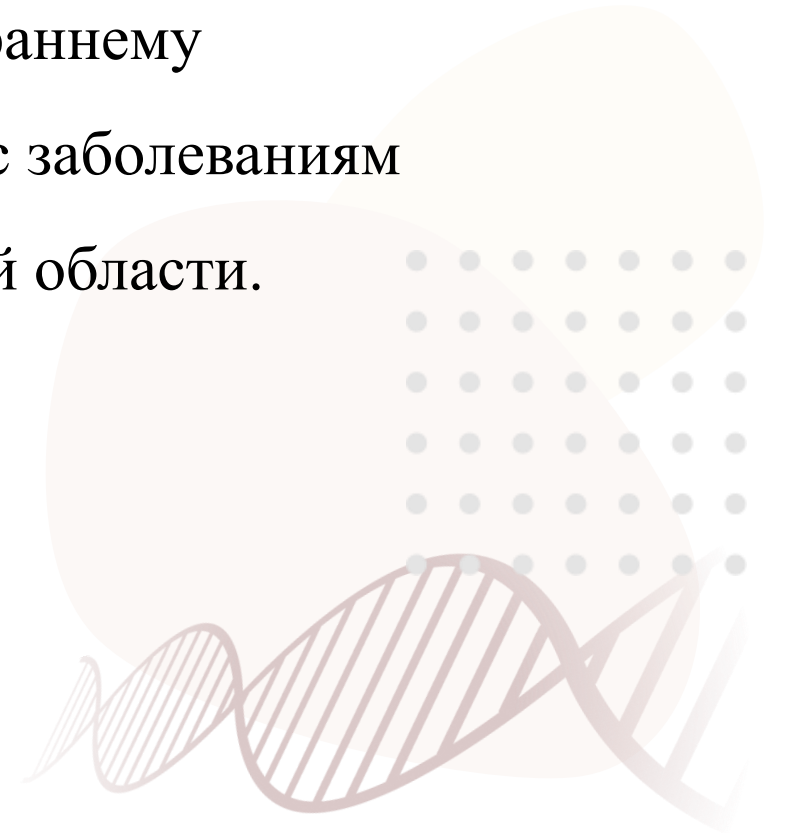
Приказы

При выявлении симптомов онкологического заболевания врач медицинской организации, куда обратился пациент, направляет к врачу - онкологу.

Медицинскими показаниями к оказанию специализированной медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в экстренной и неотложных формах являются воспалительные заболевания полости рта, в том числе слизистой оболочки, слюнных желёз и я бы добавила травматические поражения полости рта и челюстно-лицевой области.

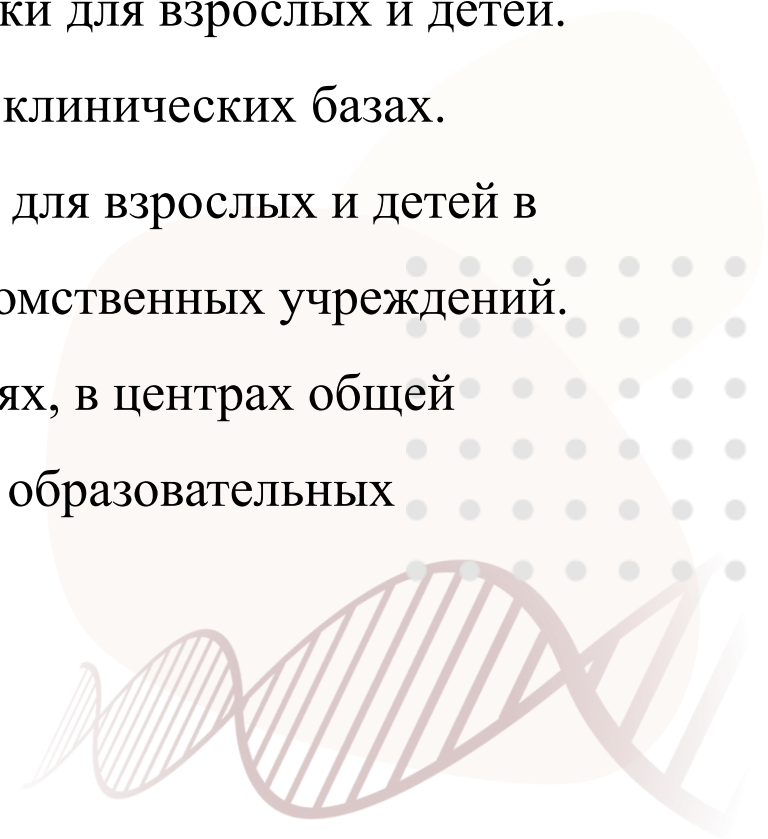


Задачей стоматологических организаций является проведение диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желёз и челюсти-лицевой области.



К стоматологическим организациям, в которых больные получают специализированную стоматологическую помощь относятся:

- государственные и муниципальные стоматологические поликлиники для взрослых и детей.
- образовательные и научно-исследовательские институты на своих клинических базах.
- стоматологические отделения и челюстно-лицевые хирургические для взрослых и детей в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений.
- стоматологические кабинеты в диспансерах, женских консультациях, в центрах общей врачебной практики, в здравпунктах промышленных предприятий и образовательных учреждениях.
- частые стоматологические кабинеты и поликлиники.



В обязанности поликлиники входит:

- проведение мероприятий по профилактики заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в трудовых коллективах.
- оказания квалифицированной амбулаторной помощи населению.

Для этого в штате поликлиники прием ведут стоматологи- терапевты, стоматологи-хирурги, стоматологи- ортопеды, стоматологи- ортодонты, а также вспомогательные кабинеты рентгенологической, физиотерапевтический, зуботехническая лаборатория.

Штатное расписание врачей-стоматологов поликлиники устанавливается из расчёта: врачей-стоматологов и хирургов- стоматологов 4 должности на 10000 взрослого городского населения, 2,5 должности на 10000 сельского взрослого населения.

В организации приёма больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит дежурному врачу-стоматологу, который первым осматривает пациента, определяет вид и объём необходимой помощи, направляет к другим специалистам. Дежурный стоматолог в экстренных случаях оказывает неотложную стоматологическую помощь. Повторное посещение больным поликлиники назначает лечащий врач.

Важным разделом в работе поликлиники является профилактическая деятельность. С целью активной профилактики кариеса зубов и других распространённых стоматологических заболеваний, поликлиники проводят медицинские осмотры и плановую санацию полости рта детям в школьных и дошкольных учреждениях, студентам, рабочим, связанных с профессиональными вредностями, призывникам и другим контингентам.

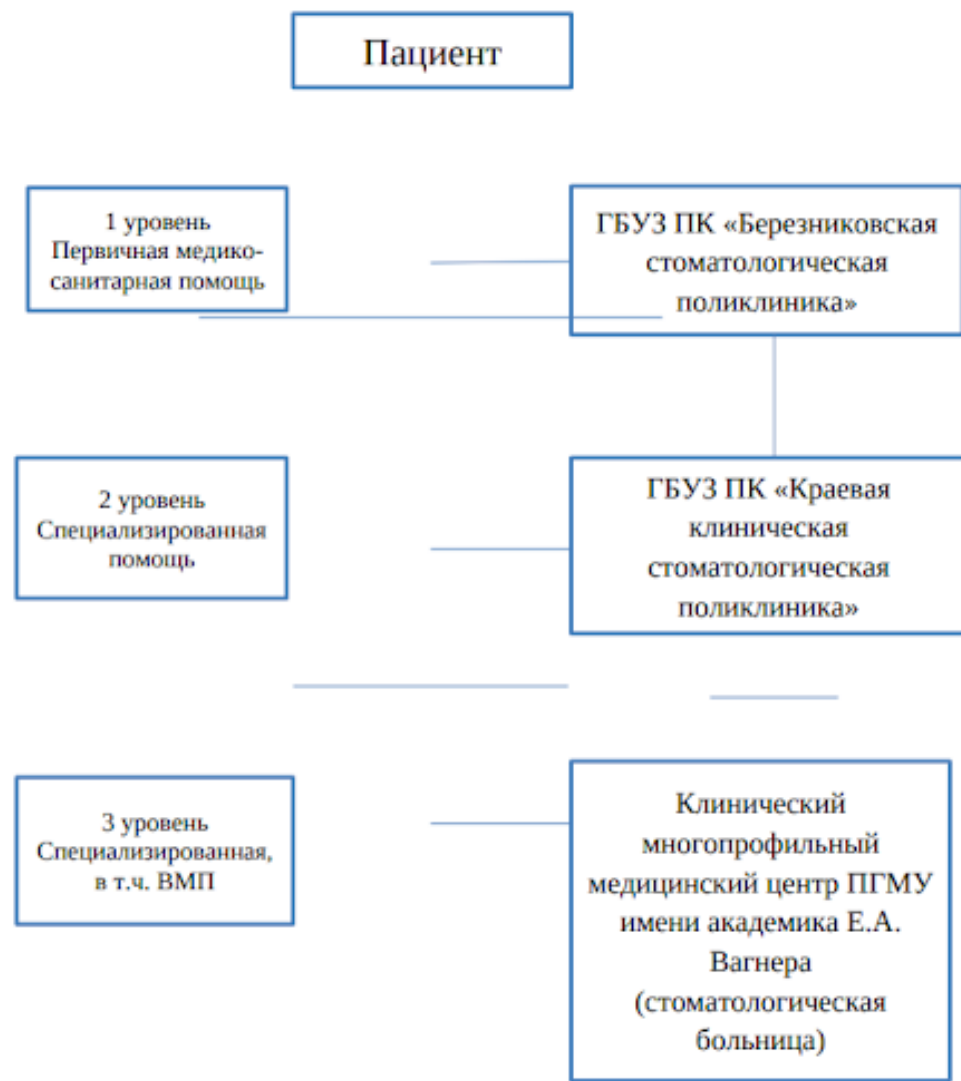


Задачи стоматологических организаций

Детская стоматологическая помощь оказывается в детских поликлиниках. Поликлиника открывается в городах с численностью детского населения не менее 60-70 тысяч. В городах с небольшой численностью детского населения (до 20 тысяч) стоматологическую помощь оказывают в детских отделениях или кабинетах при взрослых поликлиниках.

В задачу детских и взрослых поликлиник входит анализ стоматологических заболеваний и санитарно-просветительская работа среди населения.

При более сложной патологии врач поликлиники направляет пациента в стационар, при экстренных и неотложных состояниях пациента он доставляется в стационар полицией Ким транспортом. На плановое лечение выдаётся направление в лечебное учреждение стационарного типа с указанием предварительного диагноза и результатов обследования (рентген).



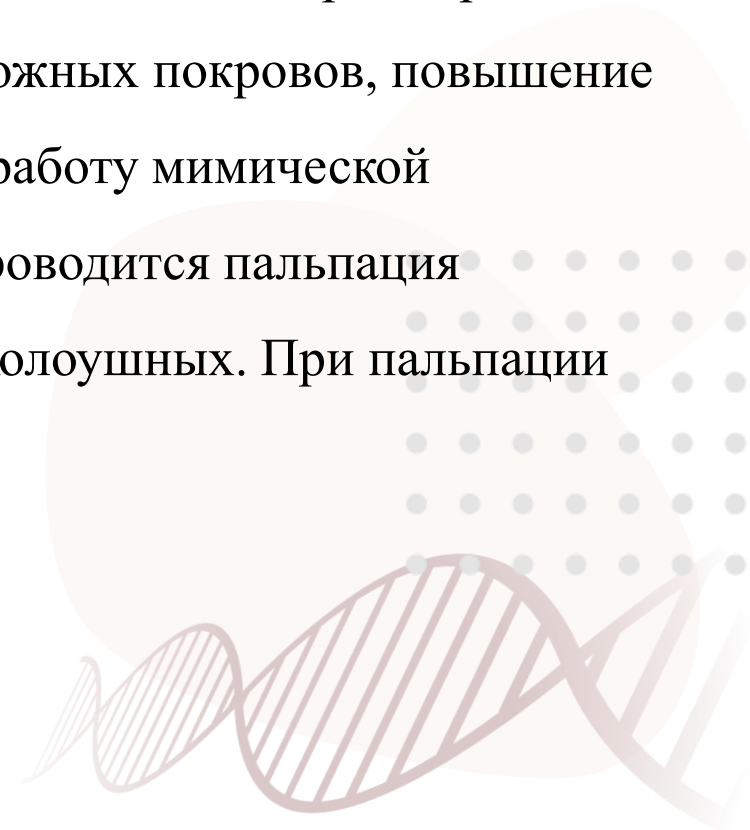


Методы обследования

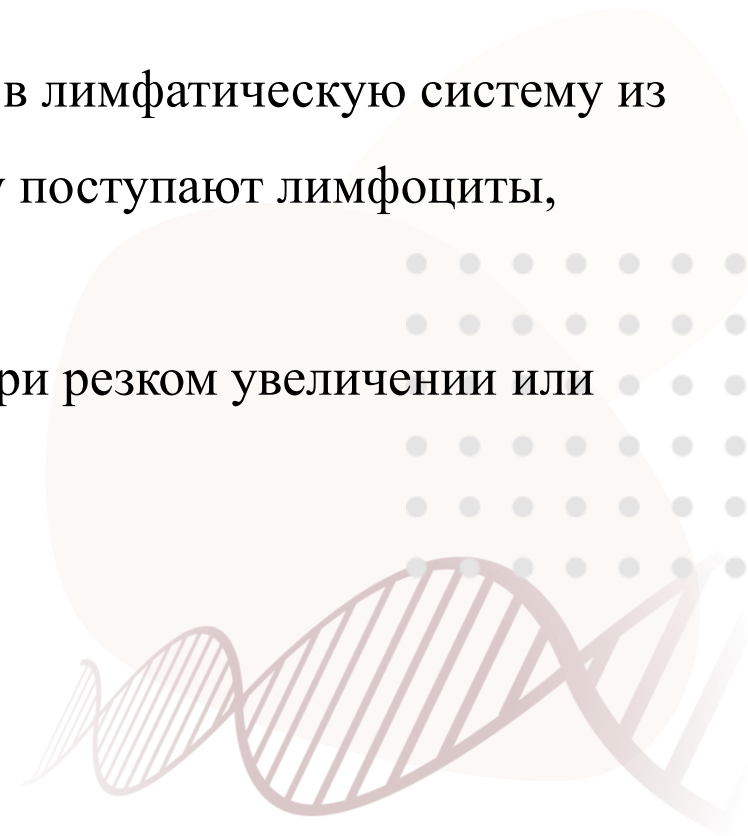


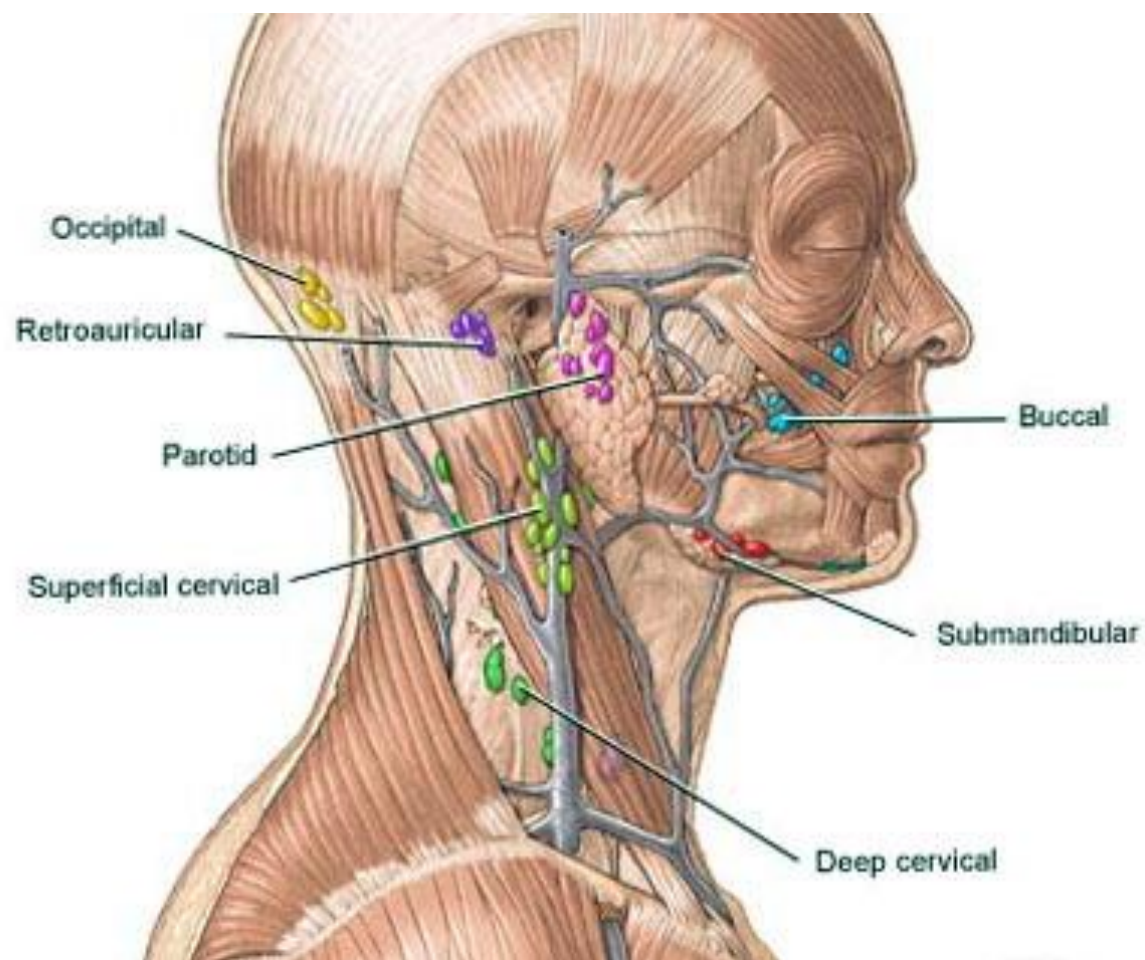
Осмотр пациента начинается с анализа внешности - лица в частности. Необходимо обратить внимание на наличие деформаций лица, изменения цвета кожных покровов, асимметрию при движениях губ во время разговора. Оцените тургор кожных покровов лица пальпаторно, при воспалительных заболеваниях может быть гиперемия (покраснение) кожных покровов, повышение плотности мягких тканей, что говорит об их инфильтрации. Оцените работу мимической мускулатуры, предложив пациенту показать зубы или улыбнуться. Проводится пальпация региональных лимфатических узлов: подчелюстной, подъязычных, околоушных. При пальпации лимфатических узлов оценивается:

- локализация
- величина
- консистенция



- Лимфатические узлы выполняют барьерно-фильтрационную и иммунную функции.
- Лимфа, протекающая по синусам лимфатических узлов, профильтровывается через петли ретикулярной ткани.
- Здесь задерживаются мелкие инородные частицы, попавшие в лимфатическую систему из тканей (микробные тела, опухолевые клетки и т.п.), а в лимфу поступают лимфоциты, образующиеся в лимфоидной ткани лимфатических узлов.
- Лимфатические узлы во время осмотра выявляются только при резком увеличении или значительном похудании больного.





В норме периферические лимфоузлы

- представляют собой округлые или овальные образования размером от 5 до 20 мм
- не выступают над уровнем кожи и поэтому не выявляются при осмотре
- Однако некоторые из лимфатических узлов можно пропальпировать даже у здорового человека (подчелюстные, подмышечные, паховые)
- сравнительно небольших размеров, мягкой консистенции, безболезненные, умеренно подвижные и не спаяны друг с другом и с кожей.

Пальпация лимфатических узлов

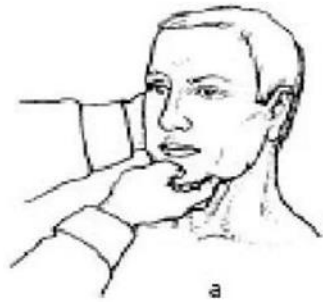


Рис. 14. Пальпация подбородочных (а) и подчелюстных (б) лимфатических узлов

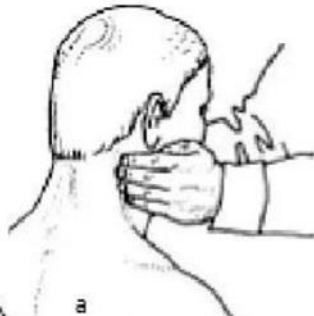
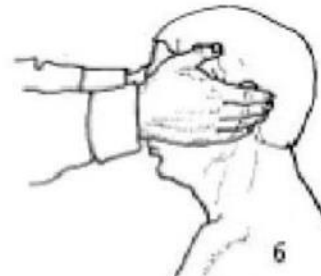


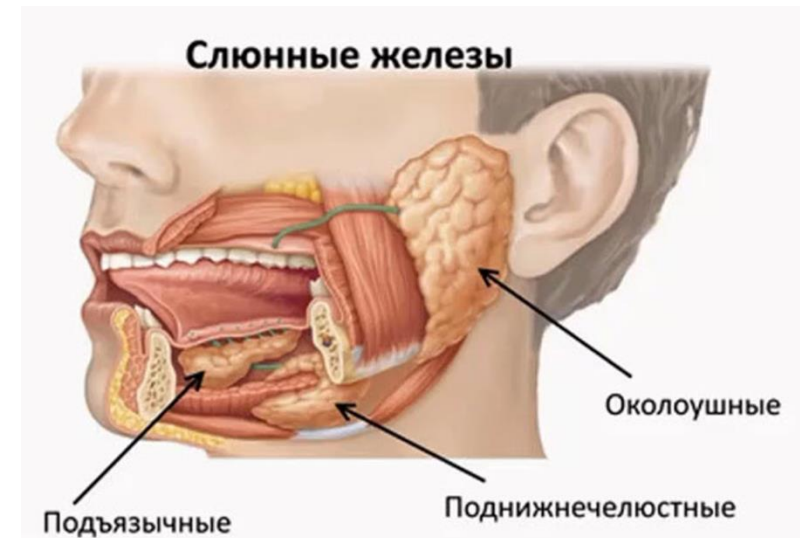
Рис. 16. Пальпация переднешейных (а) и заднешейных (б) лимфатических узлов



Рис. 15. Пальпация углочелюстных (а) и околоушных (б) лимфатических узлов



Кроме лимфатических узлов пальпируются большие слюнные железы. Околоушные и подчелюстные, железы парные. При массировании этих желёз можно оценить качество выделяемой ими секрета (слюны), которую можно увидеть выделяющуюся из выводных протоков этих желёз. Проток околоушной слюнной железы открывается на границе средней и верхней трети внутренней поверхности деки. Выводных протоки поднижнечелюстных желёз открываются слева и справа от уздечки языка .



Галитоз – неприятный запах из-за рта, ричиной которого может быть повышенная активность

микрoфлоры полости рта, газообразующие бактерии в процессе жизнедеятельности вырабатывают сероводород, который придает неприятный запах выдыхаемому воздуху, есть и другие причины.

Оральные причины галитоза.

1. *стоматит* - воспаление слизистой оболочки полости рта.
2. *гингивит* - воспалительный процесс, локализованный в дёснах.
3. наличие одного или нескольких зубов, поражённых кариесом, с формированием в них больших полостей с большим количеством бактерий.
4. наличие выраженного зубного налёта, что приводит к патологии десен.
5. прорезывание «зуба мудрости» с образованием капюшона из десны над зубом, под которым скапливаются остатки пищи и развиваются бактерии.



Гнилостный запах с ощущением боли во время еды во рту - признак воспалительного процесса в слизистой ротовой полости, языке или дёснах.

- Периодическая зубная боль связанная с приемом пищи на фоне галитоза, указывает на кариес зубов или зубной камень.
- Галитоз на фоне сухости во рту и жаждой - результат недостаточного количества продуцируемой слюны или изменения ее свойств (синдром Шегрена или Микулича).
- параллельное развитие диспепсического синдрома (отрыжка воздухом, неустойчивый стул) свидетельствует о проблемах пищеварительного тракта.
- рыбный запах с ощущением горечи во рту - вероятной причиной является патология печени.
- характерный «почечный» запах требует немедленного обращения за медицинской помощью, для исключения развития почечной недостаточности.
- резкий запах «ацетона» - сигнал о неблагоприятном течении сахарного диабета или кетонемии.

Глоссит – это группа заболеваний, при которых происходит воспаление языка, при этом может меняться его цвет, появляться налет и различные образования.

Симптоматически проявляется болью, чувством жжения, усилением отделения слюны, нарушением ощущения вкуса, затруднением речи. Глоссит может быть симптомом многих заболеваний внутренних органов. При излечении основного заболевания, как правило, и проходят симптомы глоссита. При осмотре языка нужно в первую очередь обращать внимание на его влажность, выраженность сосочков, наличие отпечатков зубов на его спинке, изъязвлений, налетов.

Строение слизистой спинки и боковых поверхностей языка отличается по составу клеток. На языке выделяют 4 основных вида сосочков: нитевидные, грибовидные, желобоватые и листовидные. Самые многочисленные нитевидные сосочки, плотно прилегают друг к другу, и придают поверхности языка бархатистый вид. Они играют роль органов осязания. Грибовидные, желобоватые и листовидные сосочки содержат вкусовые луковицы, отвечающие за восприятие человеком различных вкусовых ощущений (сладкое, горькое, кислое, солёное). При нарушении функции органов ЖКТ и общих воспалительных заболеваниях восстановление эпителия этих сосочков замедляется, и язык приобретает обложенный вид.

ВИДЫ ГЛОССИТА

Нормальный язык



Десквамативный глоссит



Складчатый глоссит



Дрожжевой глоссит



Язвенный глоссит



Герпетический глоссит



Ромбовидный глоссит



Атрофический глоссит



- *При остром гастрите* язык отёчен, обложен серым толстым налетом, покрывающим всю его поверхность кроме боковых частей и кончика. При снижении кислотообразующей функции желудка на языке наблюдаются участки ярко-красного цвета, на которых нитевидные сосочки отсутствуют, а грибовидные – несколько увеличены в размерах.
- *При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки* на спинке языка могут появляться яркие пятна, которые на фоне «обложенного» языка создают вид язв («язвенный» язык), выражены отпечатки зубов на его боковых поверхностях и в области кончика.

- *При желудочном кровотечении* на языке белый налет, покрывающий дорсальную поверхность толстым, трудно удаляемым слизистым слоем. Язык сухой и бледный.
- *При вирусном гепатите* отмечается желтушность нижней поверхности языка, поверхность языка ярко-красная, блестящая, сосочки атрофированы. При циррозе печени язык обычно ярко-красный («кардинальский»). Отмечается лилово-цианотичный налет на языке. Возможно расширение вен в подъязычной области.
- *При целиакии* (врождённая непереносимостью глютена) отмечается афтозный стоматит - появление на слизистой оболочке языка множественных язв.

- *Панкреатит* характеризуется желто-белым налетом на языке, который с трудом счищается щеткой.
- *При раке желудка*, некоторых авитаминозах язык ярко-красный с гладкой блестящей поверхностью за счет атрофии вкусовых сосочков, такой язык носит название «лакированного»
- *При колитах* изменения на языке и слизистой рта повторяют патоморфологические изменения в толстой кишке. Так, при НЯК слизистая языка и рта контактно кровоточит, геморрагии склонны к некрозу и образованию поверхностных эрозий и язв. При болезни Крона слизистая щек и десен отечна, рельефна и имеет вид «булыжной мостовой», появляются мягкие узелки с гладкой поверхностью.

Проекция органов на язык

Цвет языка

БОРДОВЫЙ ЯЗЫК – инфекционные болезни (грипп, корь)

БЛЕДНЫЙ ЯЗЫК – анемия, сердечная недостаточность

ФИОЛЕТОВЫЙ ЯЗЫК – заболевания крови и системы дыхания

КРАСНЫЙ И БЛЕСТЯЩИЙ ЯЗЫК – атрофия слизистой желудочно-кишечного тракта или цирроз

Особенности языка

ЛЮБЫЕ ТРЕЩИНЫ – проблемы с желудком (гастрит)

СУХОСТЬ – лихорадка, диабет, анемия

ЖЖЕНИЕ НА ЯЗЫКЕ – стресс, шейный остеохондроз

ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ – проблемы с желудочно-кишечным трактом

Налет на языке

- **БЕЛЫЙ НАЛЕТ ПОСЕРЕДИНЕ ЯЗЫКА (ОБЫЧНО С ТРЕЩИНАМИ)** – указывает на гастрит, язву желудка и двенадцатиперстной кишки
- **БЕЛЫЙ НАЛЕТ У КОРНЯ ЯЗЫКА** – энтероколит
- **БЕЛЫЙ НАЛЕТ ПО КРАЯМ СПЕРЕДИ** – болезни легких, а коричневый – говорит о пневмонии
- **БЕЛЫЙ НАЛЕТ НА ЗАДНЕЙ ЧАСТИ ПО КРАЯМ** – болезни почек

Цвет налета

ЖЕЛТЫЙ ЦВЕТ – проблемы с поджелудочной железой, холецистит.

КОРИЧНЕВЫЙ ЦВЕТ – проблемы желудочно-кишечного тракта.

ГОЛУБОЙ ЦВЕТ – тиф или дизентерия.

Сигналы тревоги

ПОКРАСНЕНИЕ ПРАВОЙ ЧАСТИ – нарушение работы печени

ПОКРАСНЕНИЕ ЛЕВОЙ ЧАСТИ – проблемы с селезенкой

УТОЛЩЕНИЕ ЯЗЫКА – дисбактериоз, болезни щитовидной железы, психическое расстройство

БЕЛЫЕ БЛЯШКИ – молочница (кандидоз)

Методы обследования

Белый налет



- *Белый слой у основания языка –нарушение работы почек;
- *Кончик покрыт белым – проблемы с органами дыхания, частенько встречается у заядлых курильщиков;
- *Когда по белой языковой поверхности проступают мелкие трещинки, это говорит о ранней стадии гастрита;
- *Проблемы с иммунитетом.



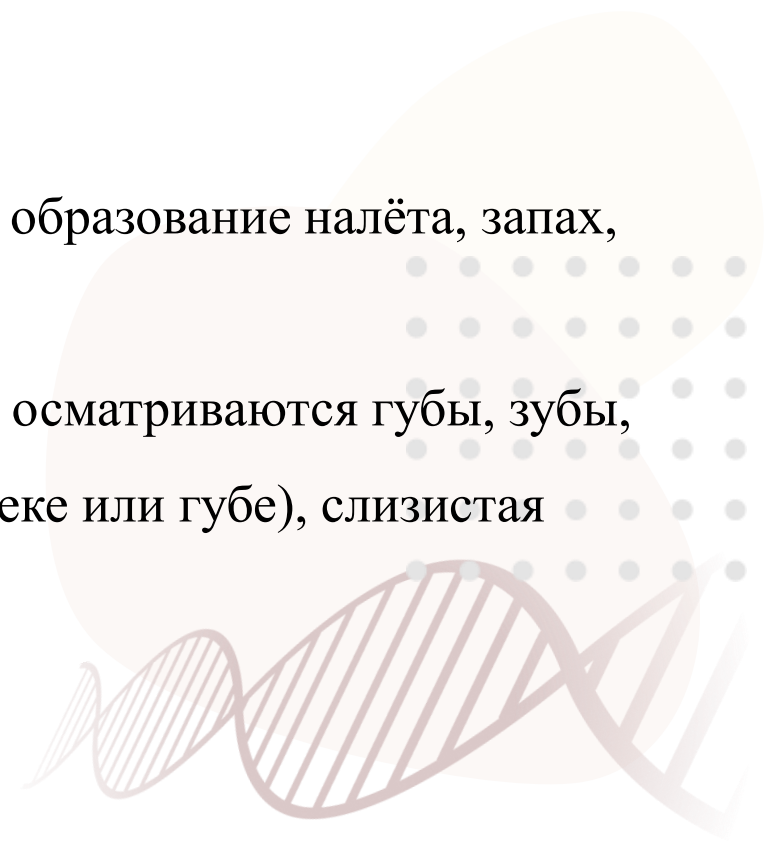
Для обследования полости рта нужно хорошее освещение. Можно пользоваться налобным фонарем.

При недостаточном освещении трудно оценить все нюансы цвета, а высыпные элементы на слизистой можно просто не заметить.

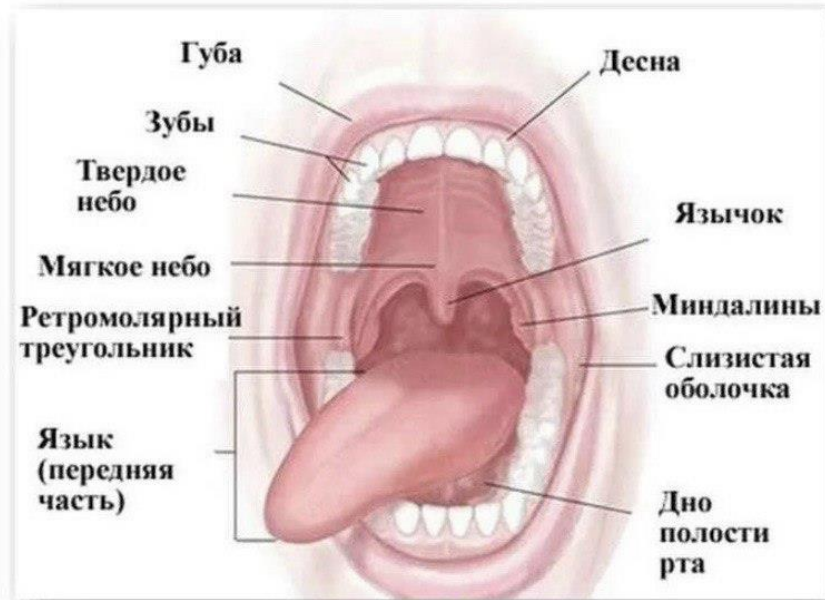
Слизистая оболочка полости рта в норме бледно - розовая и влажная.

При осмотре оценивается степень гигиены, отложение зубного камня, образование налёта, запах, получают сведения о степени слюноотделения.

Детальное обследование рта распространяется на все его образования: осматриваются губы, зубы, десны, переходная складка (это зона перехода слизистой от десны к щеке или губе), слизистая оболочка щёк, неба, язык, подъязычная область (дно рта) и глотка.



Строение ротовой полости



В процессе обследования необходимо оценить запах полости рта, состояние зубов, слизистой оболочки десен, языка, мягкого и твердого нёба, зева, глотки, слюнных желез. У пациента осматривают слизистую щечной поверхности справа и слева, слизистую и десну верхней и нижней челюсти.

В норме секрет слюнных желёз прозрачный текучей консистенции.

Уздечка языка - это тяж из слизистой оболочки, идущий от дна рта к нижней поверхности языка. Короткая уздечка резко ограничивает его движения. Нарушает у ребёнка функцию сосания, мешает формированию звукопроизношения, способствует смещению зубных рядов, формированию неправильного прикуса, гингивит, парадонтита.

Короткая уздечка выявляется при осмотре, исправляется хирургическим путём (френулотомия).



Методы обследования

ФРЕНУЛОПЛАСТИКА
Пластика уздечки языка



До

После



Обследование полости рта:

Обследование полости рта целесообразно проводить в определенной последовательности:

- Изучение слизистой оболочки полости рта
- Обследование зубов и зубных рядов
- Обследование пародонта
- Обследование беззубой альвеолярной части

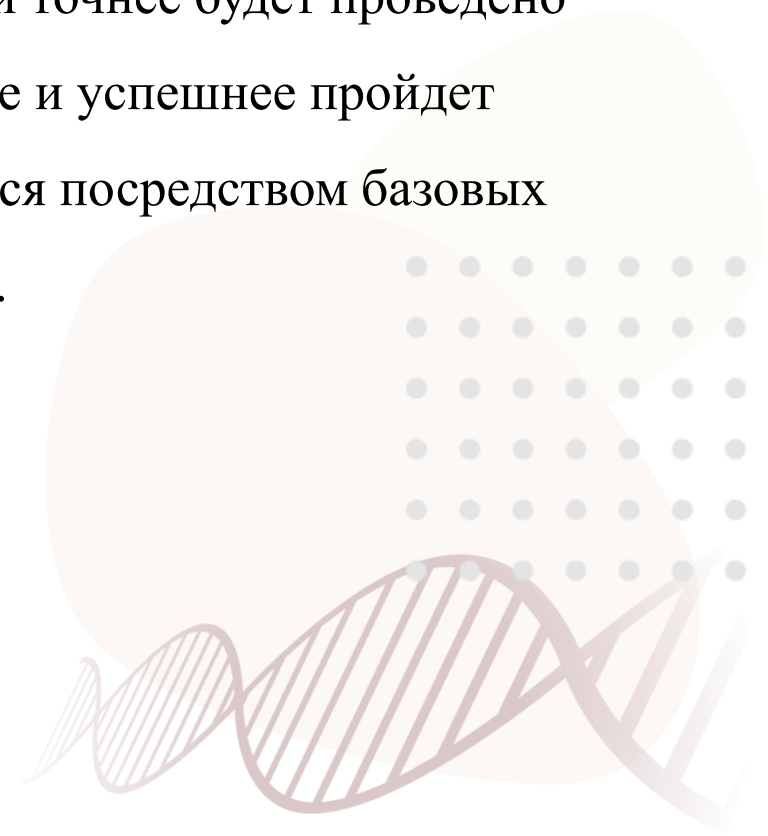


Осмотр полости рта

- Проводится с помощью шпателя, которым поочередно отодвигают верхнюю и нижнюю губы, щеки и осматривают слизистую оболочку десен, зубы и язык.
- Затем шпателем прижимают язык и осматривают твердое и мягкое нёбо, язычок, заднюю стенку глотки, миндалины.



Стоматологические инструменты для диагностики полости рта называются базовыми, универсальными. Они необходимы каждому стоматологу для предварительного осмотра зубов пациента и точного выявления проблем. Чем тщательнее и точнее будет проведено диагностическое обследование ротовой полости, тем правильнее и успешнее пройдет дальнейшее стоматологическое лечение, которое тоже проводится посредством базовых инструментов, так же как зубопротезирование и удаление зубов.





Инструменты для осмотра ротовой полости рта:

1. Лоток для самих инструментов.
2. Стоматологическое зеркало, которое даёт увеличенное изображение. Зеркало и его ручка используется для осмотра и простукивания зуба для оценки степени болезненности.
3. Стоматологический пинцет.
4. Стоматологический зонд.

-
Стоматологическое зеркало, дающее увеличенное изображение и используемое вместе с ручкой не только для осмотра, но и для простукивания зуба, оценки степени его болезненности;

Стоматологический пинцет, конструктивная особенность которого заключается в тонкой изогнутой рабочей части, создающей условия для оперирования мельчайшими предметами. Пинцет позволяет обрабатывать самые труднодоступные области полости рта, в том числе и задние поверхности зубов. Незаменим пинцет и для выявления степени подвижности зуба;

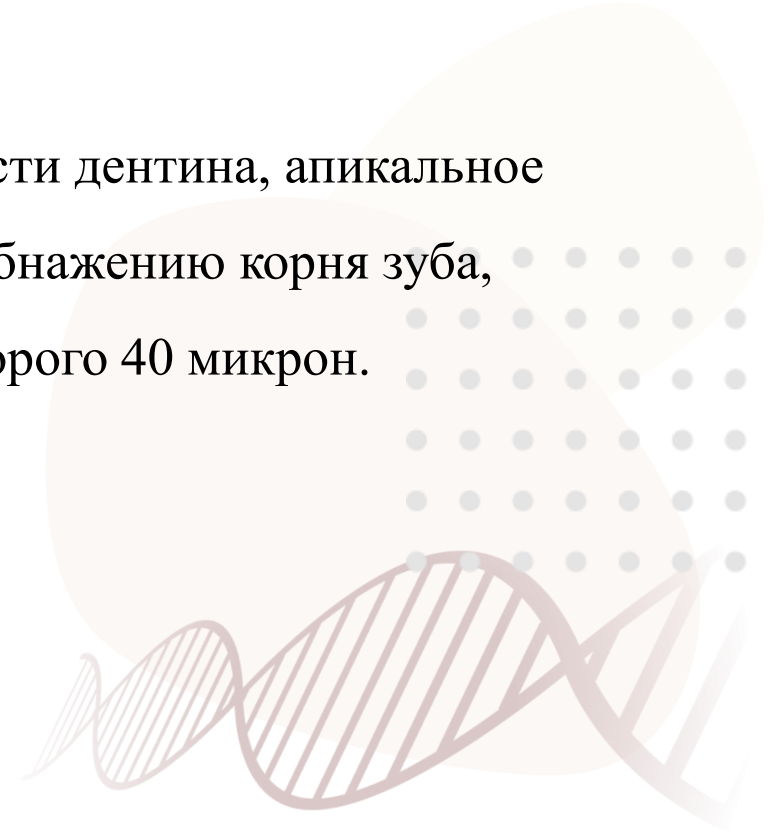
Стоматологический зонд, чаще всего угловой, служит для исследования поражений зубов кариесом, определения состояния фиссур, их глубины и болезненности, степени и причины размягчения зубной ткани. С помощью этого инструмента стоматолог выявляет наличие зубодесневых карманов, их глубину, вносит в них и полости зуба лекарственные препараты.

Болезненная чувствительность зубов - гиперестезия- это боль, которая возникает в ответ на температурные, химические и тактильные раздражители.

Характерные особенности:

- боль кратковременная, но постоянно повторяющаяся

Причины гиперестезии - это истончение эмали, вплоть до утраты части дентина, апикальное смещение десны (в направлении верхушки корня), что приводит к обнажению корня зуба, который не покрыт эмалью, а покрыт цементом корня, толщина которого 40 микрон.



Причины преждевременной утраты эмали:

1. повреждения эмали трещины, сколы, что может быть вызвано функциональными расстройствами(бруксизм) или физическим воздействием (разгрызание орехов, сухарей, твёрдых конфет).
2. Неправильный алгоритм чистки зубов, сильное давление на щетку и постоянные горизонтальные движения ей, ускоряют стирание твёрдых тканей зуба и способствуют смещению десны(хр. травма). В норме, через два месяца щетка должна оставаться ровной, не потеряв первоначальной формы щетины.
3. длительное употребление пасты с высоким уровнем абразивности (пасты для курильщиков или зубной порошок)такая паста работает, как наждачная бумага, используется ограниченное время.
4. преизбыток в рационе кислых продуктов (в большом количестве лимоны, зелёные яблоки, газированные напитки). Кислоты, содержащиеся в них , вступают в взаимодействие с эмалью и разрушают

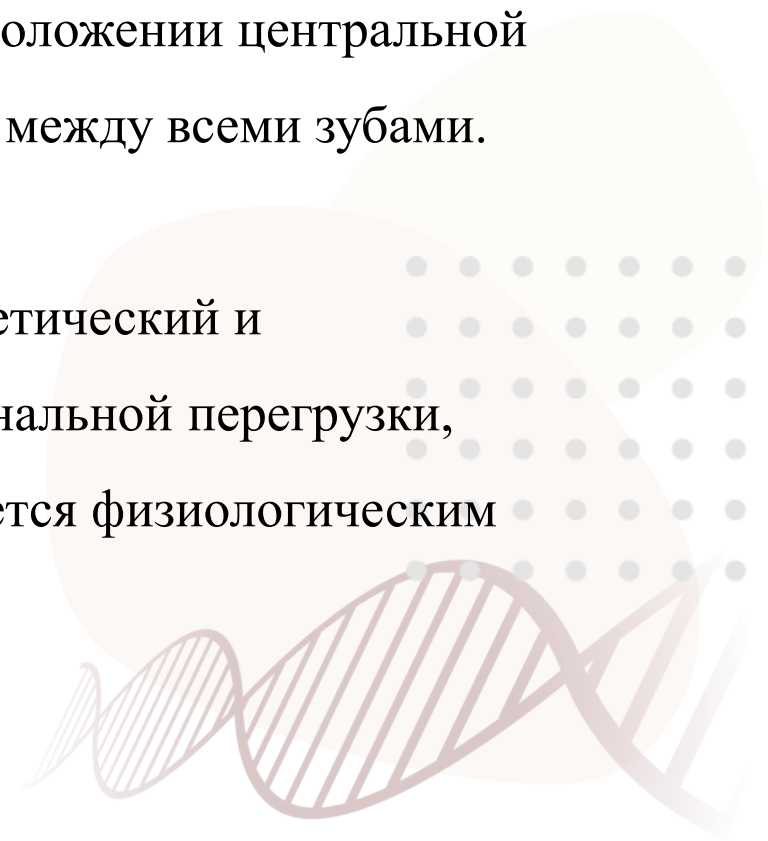
1. стираемость зубов.
2. отбеливание зубов, повышает пористость эмали и на некоторое время появляется болезненная чувствительность.
3. кариес зубов, приводящий к разрушению коронковой части зуба, чувствительно от может возникать на температурные, химические и тактильные раздражители.
4. рецессия десны(смещение), приводящая к обнажению корня
5. подвижность зубов ,как правило, указывает на болезнь парадонта, редких случаях травма или в результате воспалительного процесса.
6. При оценки состояния зубных протезов обращают внимание на их целостности качество ухода за ними. На протезах не должно быть зубного налёта, дефектов конструкции.

В ходе обследования зубов устанавливается их положение, прикус, степень стертости, чувствительность, подвижность, а так же состояние зубных протезов.

Прикус - это характер смыкания верхних и нижних зубных рядов в положении центральной окклюзии, в этом положении обеспечивается максимальный контакт между всеми зубами.

Различают физиологические прикусы и патологические прикусы.

Физиологический прикус - прикус , при котором обеспечивается эстетический и функциональный оптимум, а зубные ряды защищены от функциональной перегрузки, поскольку жевательное давление распределяется равномерно и является физиологическим раздражителем, стимулирующим обменные процессы в них.



К физиологическим прикусам относятся онтогенетический , когда верхние резцы перекрывают ниже е резцы не более, чем на одну четверть длинны верхнего резца, прямой, когда происходит смыкание режущих краев верхних и нижних резцов.

Прикус патологический - прикус, при котором имеет место нарушение формы, функции или эстетики. Для некоторых патологических прикусов характерна функциональная перегрузка зубов(глубокий прикус - верхние резцы более, чем на четверть коронки в/ зуба перекрывают нижние резцы).

К патологическим прикусам относятся *прогения или мезиальный прикус*, характеризуется несоответствием зубных рядов за счёт выстояния нижних зубов, то есть верхние зубы не перекрывают нижние, а находятся как бы позади нижних.

Прогнатия - дистальный прикус, характеризуется несоответствием соотношения зубных рядов за счёт выстояния зубов верхней челюсти, то есть верхние зубы значительно перекрывают нижние.

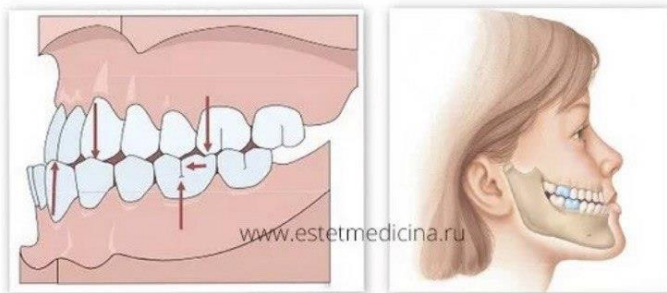
Открытый прикус - отсутствия смыкания во фронтальных отделах зубных рядов.

Прогения - мезиальный прикус, характеризуется несоответствием зубных рядов за счёт выстояния нижних зубов, то есть верхние зубы не перекрывают нижние, а находятся как бы позади нижних.



Мезиальный прикус (прогения нижней челюсти)

www.estetmedicina.ru



0+

×ских дисциплин



ПРИКУСЫ –

ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБНЫХ ДУГ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ
РАЗЛИЧАЮТ **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ** (ЖЕВАНИЕ, РЕЧЬ И ФОРМА ЛИЦА НЕ
НАРУШЕНЫ) И **ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ** (ОТМЕЧАЮТСЯ ТЕ ИЛИ ИНЫЕ НАРУШЕНИЯ)
ПРИКУСЫ.

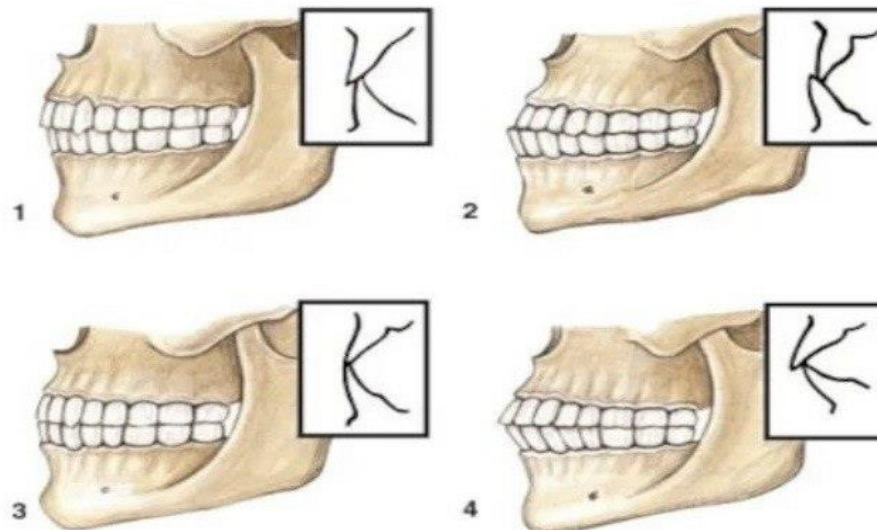
СУЩЕСТВУЮТ 4 ВИДА
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРИКУСА:

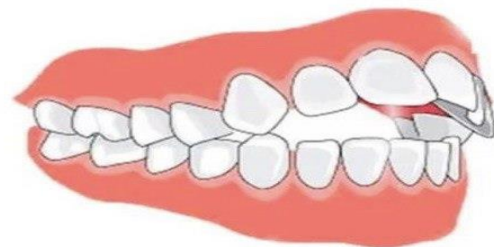
ОРТОГНАТИЯ - ИМЕЕТСЯ
НЕБОЛЬШОЕ ПЕРЕКРЫТИЕ
РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПРОГЕНИЯ (*PRO* - ВПЕРЕД, *GENIO*
- ПОДБОРОДОК)
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАТНЫМИ
ОТНОШЕНИЯМИ

БИПРОГНАТИЯ ТИПИЧЕН
НАКЛОН ВПЕРЕД ВЕРХНИХ И
НИЖНИХ ЗУБОВ С ПЕРЕКРЫТИЕМ
НИЖНИХ ВЕРХНИМИ.

ПРЯМОЙ - РЕЖУЩИЕ КРАЯ
ВЕРХНИХ И НИЖНИХ РЕЗЦОВ
СОПРИКАСАЮТСЯ ДРУГ С
ДРУГОМ





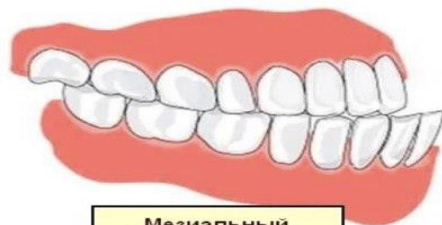
Открытый прикус



Глубокий прикус



Перекрестный прикус



Мезиальный прикус

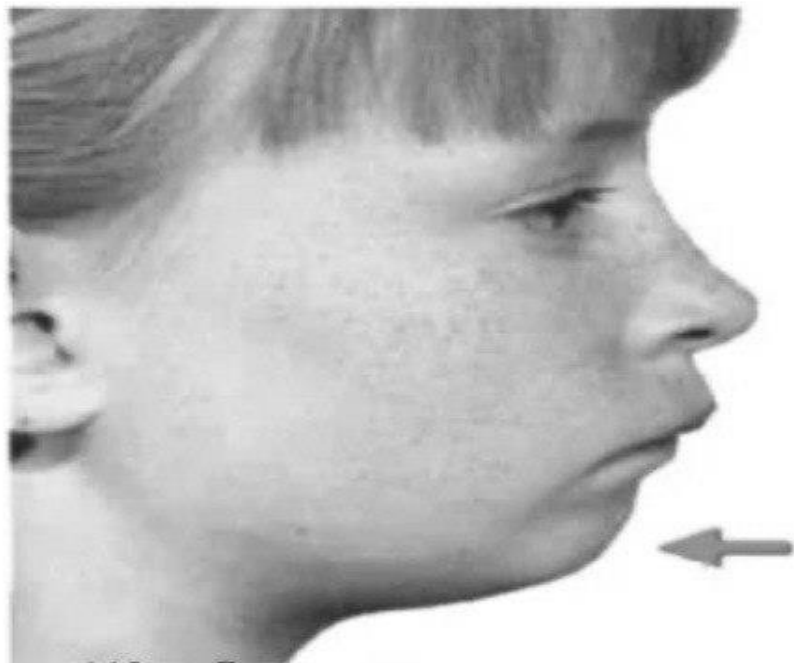


Дистальный прикус

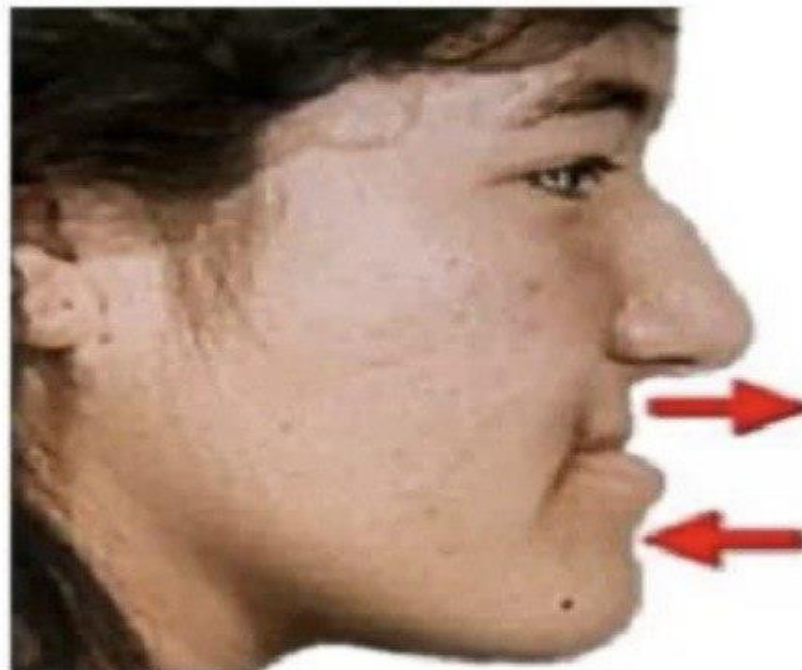
Неправильный прикус у взрослого и ребенка: ...



• Прогнатия



• Прогения





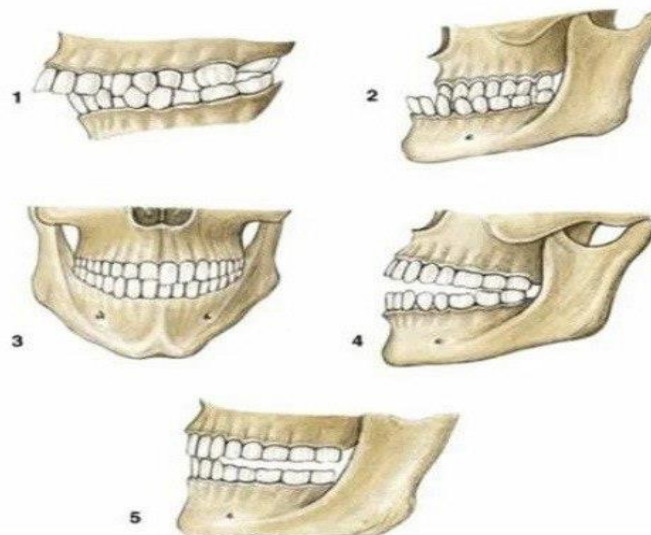
- **дистальный прикус** - при большой верхней челюсти или недоразвитии нижней; прогнатия
- **мезиальный прикус** - когда нижняя челюсть выдвинута вперед; прогения
- **глубокий прикус** - верхние резцы перекрывают нижние больше чем на половину их длины;
- **открытый прикус** - когда большинство зубов верхней и нижней челюсти не смыкаются;
- **перекрестный прикус** - возникает при одностороннем недоразвитии верхнего или нижнего зубного ряда;
- **дистопия** - зубы находятся не на своём месте в зубном ряду.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИКУСЫ

- **ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ СТЕПЕНИ ПРОГНАТИИ И ПРОГЕНИИ**
 - **ОТКРЫТЫЙ** - МЕЖДУ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ РЕЗЦАМИ ОБРАЗУЕТСЯ БОЛЬШАЯ ИЛИ НЕБОЛЬШАЯ ЩЕЛЬ, КОНТАКТА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ НЕТ
 - **ЗАКРЫТЫЙ** ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПОЛНОСТЬЮ ПЕРЕКРЫВАЮТ (ЗАКРЫВАЮТ) НИЖНИЕ
 - **ПЕРЕКРЕСТНЫЙ** СМЫКАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРАВИЛЬНОЕ, НО ЩЕЧНЫЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ РАСПОЛОЖЕНЫ НЕ КНУТРИ, А КНАРУЖИ ОТ ВЕРХНИХ.
- ВСТРЕЧАЮТСЯ И ДРУГИЕ ВИДЫ ПРИКУСОВ

АНОМАЛИИ ПОСТОЯННОГО ПРИКУСА

- 1 - ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ПРОГНАТИИ
- 2 - ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ПРОГЕНИИ
- 3 - ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС
- 4 - ОТКРЫТЫЙ ПРЯМОЙ ПРИКУС
- 5 - ОТКРЫТЫЙ БОКОВОЙ ПРИКУС



Мезиальный прикус

Мезиальный прикус — разновидность неправильного прикуса, обусловленная сдвигом нижней челюсти вперед по отношению к верхней. Наряду с дистальным прикусом (прогнатией), мезиальная окклюзия зубных рядов относится к аномалиям прикуса в сагиттальном направлении. Распространенность мезиального прикуса в популяции колеблется от 1 до 12%. В числе прочих зубочелюстных аномалий удельный вес мезиального прикуса составляет 2-6%.

В стоматологии мезиальный прикус также обозначается понятиями «III класс смыкания по Энгло», «прогения», «прогенический прикус», «нижняя прогнатия», «антериальный прикус» и др. Мезиальный прикус может сочетаться с открытым и перекрестным прикусом.



Мезиальный прикус (прогения) – переднее положение нижней челюсти относительно верхней, при этом во фронтальном отделе имеется обратное перекрытие между верхними и нижними резцами, нарушено смыкание боковых зубов относительно нормы (передне-щечный бугор I верхнего моляра смекает назад от поперечной фиссуры I нижнего моляра), при нарушении смыкания резцов в горизонтальном направлении появляется сагиттальная щель.



- **При внешнем осмотре** отмечается нарушение конфигурации лица: средняя треть лица и верхняя губа западают, нижняя челюсть массивная, большая. Подбородок и нижняя губа выступают вперед, нижняя челюсть увеличена.
- **Со стороны полости рта** отмечаются аномалии расположения зубов, нижние резцы выступают вперед, перекрывая верхние фронтальные зубы. Может наблюдаться уплощение зубной верхней челюсти во фронтальном участке. Нередко отмечается щель между верхними и нижними зубами до 15 мм.



Стираемость зубов - может быть физиологической и патологической.

Физиологическая стираемость - это медленная убыль твёрдых тканей зубов, признаки убыли появляются в возрасте 45-50 лет, после 50 убыль твёрдых тканей доходит до эмалево-дентинной границы, в некоторых случаях затрагивает дентин. Формируясь медленно, она позволяет зубочелюстной системе организма адаптироваться к возникающим изменениям, равномерно распределяя нагрузку.

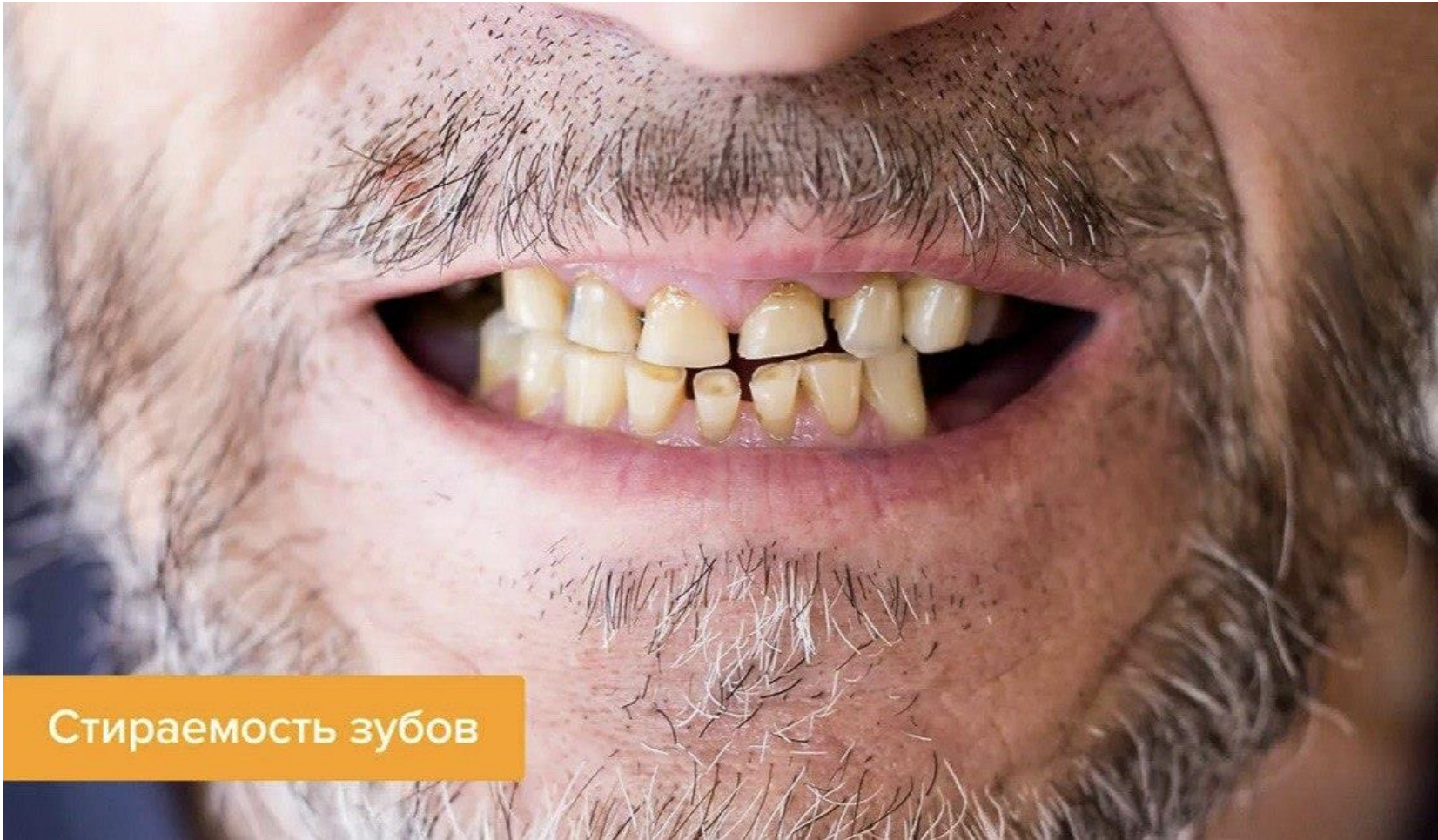
Патологическая стираемость - это патология, при которой наблюдается интенсивная убыль твёрдых тканей зубов в одном, в группе или во всех зубах.

Чаще встречается у мужчин 62,3%.

Причины патологической стираемости зубов :

1. перегрузка вследствие утраты зубов,
2. Аномалии прикуса,
3. недостаточная твердость зубных тканей (флюороз и гипоплазия)
4. бруксизм(сжатие челюстей)
5. профессиональные вредные воздействия(кислотные и щелочные производства)
6. вредные привычки (пищевые пристрастия к кислой пищи - лимоны)

Методы обследования



Стираемость зубов



Патологическая стираемость зубов – одна из форм некариозных поражений зубов, патология, при которой наблюдается интенсивная убыль твердых тканей в одном, в группе или во всех зубах.

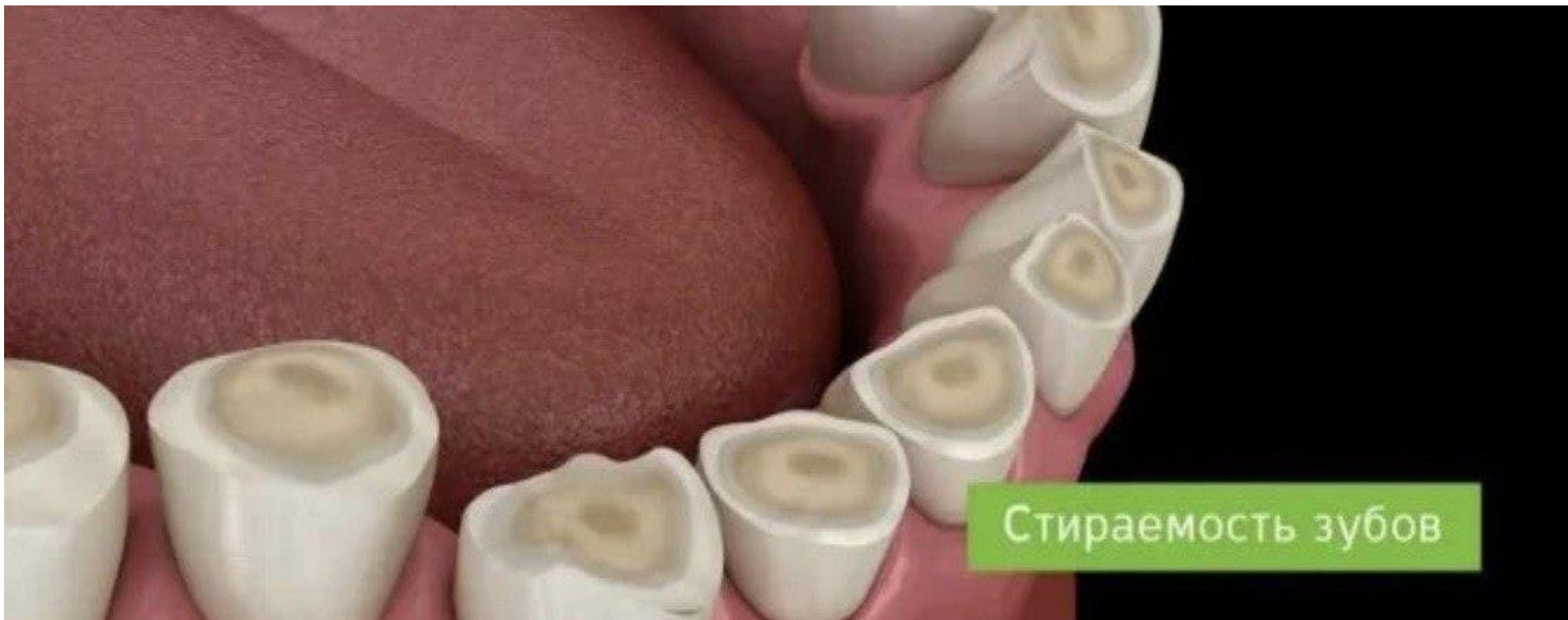


MyShared



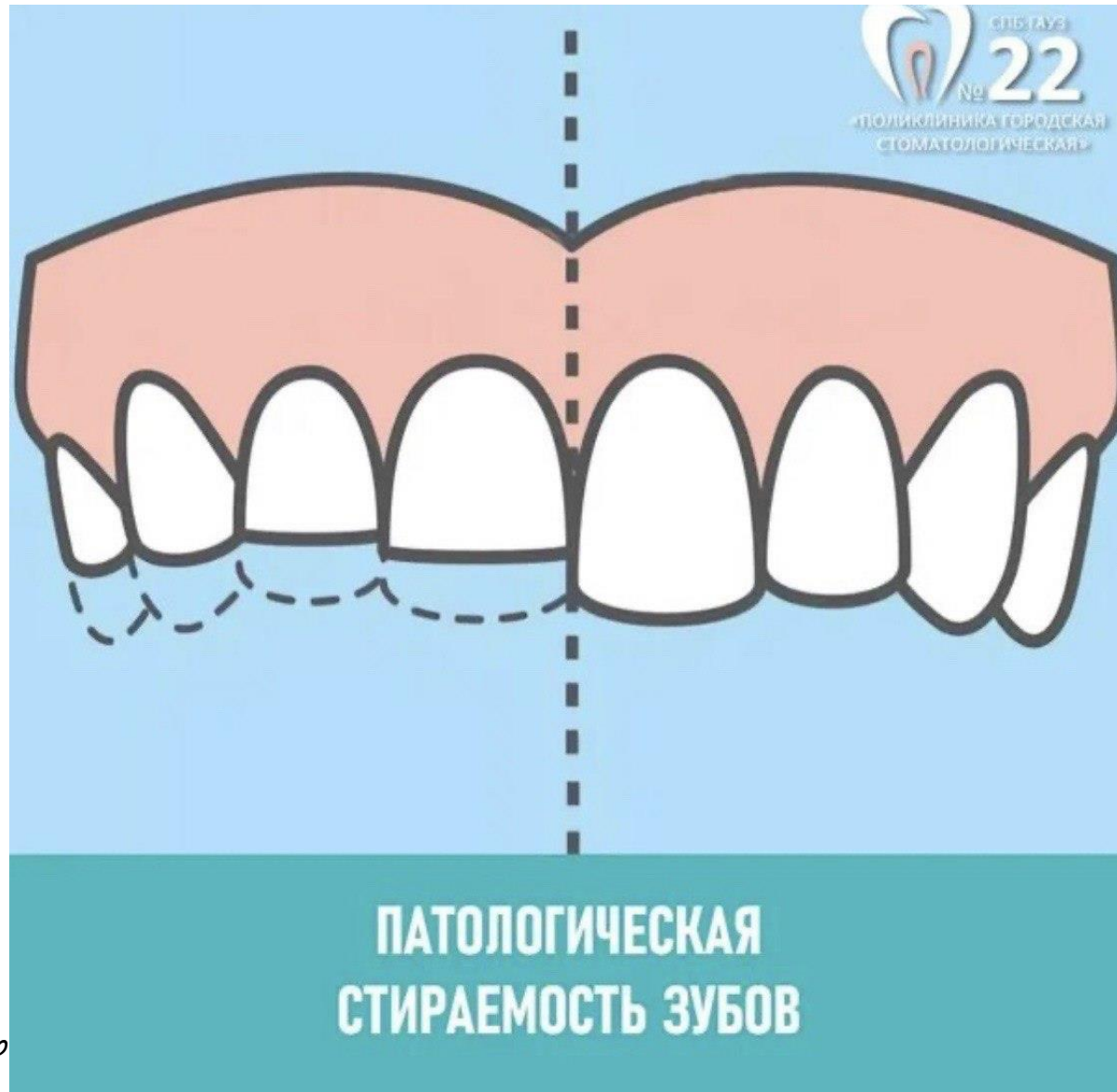






Стираемость зубов

Методы обследования



Каф





Рентгенологические методы обследования



Рентгенография – это основной инструментальный метод исследования при большинстве заболеваний зубов и пародонта. В настоящее время существуют следующие методики внутриротовой рентгенографии:

1. Внутриротовая контактная рентгенография,
2. Внутриротовая рентгенография вприкус (окклюзионная),
3. Интерпроксимальная рентгенография,
4. Длиннофокусная рентгенография.



Внутриротовая контактная рентгенография.

Основной задачей исследований по этой методике является получение четкого изображения периапикальных тканей, поэтому центрация луча на кожу лица осуществляется в точку, соответствующую проекции вершины корня изучаемого зуба. Одна из задач указанной методики – получение изображения зубов, идентичного их истинным размерам. Для уменьшения проекционных искажений в практической работе используют правило изометрии – центральный луч направляется на верхушку корня исследуемого зуба перпендикулярно к биссектрисе угла, образованного осью зуба и плоскостью пленки.

Внутриротовая рентгенография вприкус (окклюзионная).

Исследование выполняют при необходимости исследования больших участков альвеолярного отростка – 4 и более зубов. Рентгенографию вприкус применяют при обследовании детей, а также в тех случаях, когда невозможны внутриротовые контактные снимки (при повреждениях челюстей, тугоподвижности височно- нижнечелюстного сустава, повышенном рвотном рефлексе). Методика показана для получения изображения дна полости рта при подозрении на конкременты поднижнечелюстной и подъязычной слюнной желез, а также для изучения состояния твердого неба.

Интерпроксимальная рентгенография.

Применяется для получения четкого неискаженного изображения краевых отделов альвеолярных отростков челюстей. Метод позволяет объективно оценивать степень резорбции костной ткани в динамике и является лучшим способом выявления апроксимального и пришеечного кариеса.

Рентгеновская пленка с помощью специальных пленкодержателей помещается в полость рта параллельно коронкам зубов на некотором расстоянии от них, что позволяет получить изображение симметричных участков обеих челюстей.

Длиннофокусная рентгенография.

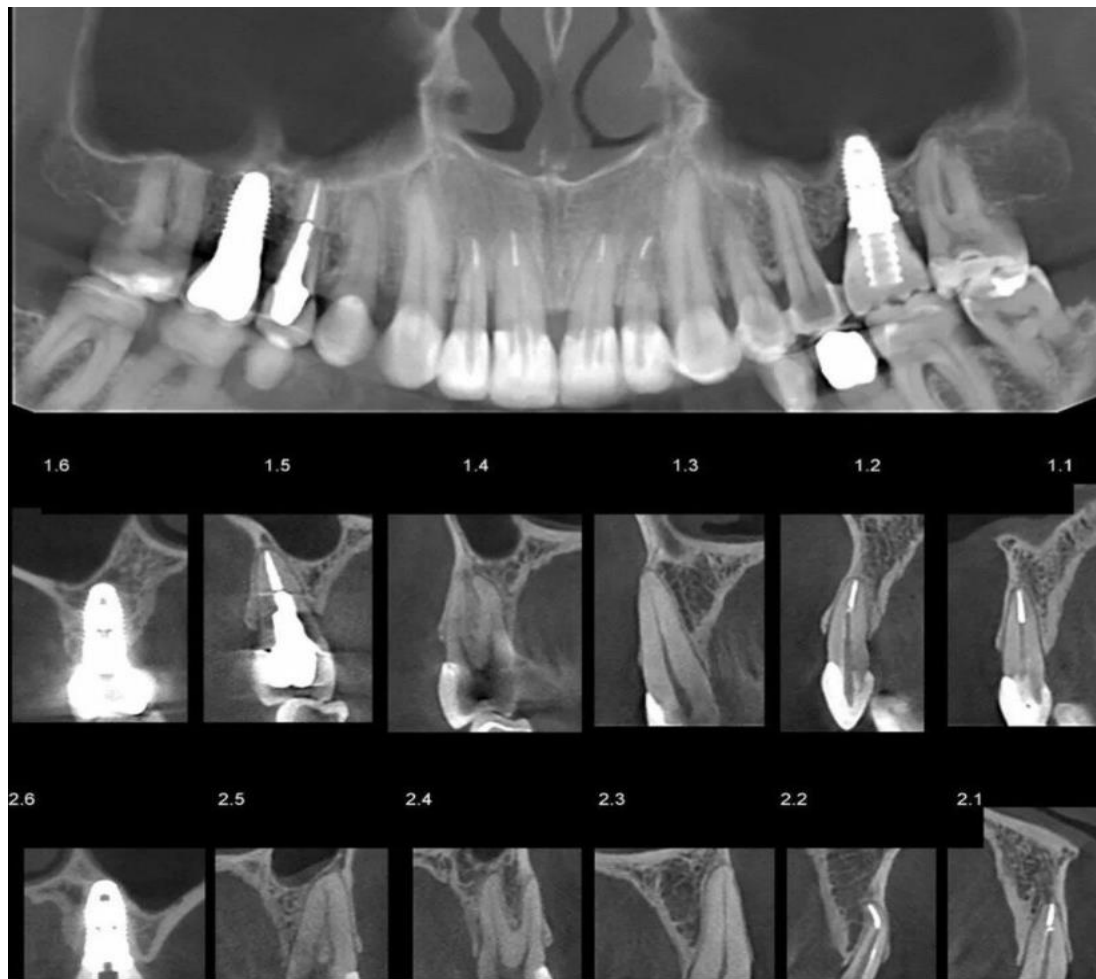
Длиннофокусная рентгенография (съемка параллельными лучами) чаще используется вместо контактной внутриротовой рентгенографии.

Длиннофокусная рентгенография позволяет избежать недостатков контактной съемки и сохранить ее положительные стороны: охват значительной части альвеолярного отростка по вертикали, полное изображение зуба, четкая структура костной ткани. Изображение краевых отделов альвеолярных отростков не искажается, в связи с чем методика может быть рекомендована для широкого применения в пародонтологии.



Панорамная томография — метод рентгенологического исследования, с помощью которого можно получить снимок криволинейного слоя, лежащего на определённой глубине исследуемого объекта.

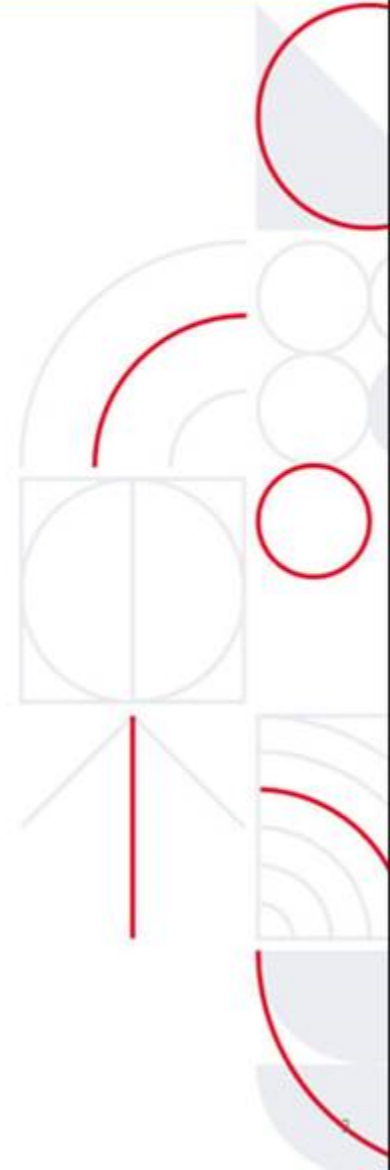
Методы обследования





Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание.