Общая методология диагноза

Категории: Ортопедическая стоматология, Обследование и симптоматология,
Чтобы установить тот или иной симптом, необходимо хорошо знать анатомию зубочелюстной системы, гистологическое строение органов и тканей, их функции. Без знания морфологии и функции органов и систем невозможно обнаружить изменения в них. При разборе истории болезни и обследовании конкретного больного студент овладевает методами диагностики и одновременно закрепляет и расширяет знания функциональных особенностей органов зубочелюстной системы. Только путем овладения методикой применения своих знаний можно добиться успехов в диагностике.

На основании анамнеза и субъективных симптомов врач (или студент) приходит к определенным предположениям: 1) о характере заболевания (острое или хроническое); 2) выявляет поражен ный орган и состояние других органов зубочелюстной системы; 3) о возможных причинах заболевания (этиологический момент) и т. д.

Вполне естественно, что в этом момент врач оперирует несколькими предположениями. Эти рабочие гипотезы способствуют направленному проведению дальнейших исследований — поликлинических и лабораторных — с целью получения исчерпывающих объективных данных о заболевании. Как на этом этапе, так и на последующих двух нельзя окончательно останавливаться ни на одном из предложений и выносить его как диагноз.

Первоначальные предположения могут претерпевать значительные изменения и даже быть полностью отвергнуты.

Врач как бы собирает в определенной последовательности отдельные факты (симптомы) и анализирует их, чтобы потом осуществить синтез собранных фактов, восстановить общее заболевание из частного (симптомов), так как болезнь — это совокупность повреждений и определенных реакций организма.

Видимые симптомы еще не составляют всей болезни, так как есть еще скрытые от наблюдения процессы. Они распознаются на основании выявленных симптомов с применением различных лабораторных методов.

Симптомы, степень их выраженности есть внешнее проявление болезни. Они отражают сущность патологического процесса. Раз так, то они способствуют не только определению диагноза, но и служат показателем течения болезни, а их обратное развитие — показателем выздоровления.

Определение степени выраженности симптома, его достоверности возможно после достаточного овладения техникой клинического исследования и соблюдения правила двойного или тройного подтверждения устанавливаемого симптома. Это правило заключается в том, что установленное изменение в органе, ткани проверяется повторно и подтверждается различными методиками. Только совпадение данных, полученных разными методами, обеспечивает точность определения. Например, уровень резорбции стенок альвеол определяют визуально, методом зондирования и рентгенологически. Необходимо сопоставить выраженность этого симптома с подвижностью зуба, расширением периодонтальной щели, степенью воспаления слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Получив результаты различных исследований, подтверждающих достоверность симптомов, их группируют в зависимые между собой группы и, сопоставляя с симптоматикой известных заболеваний, выдвигают предположение (гипотезу) или несколько гипотез. Врач обязан проверить и перепроверить гипотезу и доказать в первую очередь самому себе, что опирается на точные факты, провел все необходимые исследования и правильно провел сопоставление по всем характерным признакам с другими заболеваниями.

Даже располагая на основании анамнеза (жалобы и расспрос больного) и всего комплекса объективных исследований предварительными предположениями о болезни какого-либо органа, необходимо не только проверить его. Следует также выяснить, не вовлечены ли в процесс другие органы, нет ли сопутствующего заболевания, не наступили ли различного характера изменения в топографоанатомических взаимоотношениях органов и функциональные изменения их. Если не придерживаться этого правила, а исследовать только один орган, руководствуясь субъективными симптомами, ярче других выступающих в жалобах, то это неизбежно отразится на правильности диагноза, его полноте и достоверности. Такой подход обусловливает поверхностное обследование других органов, и диагностический процесс с самого начала идет по ложному пути, так как с предвзятой точки зрения врач невольно начинает истолковывать все другие симптомы или не принимает их во внимание.

Рассмотрим клинический случай. При жалобе больного на изменение формы зубов, боль при еде, приеме холодной и горячей пищи и наличие патологической стертости зубов легко устанавливается клинический диагноз «патологическая стираемость», однако для полноты диагноза, установления возможных осложнений в других органах системы необходимо провести исследования: 1) чувствительности всех зубов на температурные раздражители, зондированием — на механический раздражитель; 2) электроодонтодиагностику всех зубов (ЭОД); 3) рентгенографию всех зубов; 4) определение вертикального размера нижнего отдела лица при положении нижней челюсти в физиологическом покое и при центральной окклюзии; 5) пальпацию височно-нижнечелюстных суставов (при болезненности — проведение полного комплекса исследований); 6) исследование движений нижней челюсти; 7) исследование диагностических моделей.

Выявление тех или иных симптомов (атрофия стенок зубных альвеол, подвижность зубов, стертость твердых тканей, супраокклюзионное положение зубов, снижение окклюзионной высоты и т. п.) еще не свидетельствует о наличии нозологической формы. Каждому симптому, будь он субъективным или объективным, соответствуют определенные морфологические и функциональные изменения в органе или системе органов. Поэтому для приближения к диагнозу врач (обследующий студент) должен восстановить в памяти и применить к конкретному случаю знания патологической физиологии, патологической анатомии (например, признаки воспаления, гистологическая картина и виды атрофии, гипертрофии и т. д.).

От выявленных симптомов и синдромов в своем логическом мышлении врач переходит к представлению о морфологических изменениях, лежащих в основе болезненности процесса. При этом надо учесть, что морфологические особенности строения органа и все составляющие его элементы обусловливают функцию. Поэтому изменение морфологической структуры под влиянием различных этиологических факторов неизбежно ведет к нарушению функции.

Изучение специфики изменения формы, а в данном случае морфологического строения в

широком понимании, т. е. анатомического строения органов и тканей, их клеточного строения, биохимической организации, позволит сделать вывод и о функциональных нарушениях в органе.

Учитывая специфику различных патологических изменений на различных структурных уровнях организма, медицина разрабатывает морфологию болезней и выделяет нозологические формы.

Морфологический диагноз требует установления внутренней связи и взаимообусловленности функций всех структурных единиц системы.

Тщательный анализ данных объективного исследования способствует пониманию морфологических и функциональных нарушений, которые наблюдаются у больного, и позволяет сопоставить эти нарушения с уже известными болезнями, предположить ту или иную нозологическую форму поражения зубочелюстной системы.

На данном этапе исследования врач, идя индуктивным путем от знания выявленных у конкретного больного симптомов и их морфологического и функционального содержания к сопоставлению их с известными клиническими картинами, рассуждает следующим образом. Если у больного имеются симптомы а, б, в, г (подвижность, атрофия, тремы, воспаление десны и т. п.), а в клинической картине заболевания «А» имеются симптомы а, б, в, г, то у больного заболевание «А» . Однако достоверным такое умозаключение признать пока нельзя, так как одни и те же симптомы или группы симптомов встречаются при различных заболеваниях. Например, перечисленные симптомы свойственны как пародонтиту при диабете, так и пародонтиту травматогенного генеза — травматическому узлу. Следовательно, следует отличать одно заболевание от другого. Умозаключение будет достоверным, если установлены симптомы, специфичные только для одного заболевания. В нашем примере, если установлено локальное распространение данных симптомов, то можно сделать вывод, что у больного очаговый пародонтит — травматический узел.

Однако врач вспомнил, что симптомы а, б, в, г при их локальном распространении свойственны и такому заболеванию, как диффузная форма эозинофильной гранулемы в начальном периоде. При этом врач знает, что для данного заболевания специфичны стойкие боли и зуд, атрофия десневых (межзубных) сосочков, изменение в формуле белой крови, поражение костной ткани человека (костей черепа, пальцев кисти). Поэтому даже при незначительных проявлениях таких симптомов, о. чем стало известно из беседы или обследования, надо направить больного на лабораторное обследование, определив его объем. Установление после дополнительных исследований наличия упомянутого симптомокомплекса в сочетании с симптомами а, б, в, г будет свидетельствовать об эозинофильной гранулеме, а отсутствие — о травматическом узле.

Рабочих гипотез (предположений) при постановке диагноза может быть выдвинуто несколько. Все они, особенно в сложных клинических случаях, должны быть тщательно проверены. Это необходимо для того, чтобы не допустить врачебных ошибок: 1) диагностика одного заболевания вместо другого; 2) диагностика одного заболевания, тогда как больной страдает несколькими болезнями; 3) диагностика осложнений основного заболевания без определения этого основного заболевания; 4) диагностика осложнений как основного заболевания, а основное трактуют как осложнение.

Нельзя все выявленные симптомы рассматривать как проявление одного заболевания, так как иногда наблюдаются одновременно две и более болезней. В задачу врача входят

познание и правильная трактовка всех сочетаний и связей симптомов и процессов у конкретного больного.

Проверка гипотез обязательно предполагает проведение дифференциальног о диагноза. Этот метод основан на поисках различия между данным конкретным случаем и всеми возможными случаями (болезнями), клинически протекающими очень похоже.

Исходным моментом дифференциального диагноза является определение ведущего или нескольких ведущих симптомов, свойственных только определенному заболеванию. Нельзя только определять, есть или нет в конкретном случае эти специфические симптомы. Обязательно проводят анализ всего симптомокомплекса, дифференцируя возможные симптомы для данного заболевания, так как отсутствие даже одного симптома не позволяет сделать правильного вывода о диагнозе. Сравнивают изучаемый случай с рядом заболеваний, отмечают сходство как по числу совпадающих симптомов, так и по характеру их проявлений. Необходимо также провести анализ различия по отсутствию симптомов; учитывают также наличие симптомов, мало свойственных предполагаемому заболеванию.

Следует помнить, что отсутствие симптома еще не исключает заболевания. Часто на ранних стадиях развития болезнь сопровождается незначительными, непостоянными признаками. Например, подвижность зубов в начальной стадии воспалительнодистрофического процесса может быть не установлена поликлиническими методами, если воспалительные явления в пародонте еще слабо выражены. С аналогичной ситуацией можно столкнуться даже при резорбции костной ткани наполовину, если перед обследованием у ортопеда было проведено терапевтическое лечение и полностью снято воспаление.

На этом этапе следует также использовать принцип исключения через противоположность. Так, при обследовании установлено уменьшение промежутка между зубами жевательной группы верхней челюсти и беззубой альвеолярной частью нижней челюсти. Однако такая ситуация не всегда соответствует диагнозу «феномен Попова — Годона», так как одновременно установлено снижение окклюзионной высоты за счет стираемости передних зубов. Чтобы подтвердить диагноз «частичная вторичная адентия, осложненная феноменом Попова — Годона», необходимо исключить снижение окклюзионной высоты и дистальное смещение нижней челюсти, которые могут возникнуть и как следствие потери зубов, и как следствие стираемости оставшихся зубов-антагонистов. Дифференциальная диагностика предполагает сравнение наблюдаемого случая со сходными при других болезнях. Методом сопоставления, выявления совпадения или несовпадения симптомов и выделения основных ведущих симптомов определяют основной диагноз. При проведении дифференциальной диагностики обязательно следует придерживаться правила: широкая проверка всех известных возможностей, определение сходного в различном и различий в сходном.

Установлением нозологической формы не заканчивается диагностический процесс. Поскольку болезнь протекает в организме, необходимо вскрыть конкретные особенности течения патологического процесса у конкретного больного — поставить индивидуальный диагноз. Нет болезней, которые у всех людей протекали бы стереотипно. Поэтому необходимо вскрыть конкретную взаимосвязь симптомов и всего симптомокомплекса.

Если обследование проведено методически правильно, в описанной выше последовательности, то полученные данные позволяют сгруппировать симптомы, относящиеся к определенным органам. При этом имеются данные о состоянии функции и

степени поражения, т. е. стадии процесса, того или иного органа. Все это требует установления связи и зависимости между симптомами, выяснения их происхождения и создания из найденных симптомов патогенетической цепочки.

Симптомы проявляются и изменяются в зависимости от стадии болезни, отражают особенности реакции организма. В этом плане важно выяснение причин, влияющих на течение заболевания у конкретного индивида. Иначе говоря, чтобы понять особенности клинического течения болезни, нужно вскрыть особенности его патогенеза в конкретном случае.

При установлении патогенетического диагноза необходимо проследить развитие заболевания от выявления этиологического момента и оценки состояния организма на начальный период, через весь ход развития патологического процесса к клинической картине на момент обследования. Например, при патологической стертости жевательных зубов этот процесс прослеживается следующим образом. В результате недостаточности твердых тканей жевательных зубов, развившейся вследствие наследственной отягощенности или перенесенной болезни в период кальцификации зачатков зубов, происходит стирание твердых тканей. Это ведет к повышенной нагрузке на группу передних зубов в центральной окклюзии. Вследствие увеличения нагрузки в пародонте передних зубов развиваются деструктивные процессы, проявляющиеся атрофией костной ткани, перемещением зубов, воспалительными явлениями. Перемещение передних зубов нарушает режуще-бугорковый контакт, чем обусловливается снижение высоты нижнего отдела лица. Появление трем способствует дополнительной травме десневого сосочка (при попадании пищи), снижение высоты нижнего отдела лица — повышению нагрузки на группу жевательных зубов, изменению соотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава. Эти изменения в суставе могут проявляться при осложнении и сопровождаться определенным симптомокомплексом: боли при жевании, головные боли, хруст в суставах, жжение языка, снижение вкусовой чувствительности и слуха.

Таким образом, диагноз в данном случае будет следующий: недостаточность твердых тканей жевательных зубов, патологическая стертость, осложненная травматическим узлом в области передних зубов, снижением высоты нижнего отдела лица и артрозом височно-нижнечелюстного сустава. Из приведенного в виде очень краткой схемы примера видно, что на данном этапе развития заболевания прослеживается как сложная цепь причинноследственных связей. Вполне естественно, что у другого индивида при стертости жевательных зубов мог развиться патологический процесс не в пародонте передних зубов, а в твердых тканях. В этом случае патогенетический диагноз будет хотя и весьма близкий, но другой.

Изучение и логическое осмысление функциональных отношений между органами зубочелюстной системы возможны путем установления связи и зависимости между симптомами, выяснения их происхождения и объединения выявленных симптомов в патогенетические группы.

На основании отдельных симптомов и их сочетаний врач делает вывод об анатомическом и функциональном состоянии органа и всей зубочелюстной системы.

Важно знать, что симптомы клинического проявления болезни меняются в зависимости от ее стадии. Кроме того, изучая и вскрывая этиологию и патогенез заболевания, необходимо учитывать наличие болезней, которые по существу полиэтиологичны, но монопатогенетичны, и других заболеваний — моноэтиологичных, но полипатогенетических в своем развитии. Чаще всего в стоматологии встречаются

заболевания этих двух групп, но на специфику их клинических проявлений влияют местные факторы: вид прикуса, топография и величина дефектов коронок зубов и зубных рядов, заболевания слизистой оболочки рта, общесоматические заболевания с рефлексогенной зоной проявления субъективных симптомов в зубочелюстной системе. Поэтому решающим для диагноза является точное определение патогенеза.

Для эффективного воздействия на состояние больного необходимо знание не только общего характера болезненного процесса, его начальных и конечных звеньев в сложной последовательности развития взаимозависимых реактивных изменений в органах системы и организме, но и ведущего, определяющего момента в течение заболевания зубочелюстной системы. Поэтому на современном этапе развития ортопедической стоматологии центр тяжести лечебных мероприятий перемещается в область патогенеза. Успех лечения возможен только в случаях выявления ведущего звена в патогенезе заболевания и устранения его воздействия с применением комплекса лечебных ортопедических средств.

Особую трудность как в диагностике, так и в выборе врачебной тактики ведения больных, обосновании методов лечения представляют сочетанные формы поражений и заболеваний зубочелюстной системы. Сочетанные поражения отдельных зубов, зубных рядов, слизистой оболочки рта и т. п. являются наиболее распространенными в повседневной практике. Это обусловливает необходимость применения многих поликлинических и специальных методов исследования и четкого определения патогенетического диагноза, обязательного установления ведущего звена в клинической картине.

Диагноз в этих случаях всегда сложен, многоступенчат, и в нем также необходимо на первое место вьщелить основное заболевание, определить его осложнение или сопутствующее заболевание. Приводим ряд диагнозов: 1) частичная вторичная адентия, полный дефект коронковой части [3; 2) частичная вторичная адентия, патологическая стертость (вертикальная форма) группы передних зубов; 3) частичная вторичная адентия, патологическая стертость (горизонтальная форма) группы передних зубов, снижение окклюзионной высоты на 4 мм; 4) полная вторичная адентия на нижней и частичная на верхней челюсти; 5) пародонтит, генерализованная форма; 6) очаговый пародонтит — глубокий прикус, прямой травматический узел; 7) частичная вторичная адентия — очаговый пародонтит — отраженный травматический узел, дистальное смещение нижней челюсти, снижение окклюзионной высоты, синдром Костена.

Приведенные диагнозы свидетельствуют о сложности заболеваний, позволяют вскрыть причинно-следственные связи в развитии болезни у данного индивида, наметить план лечения (патогенетического). Такой диагноз позволяет также осуществить контроль за правильностью проведенного лечения.

Наш клинический опыт подсказывает, что план лечения, т. е. врачебная тактика ведения конкретного больного, должен опираться на хорошо проанализированные причинно-следственные связи каждого симптома и обоснованный прогноз заболевания после примененного лечения. Каждый пункт диагноза предопределяет обоснование применения лечебных средств, и не просто их сумму, а строгую последовательность применения этих средств. Индивидуализируя план лечения, врач обязан ориентироваться на особенности течения и проявления болезни (болезней) у конкретного больного.

Итак, для принятия правильного тактического решения и составления правильного плана лечения (ведения) больного прежде всего необходимо установить развернутый диагноз. Если неправильный диагноз при неправильном распознавании заболевания в результате

неполного обследования ведет к неправильному методу лечения, то отсутствие индивидуального плана лечения больного, даже при правильном диагнозе, может обусловить отрицательные результаты лечения или невозможность изготовить тот или иной вид протеза.

Множество причин ведет к развитию патологических процессов в органах, составляющих зубочелюстную систему. Под влиянием внешних и внутренних факторов в тканях зуба, периодонте, пародонте, слизистой оболочке рта, слюнных железах, языке, височно-нижнечелюстных суставах, костной ткани челюстей могут возникнуть и развиваться различные заболевания. Достижения диагностики в стоматологии позволяют установить не только этиологические моменты различных заболеваний, но и степень тяжести поражения органов зубочелюстной системы, их системную заинтересованность при многих болезнях, уровень функциональных нарушений в каждом органе этой системы.

Определены и реактивные изменения в организме, влияющие на течение заболеваний органов зубочелюстной системы, а также обратная связь — влияние заболеваний зубочелюстной системы на общее состояние организма.

Опираясь надостижения диагностики в стоматологии, распознание этиологических и патогенетических механизмов болезней органов зубочелюстной системы, пересмотрены сложившиеся традиции в сфере деятельности врача-стоматолога различного профиля: кто и какими средствами должен лечить кариес зубов, заболевания пародонта, височно-нижнечелюстного сустава и т. д.

Оформление диагноза

Полное и точное выявление в конкретном случае всей симптоматики, морфологических и функциональных изменений организма и зубочелюстной системы, установление причин и патогенеза заболевания позволяют обобщить представление о болезни в соответствии с предложенной классификацией.

При оформлении диагноза необходимо выделить: 1) основное заболевание зубочелюстной системы; 2) осложнение основioro заболевания; 3) сопутствующие заболевания.

Основное заболевание — это то заболевание, которое протекает наиболее тяжело, более опасно для здоровья и трудоспособности. При этом в истории болезни, в графе «Диагноз» обязательно указываются: нозологическая единица, стадия болезни, характер патологического процесса и его локализация, степень и характер функциональных нарушений, этиологический момент и патогенез. Формулировка диагноза может быть краткой или подробной.

Осложнение основного заболевания выносится также в графу «Диагноз» и формулируется как нозологическая единица. Можно записать так: частичная вторичная адентия, осложненная патологической стираемостью группы передних зубов, снижением окклюзионной высоты.

Топография дефекта в зубном ряду указывается в зубной формуле или в одонтопародонтограмме.

Сопутствующие заболевания могут быть: общесоматические, заболевания полости рта, не связанные с основным. В первом случае диагноз записывают: пародонтит, диабет, во втором — частичная вторичная адентия, красный плоский лишай.

Для принятия тактического решения и составления правильного плана ведения (лечения) больного прежде всего необходимо установить развернутый диагноз.

Правильная запись диагноза позволяет осуществлять контроль за обоснованностью лечения. Следует помнить, что история болезни — это не только медицинский, но и юридический документ.

Врачебная тактика ведения конкретного больного должна опираться на хорошо проанализированные причинно-следственные связи каждого симптома и обоснованный прогноз. Каждый пункт диагноза предопределяет обоснование применения лечебных средств и не просто их сумму, а строгую последовательность.

Индивидуализируя план лечения, врач обязан ориентироваться на особенности течения и проявления болезни (болезней) у конкретного больного. Поэтому вторым условием выбора плана лечения является знание видов лечебных аппаратов и протезов, их конструктивных особенностей, лечебное и функциональное назначение каждого элемента (составной части) протеза. Четко определенный для лечения заболевания зубочелюстной системы лечебный аппарат или протез равнозначен определению лечебных средств, последовательности или сочетанности их введения в больной организм врачом-интернистом. Если знание фармакологии и фармакокинетики обязательно для врача-интерниста, то для стоматолога обязательно знание видов лечебных аппаратов и протезов, их биологического воздействия на течение болезни зубочелюстной системы.

Прогноз

Прогноз — предвидение характера развития и исхода заболевания, основанное на знании закономерностей течения патологических процессов. Прогноз болезни — это научно обоснованное предположение о дальнейшем течении и исходе болезни.

Общий прогноз определяется сущностью заболевания, формой и стадией процесса, временем начала лечения и успехами комплексной или ортопедической терапии.

Заболевания зубочелюстной системы, подлежащие ортопедической или комплексной терапии, не представляют непосредственной опасности для жизни, но часть из них может длиться долгие годы (пародонтит, артрозы височно-нижнечелюстного сустава), снижая качество жизни.

Тяжесть болезней определяется не только локализацией и характером течения, длительностью, временем и эффективностью, но и числом органов, вовлеченных в патологический процесс, степенью нарушения функции органов и тяжестью морфологических изменений.

Острые заболевания органов зубочелюстной системы в большинстве случаев имеют определенные, зависящие от характера болезни и иммунобиологической реакции организма сроки длительности.

Хронические заболевания очень сложны для прогнозирования.

Во многих случаях оценить прогноз можно лишь спустя некоторое время после активного лечения, так как при этих заболеваниях имеются невосстанавливаемые дефекты структуры и функции органов, например пародонта при пародонтите развившейся стадии,

составных элементов сустава при артрозе височнонижнечелюстных суставов. Фактически речь идет о неполном выздоровлении, несмотря на благоприятный прогноз восстановления функций жевания.

Учитывая свойственные этим заболеваниям обострения процесса и развитие различных осложнений, ремиссия и рецидивы зависят от особенностей патологического процесса, тяжести поражения органа, внешних условий, которые не всегда можно предвидеть и учесть. Поэтому больные с хроническими заболеваниями после проведенного ортопедического лечения должны быть взяты на диспансерный учет.

Диспансерному наблюдению подлежат все лица, прошедшие ортопедическое лечение, так как зубные протезы значительно меняют условия воздействия внешней среды на ткани полости рта и сами являются активными раздражителями. Предвидеть уровень приспособляемости в этих условиях очень трудно. Осмотры таких лиц позволят выявить возможные осложнения в самых начальных стадиях и при активном лечении устранить их.

Основные лечебные средства, применяемые в ортопедической стоматологии

В отличие от всех медикаментозных методов лечения в общей медицине в ортопедической стоматологии применяют единожды введенное в полость рта, но постоянно действующее лечебное средство — зубной протез или лечебный аппарат. Это обязывает врача тщательно продумать и определить в соответствии с заболеванием и его тяжестью конструктивные особенности лечебного аппарата, материал, из которого он будет изготовлен, предвидеть эффект его применения. Следовательно, кроме выбора лечебного средства, необходимо прогнозировать действие этого средства на многие годы.

Поэтому успех ортопедического лечения может быть определен на основе учета всех индивидуальных особенностей течения заболевания и точного определения терапевтических основ выбираемого лечебного средства.

Зубные протезы, помимо восстановления количества зубов в зубных рядах, применяют для перестройки зубных рядов и изменения их соотношения, перестройки височно-нижнечелюстного сустава, шинирования зубов. Часто зубные протезы представляют собой корригирующие аппараты. В результате качественно перестраивается зубочелюстная система, что отражается на лицевом скелете. Помимо этого, в ортопедии используют лицевые протезы, представляющие собой защитные и косметические аппараты при дефектах лица (отсутствие носа, глаза и носа, глаза, носа и губы и др.).

Все ортопедические аппараты по назначению можно подразделить на 5 групп:

• протезы зубов;
• шинирующие лечебные аппараты и протезы;
• аппараты для ортопедических целей;
• аппараты, применяемые при травмах лица;
• протезы челюстей и лица.

Протезы зубов. Эту группу составляют: а) протезы, восстанавливающие коронку зуба (вкладки, полукоронки, коронки, штифтовые зубы); б) протезы, восстанавливающие зубные ряды (мостовидные, пластиночные, бюгельные); в) протезы, применяемые при отсутствии всех зубов.

Протезы мостовидные падающую на них жевательную нагрузку передают опорным зубам физиологическим путем. Акт обработки пищи во рту сходен с обработкой ее естественными зубами как по времени, так и по возможности дробления пищи с различными физическими свойствами. Протезы занимают мало места во рту, не больше, чем имевшиеся естественные зубы, благодаря чему больные быстро к ним привыкают и осваивают их.

Протезы пластиночные покрывают небо, альвеолярные отростки и тело челюсти, приходящееся на них жевательное давление передают на ткани, не приспособленные к нагрузке. В первое время пользования протезами нарушается речь, возникает рвотный рефлекс, усилено отделение слюны, обработка пищи во рту удается с трудом. По мере привыкания к протезу указанные осложнения исчезают.

Протезы бюгельные передают давление смешанным путем зубам и на ткани, не приспособленные к нагрузке. Поэтому имеют положительные и отрицательные качества, свойственные мостовидным и пластиночным протезам. Все указанные конструкции способствуют разгрузке зубов, ими можно шинировать зубы.

Протезы, применяемые при отсутствии всех зубов, по конструкции пластиночные.

Шинирующие лечебные аппараты и протезы. Предназначеныдл я лечения заболеваний пародонта, объединяют группу зубов или весь зубной ряд. Аппараты этой группы являются вариантами несъемных протезов или комплексом элементов бюгельных протезов.

Аппараты для ортодонтических целей. Предназначеныдля нормализации: а) расположения зубов в зубном ряду; б) зубной дуги; в) соотношения зубных рядов. В зависимости от источника силы, приводящего в действие, ортодонтические аппараты подразделяют на активные и пассивные.

Аппараты механического (активного) действия характеризуются тем, что сила их действия заложена в самой конструкции: резиновая тяга, пружины, стягивающий и растягивающий винты и другие приспособления. С их помощью достигаются расширение, сужение, укорочение и удлинение зубного ряда. Все активные аппараты действуют непрерывно до исчезновения напряжения в тканях пародонта.

Аппараты функциональног о (пассивного) действия представляют собой различно сконструированные плоскости и накусочные поверхности, которые перемещают зубы или всю нижнюю челюсть в направлении заданной наклонной плоскости. Пассивные аппараты действуют под влиянием сил сокращающейся жевательной мускулатуры при смыкании челюстей.

Аппараты, применяемые при травмах лица. Эти аппараты используют при лечении переломов, последствий переломов и ефектов челюстей, ранений в челюстно-лицевую область, после операций на лице и челюсти, в случае удаления части зубов и части челюсти. В эту группу входят и формирующие протезы, применяемые в процессе лечения переломов челюсти с дефектами мягких тканей лица.

По функции аппараты, применяемые при травмах, и ортопееские аппараты подразделяются на: фиксирующие (закрепляющие отломки челюстей); регулирующие (вытягивающие и вправляющие отломки при их смещении); направляющие (определянаправление смещения отломка); формирующие (представляют опору для

мягких тканей при образовании дефекта челюсти); комбинированные (оказывают смешанное действие: закрепление отломков, формирование ложа для протеза, создают опору для мягких тканей и др.).

Протезы челюстей. Применяют для восстановления величины и формы челюсти при врожденных и приобретенных дефектах, которые могут возникнуть в результате ранения, бытовой травмы, операции. Подразделяются на:

разобщающие — применяются при врожденных дефектах неба; непосредственные — применяются как замещающие удаленную часть или всю челюсть, накладываются на операционном столе;

последующие — накладываются после полного заживления раны, часто вместо непосредственного протеза; корригирующие — при костном дефекте челюсти и неправильно сросшихся переломах челюстей.

Ортопедическая стоматология
Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора В.Н.Копейкина, профессора М.З.Миргазизова