



Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією

**Патологічне стирання твердих
тканин зубів, етіологія, патогенез,
діагностика. Ортопедичне
лікування. Вторинні деформації
зубних рядів. Діагностика. Методи
лікування.**

доцент Геннадій БАЛЯ



План лекції

- 1. Етіологія, клініка, діагностика патологічного стирання твердих тканин зубів.***
- 2. Класифікації патологічного стирання.***
- 3. Методи ортопедичного лікування патологічного стирання твердих тканин зубів в залежності від клінічної картини.***
- 4. Етіологія, клініка, діагностика вторинних деформацій зубних рядів.***
- 5. Класифікації вторинних деформацій зубних рядів.***
- 6. Методи ортопедичного лікування вторинних деформацій зубних рядів.***



Що таке стирання зубів?

Стирання зубів — процес, який доволі часто зустрічається і спостерігається у людей різного віку. Він може представляти собою як **фізіологічне**, так і **патологічне** явище.

Фізіологічне стирання має пристосувальний характер, попереджаючи функціональне перевантаження зубів і обумовлені ним патологічні зміни в тканинах пародонта. Це компенсований процес, що повільно протікає, направлений на покращення функції жування, створення умов для повільного руху нижньої щелепи і плавного ковзання зубних рядів в різноманітних фазах артикуляції. Фізіологічне стирання зубів спостерігається як в молочному прикусі, так і в постійному прикусі.



Що таке патологічне стирання зубів?

Патологічне стирання – процес, що швидко протікає, супроводжується змінами зубних та навколозубних тканинах, а також порушенням функцій жувальних м'язів і СНЩС.

Під **патологічним стиранням** зубів слід розуміти стан підвищеного стирання, коли за короткий термін зуби втрачають свою анатомічну форму, на них утворюються атипові контактні площадки, оточені гострими краями збереженої емалі, взаємовідносини в зубних рядах змінюються, прикус знижується і зубні ряди не здатні сприймати функціональне навантаження без подальшого пошкодження твердих тканин.



Етіологія патологічного стирання

Причини розвитку ПС

ендогенні

екзогенні

До ендогенних факторів відносяться: спадковість, порушення обміну речовин, нейродистрофічі та ендокринні порушення, які супроводжуються неповноцінною структурою емалі і дентину, захворювання шлунково-кишкового тракту. Дія ендокринних залоз на процес формування, росту і кальцинації тканин зуба. Патологічне стирання спостерігається як при підвищеній, так і при зниженій функції щитовидної залози, а також при інших ендокринних захворюваннях.

Однією з причин розвитку патологічного стирання є **бруксизм**.



Із екзогенних причин патологічного стирання зубів найбільше значення має вид прикусу, професійні шкідливості та функціональне перевантаження зубів.

Шкідливі професійні та побутові звички. Тримання в зубах цвяхів, голок, мундштуків, відкушування ниток (в нитках містяться анілінові барвники і піхтова кислота).



Кислотний некроз зубів

Він спостерігається у працівників хімічної промисловості, які мають справу з соляною, азотною та іншими кислотами. Попадання кислот на зуби при вдиханні повітря викликає декальцинацію емалі з наступним їх стиранням.

В одній з Лондонських шкіл (Бартлет та співавтори, 1998) провели стоматологічне обстеження школярів. В результаті огляду встановлено, що у 57% обстежених виявлені ознаки патологічного стирання. Автори пов'язують з **вживанням в великих кількостях газованих напоїв**





Вид прикусу і функціональне перевантаження зубів

Встановлено, що при прямому прикусі стирання твердих тканин зубів з'являється значно швидше, ніж при інших його видах. Це особливо помітно при втраті значної кількості зубів, коли передні зуби, які залишились, несуть збільшене, не характерне для них навантаження: ними не тільки відкушують, але і пережовують їжу.

При цьому спостерігається типова **(горизонтальна)** форма стирання всіх зубів, які знаходяться в оклюзії і зменшення міжальвеолярної висоти.



Класифікація патологічного стирання

Класифікація Бракко

Бракко розрізняє 4 ступеня стирання:

1. Стирання емалі ріжучих країв і горбків.
2. Повне стирання горбків до $1/3$ висоти коронки з оголенням дентину.
3. Зменшення висоти коронки до $2/3$.
4. Розповсюдження процесу до рівня шийки зуба.



Класифікація патологічного стирання

А. Л. Грозовський (1946) встановив наступні форми патологічного стирання:

горизонтальна - стирання всіх жувальних і ріжучих поверхонь при неперервному зубному ряді;

вертикальна - стирання піднебінної поверхні зубів верхньої щелепи і вестибулярної поверхні зубів нижньої щелепи;

змішана - патологічне стирання розвивається як в горизонтальній, так і вертикальній площинах.

Форма патологічного стирання, на думку автора, залежить від виду прикусу і анатомо-фізіологічних особливостей СНЩС. У випадку переваги шарнірних рухів, що залежить від форми суглоба, частіше розвивається вертикальна форма стирання, в той час коли перевага ковзних рухів викликає горизонтальну форму стирання.



Класифікація патологічного стирання

Класифікація В.Ю. Курляндского

За протяжністю патологічного процесу

В.Ю.Курляндский (1962) розрізняє наступні форми патологічного стирання:

- *локалізовану;*
- *генералізовану.*

При обмеженій формі, коли утворюється прямий травматичний вузол, відмічається збільшення альвеолярного відростка на висоту стирання зубів. Прямі травматичні вузли виникають і у випадку нерівномірного стирання зубів.



Класифікація патологічного стирання

Гаврилов (1978) розрізняє дві форми генералізованого стирання зубів:

- ☐ компенсована;
- ☐ декомпенсована.

Для компенсованої форми характерна відсутність зниження висоти нижньої третини обличчя із-за вікарної компенсації, росту альвеолярних відростків щелеп.

Декомпенсована форма характеризується зменшенням висоти нижньої третини обличчя. Гіпертрофія альвеолярного відростка слабо виражена або відсутня.



Класифікація патологічного стирання

М.Г. Бушан (1979) за ступенем та глибиною ураження виділяє стирання

- ☐ **фізіологічне** (в межах емалі);
- ☐ **перехідне** (в межах емалі і дентину);
- ☐ **патологічне** (в межах дентину).

1. Патологічне стирання автор оцінює за глибиною ураження:

- ☐ до 1/3 довжини коронки;
- ☐ від 1/3 до 2/3 довжини коронки;
- ☐ від 2/3 довжини коронки до ясен.

2. В залежності від площини ураження:

- ☐ горизонтальна;
- ☐ вертикальна;
- ☐ змішана.



Класифікація патологічного стирання М.Г.Бушан (1979)

3. В залежності від протяжності процесу:
 - ☐ обмежена;
 - ☐ генералізована.
4. В залежності від зміни чутливості дентину:
 - ☐ в межах норми;
 - ☐ з гіперестезією.



Класифікація патологічного стирання

А.Г. Молдаванов (1992) за кількістю втрати твердих тканин зубів виділяє наступні ступені:

- 1 ступінь - стирання твердих тканин зубів в межах емалі, частково дентину;
- 2 ступінь - стирання твердих тканин зубів в межах основного дентину(без просвічування порожнини зуба);
- 3 ступінь - стирання твердих тканин зубів в межах замісного дентину(з просвічуванням порожнини зуба);
- 4 ступінь - стирання всієї коронки зуба.



Класифікація патологічного стирання

Баля Г.М. (2008) доповнив класифікацію Бушана М.Г. (1979) і пропонує розрізняти наступні форми:

- Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів зі збереженою неперервністю зубних рядів:
 - з ознаками вторинних деформацій зубних рядів;
 - без ознак вторинних деформацій зубних рядів.
- Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів з порушенням неперервності зубних рядів.
- Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів з порушенням неперервності зубних рядів з наявністю зубощелепних деформацій різного ступеню та форми.



Класифікація патологічного стирання



Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів
з неперервністю зубних рядів



Класифікація патологічного стирання



Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів,
ускладнена дефектами зубних рядів



Класифікація патологічного стирання



Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів,
ускладнена вторинними деформаціями зубних рядів



Класифікація патологічного стирання

В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев (2001) виділяють три клінічні форми патологічного стирання в залежності від компенсаторно-пристосувальній реакції жувального апарату:

- 1) некомпенсовану;
- 2) компенсовану;
- 3) субкомпенсовану.



Класифікація патологічного стирання

В іноземній літературі використовуються інші терміни, що характеризують процес стирання твердих тканин зубів. В залежності від причин виділяють наступні:

- ерозія (erosion);
- абразія (abrasion);
- аттриція (attrition);
- абфракція (abfraction).

В 1991 г. J. Grippo ввів термін “абфракція” (в перекладі — мікротріщина, мікроскол). Абфракція — втрата твердих тканин зубів внаслідок функціонального перевантаження зубів і утворення мікротріщин. Саме абфракція вважається явищем, що лежить в основі виникнення клиноподібних дефектів.



Класифікація патологічного стирання

абфракція (abfraction)





Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



Порушується анатомічна форма коронкової частини зуба і разом з цим змінюється характер жувального тиску на різучі і жувальні поверхні, а також на пародонт і елементи СНЩС.



Горизонтальна форма патологічного стирання твердих тканин зубів

Частіше за все спостерігається при прямому прикусі і може бути генералізованою або обмеженою (горизонтальне стирання при прямому прикусі пов'язане з відсутністю різцевого перекриття і слабою вираженістю суглобових горбків).

Характерною ознакою горизонтального патологічного стирання є вкорочення коронок, утворення на поверхні змикання зубів фасеток. Часто, особливо при II і III ступені, спостерігається підвищена чутливість дентину.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів

Гіперестезію за клінічним перебігом Ю.А. Федоров (1981) поділяє на три ступеня:

- **I ступінь** - тканини зуба реагують на температурний подразник (холод, тепло); поріг електрозбудливості представляє 5-8 мкА.
- **II ступінь** - тканини зуба реагують на температурні і хімічні подразники (солодке, кисле, и т.п.); поріг електрозбудливості дентину 3-5 мкА.
- **III ступінь** - тканини зуба реагують на всі види подразників; поріг електрозбудливості досягає 1,5-3,5 мкА.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів

Розрізняють дві форми генералізованого стирання зубів - *компенсовану і декомпенсовану* (Гаврилов Е.І., 1978).

Перша форма характеризується тим, що стирання зубів компенсується ростом альвеолярних відростків щелеп (вакантна гіпертрофія). Висота нижньої третини обличчя не знижується.

При другій формі ріст альвеолярних відростків не виражений або слабо виражений. В результаті цього висота нижньої третини обличчя зменшується.

Зниження оклюзійної висоти в основному залежить від глибини або ступеня стирання зубів, виду прикусу, величини і топографії.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий К., 49 років. Генералізована горизонтальна
форма стирання твердих тканин зубів**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий Н., 53 років. Генералізована горизонтальна
форма стирання твердих тканин зубів**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий М., 60 років. Генералізована форма
патологічного стирання твердих тканин зубів на нижній
щелепі**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Гіпертрофія альвеолярного відростка на верхній
щелепі**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий К., 62 років. Гіпертрофія альвеолярного
відростка на нижній щелепі**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів

Обмежена форма може спостерігатися як при інтактних зубних рядах, так і при часткових дефектах в них. При інтактних зубних рядах обмежене стирання компенсується за рахунок вакантної гіпертрофії альвеолярного відростка ділянки щелепи, не виникає зниження оклюзійної висоти.

Глибоке різцеве перекриття і виражені схили суглобових горбиків при глибокому прикусі обумовлює різке стирання бічних зубів і значно найбільш частий розвиток обмеженої вертикальної і рідше змішаної форми стирання передніх зубів.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів

Змішана форма патологічного стирання зубів характерна для ортогнатичного прикусу. Змішана форма спостерігається переважно при вираженому фронтальному перекритті і характеризується інтенсивним стиранням щічних горбків жувальних зубів верхньої щелепи. В початкових стадіях стирання зубів відбувається індивідуалізація форм оклюзійних кривих.

При стиранні зубів I ступеня (до 1/3 довжини коронок) зниження висоти виражено незначно, а лицеві ознаки або малопомітні, або відсутні.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий Б., 68 років. Вертикальна форма стирання
твердих тканин зубів**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



**Хворий Т-ко, 56 років. Змішана форма патологічного
стирання твердих тканин зубів**



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів

Важкі форми стирання зубів II и III ступеня, коли коронки їх значно або повністю стерті, супроводжуються значним зниженням міжальвеолярної висоти (прикус, що знижується).

Це призводить до змін топографічних співвідношень елементів СНЩС. Суглобова голівка зміщується доверху і дистально. Елементи суглоба перенавантажуються, настає декомпенсація, яка виражається в дисфункції суглоба з певним патологічним симптомокомплексом.

Найбільш розповсюдженим являється термін “синдром Костена”, що був описаний автором ще в 1934 р. Відомі також терміни “синдром патологічної оклюзії”, оклюзійно-артикуляційний дисфункціональний синдром.



Клініка патологічного стирання твердих тканин зубів



Хвора Ш., 59 років. Прикус, що знижується



Морфофункціональні порушення при патологічному стиранні твердих тканин зубів:

1. Втрата анатомічної форми зубів.
2. Зменшується тонус жувальних м'язів, виникає їх асинхронне скорочення.
3. Збільшується час процесу жування.
4. Знижується ефективність функції жування.
5. Розвиваються нервово-м'язові порушення.
6. Часто травмується слизова оболонка порожнини рота.
7. Збільшується чутливість зубів до дії різноманітних подразників.
8. Зменшується міжальвеолярна висота, вкорочується нижній відділ обличчя.
9. Змінюються взаємовідносини елементів СНЩС.
10. В ряді випадків розвивається оклюзійно-артикуляційний дисфункціональний синдром.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

Задачі ортопедичної реабілітації хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів:

- По можливості, усунення причини, яка викликала патологію.
- Зупинка або уповільнення процесу підвищеного стирання.
- Відновлення необхідної висоти прикусу і попередження рецидиву зниження прикусу.
- Відновлення анатомічної форми зубів.
- Усунення естетичного недоліку.
- Зведення до мінімуму кількості зубів, що підлягають препарування.
- Збереження нормального положення нижньої щелепи.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

- При плануванні ортопедичного лікування необхідно враховувати клінічне різноманіття патологічного стирання зубів (горизонтальне, вертикальне, локалізоване, генералізоване, компенсоване, некомпенсоване), глибину ураження (I, II, III ступені стирання), наявність ускладнень.
- При патологічному стиранні твердих тканин зубів I ступеня (1/3 довжини коронки) лікування залежить від клінічного різновиду стирання, віку пацієнта і функціонального стану жувальних м'язів.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

У пацієнтів з генералізованим стиранням зубів без порушення функцій жувальних м'язів (неускладнена форма) проводять раціональне протезування з одночасним відновленням висоти прикусу без попередньої перебудови міотатичних рефлексів жувальної системи.

Для досягнення цих цілей можна використовувати як незнімні (коронки, мостоподібні протези), так і знімні бюгельні протези з оклюзійними накладками.

Більшість авторів вважають **нераціональним використання штампованих коронок і паяних мостоподібних протезів.**



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ II - III СТУПЕНІВ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ

Лікування проводиться в два етапи: **перший етап** – роз'єднання прикусу і перебудова міотатичних рефлексів жувальної системи, **другий** - зубне протезування з використанням раціональних зубних протезів. Двохетапне лікування показано також при патологічному стиранні твердих тканин зубів II и III ступеня, що ускладнене порушенням функції жувальних м'язів.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

Для відновлення висоти прикусу, нормалізації положення нижньої щелепи і перебудови міотатичних рефлексів жувальних м'язів можна також використовувати пластмасову капу. Частіше її накладають на нижній зубний ряд, але можна використовувати і на верхній щелепі. З тією ж метою можна використовувати знімні протези, якими користується пацієнт. Можливе використання різноманітних назубних і зубоясневих шин. Строк користування капою – 3-6 місяців.

Використання назубних і зубоясневих шин переслідує такі цілі:

- ☐ Нормалізація міжальвеолярної відстані;
- ☐ Релаксація жувальних м'язів;
- ☐ Оклюзійна і нейро-м'язова стабілізація;
- ☐ Репозиція суглобової голівки і диска СНЩС;
- ☐ Усунення функціонального перевантаження зубів, що утримують висоту прикусу.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

Задачі ортопедичного лікування на етапі раціонального протезування:

фіксація нової висоти і досягнення
рівномірного множинного контакту по всій
довжині зубного ряду. Можна
використовувати як знімні так і незнімні
конструкції протезів в залежності від
величини і топографії дефектів зубних
рядів і стану тканин пародонта.



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

Запропонована на нашій кафедрі
(Дворник В.М., 2001) методика лікування полягає в роз'єднанні прикусу у фронтальній ділянці з допомогою пластмасової капи або шини і перебудові рефлексів жувальної системи на першому етапі.

Другий - передбачає фіксацію нової отриманої висоти прикусу і відновлення анатомічної форми зубів з урахуванням естетичних вимог.



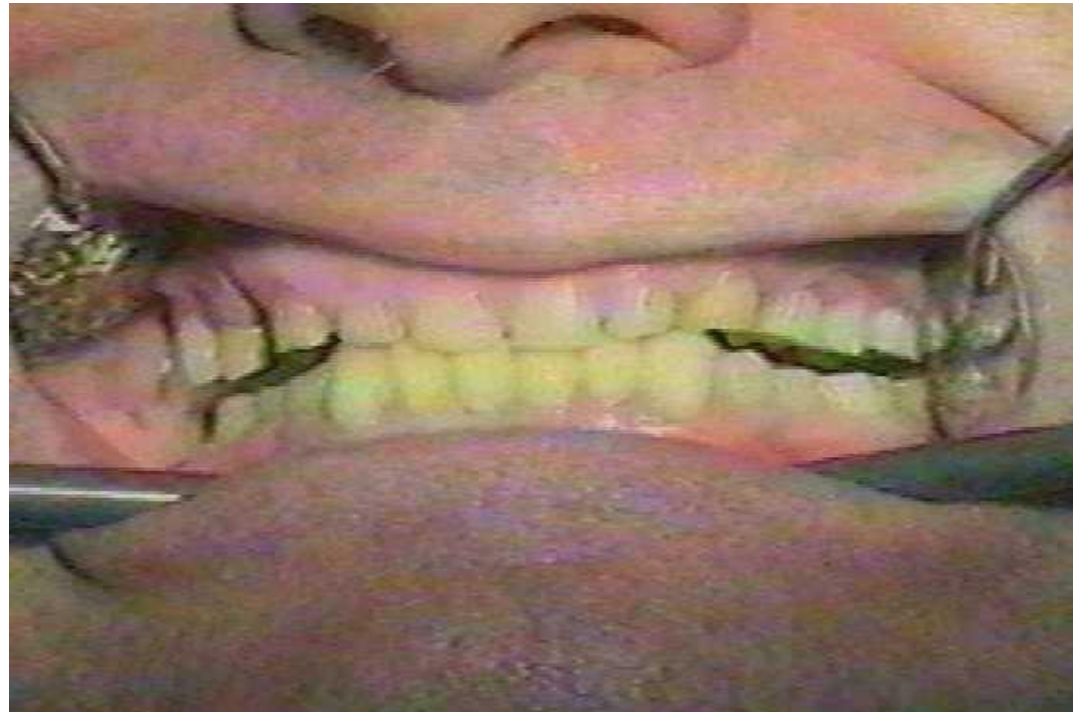
ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ



Роз'єднання прикусу у фронтальній ділянці на
верхній щелепі



ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ



Роз'єднання прикусу у фронтальній ділянці на
нижній щелепі

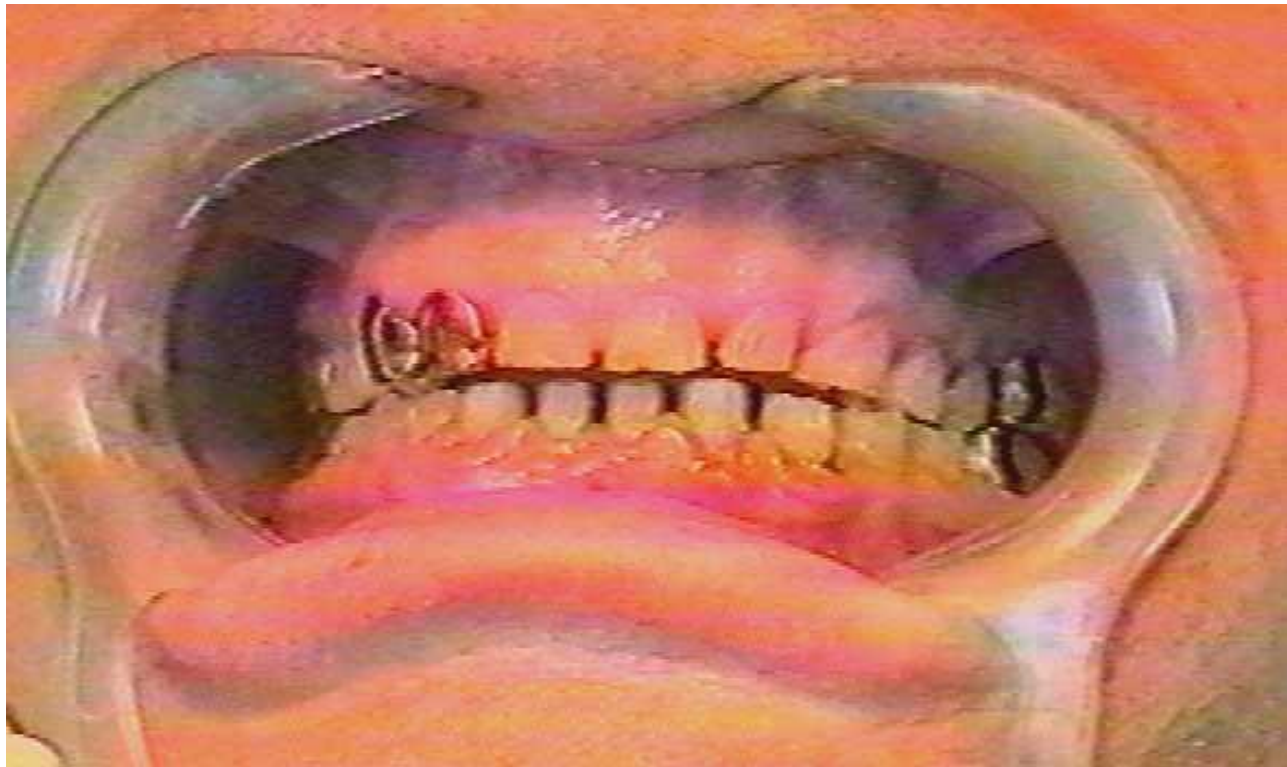


Після виготовлення і фіксації роз'єднуючої конструкції протеза всім пацієнтам був призначений вібраційний масаж ділянок обличчя з обох боків верхньої і нижньої щелеп для прискорення морфо - функціональної перебудови зубощелепної системи. Вживання вібраційного масажу дозволяє майже в 2 рази скоротити термін підготовчого періоду і через 1,5 -2 місяця почати наступний етап ортопедичної реабілітації хворих.





На етапі раціонального протезування, окрім необхідності зафіксувати отриману висоту прикусу, потрібно враховувати естетичні вимоги до конструкцій.







ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

На кафедрі запропонована конструкція покривного протезу (Баля Г., 2008)





ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

конструкція покривного протезу





Ортопедичне лікування локалізованого патологічного стирання зубів

При локалізованій формі ПС передньої групи зубів і інтактних зубних рядах накладають пластмасову капу і збільшують висоту прикусу на 1-3 мм залежно від ступеня стирання. Капою хворий повинен користуватися декілька місяців. У цей період відбувається перебудова альвеолярного відростка. У ділянці стертих зубів, на яких відновлюється висота прикусу, а в бічній ділянці виникають процеси побудови кісткової тканини (зубоальвеолярне подовження).















ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ЗУБІВ

Ортопедичне лікування пацієнтів з патологічним стиранням твердих тканин зубів і **дисфункцією СНЩС**, обумовленою зменшенням міжальвеолярної відстані, укороченням нижньої третини обличчя і порушенням оклюзійно-артикуляційних взаємовідносин направлено не лише на нормалізацію висоти прикусу, але і положення нижньої щелепи. Це у свою чергу сприяє нормалізації функції жувальних м'язів, внутрішньосуглобових зв'язків елементів СНЩС і його функції.



ВТОРИННІ ДЕФОРМАЦІЇ ЗУБНИХ РЯДІВ

Одним з симптомів часткової втрати зубів є **деформації зубних рядів, які часто супроводжуються зміною оклюзійних взаємовідносин**. При нормальній оклюзії форма зубних дуг, їх взаємовідносини при різних положеннях нижньої щелепи забезпечує повноцінну функцію, а також стійкість до навантажень, які виникають під час жування, ковтання і розмови.

Найбільш частою **причиною** вторинних деформацій зубних рядів є часткова втрата зубів. До втрати зубів призводять карієс з його ускладненнями, операції щелепно-лицьової ділянки, травми і поранення.



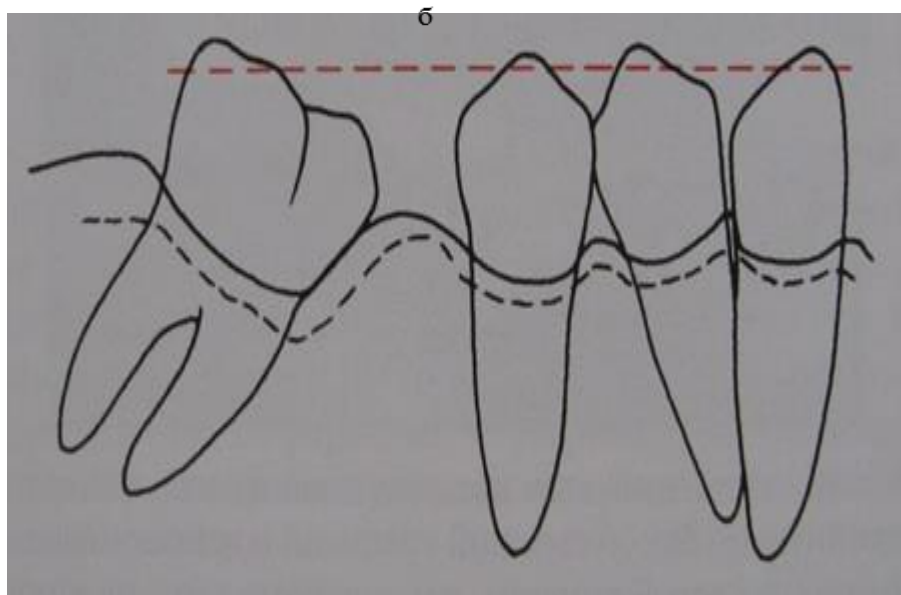
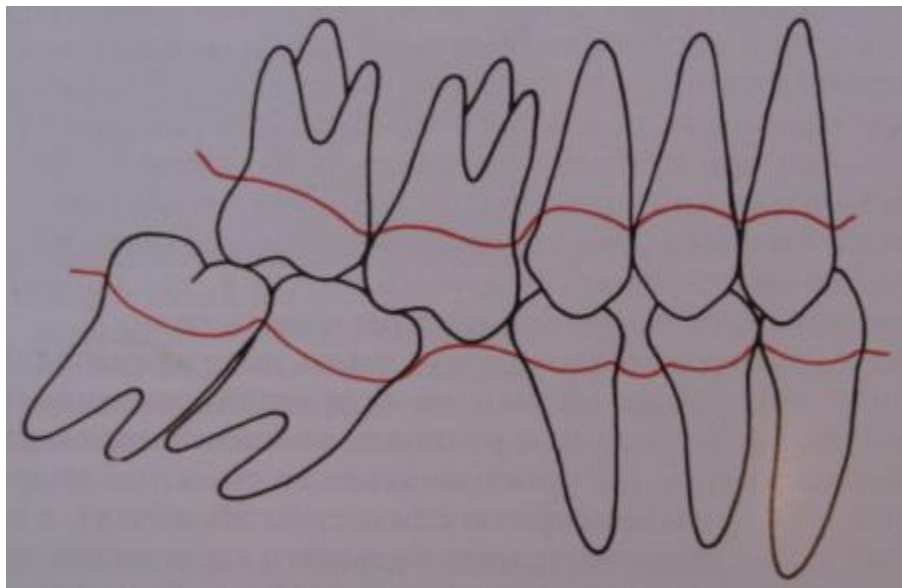
Етіологія вторинних деформацій

У літературі приводиться ряд теорій, які пояснюють механізм виникнення вторинних деформацій при частковій адентії.

Теорія рівноваги артикуляції, автором якої є **Годон**, побудована на тому, що зубна система є єдиним цілим. Стабільне існування цієї системи можливо у тому випадку, коли безперервність зубних рядів збережена. При втраті зубів ці сили ведуть до нахилу сусідніх з дефектом зубів, і зрушує антагоністи.



Механізм утворення вторинних деформацій





Класифікація зубощелепних деформацій

В.А. Пономарьова (1964) виділяє дві форми вертикальних переміщень зубів:

- **Перша форма** характеризується висуванням зубів зі збільшенням альвеолярного відростка без оголення цементу кореня.
- **Друга форма** характеризується висуванням зуба, яке характеризується оголенням цементу кореня без збільшення альвеолярного відростка.



Класифікація зубощелепних деформацій

Гавриловим (1968) найбільш описані форми вторинного переміщення зубів, яке зустрічається частіше:

- Вертикальне переміщення верхніх і нижніх зубів, які втратили антагоністи (однобічне, двохбічне, зустрічне).
- Дистальне або медіальне переміщення.
- Нахил в язиковий або щічний бік.
- Поворот навколо вертикальної осі.
- Комбіноване переміщення (наприклад, віялоподібне розташування передніх зубів при захворюваннях тканин пародонту).



Класифікація зубощелепних деформацій

Класифікація, запропонована В.Ю.Мілікевичем (1969 р.):

I. Деформації зубів і зубних рядів

1.Дентальна форма

а) вертикальна

I ст. - висунення зуба за межі оклюзійної площини на висоту горбків, атрофія на $\frac{1}{4}$ довжини кореня;

II ст. - висунення на $\frac{1}{2}$ висоти коронки, атрофія на $\frac{1}{2}$ довжини кореня;

III ст. - висунення на $\frac{3}{4}$ висоти коронки, атрофія на $\frac{3}{4}$ довжини кореня;

б) горизонтальна

I ст. коронки зубів, що обмежують дефект, з кутом нахилу в бік на 20-30°.

II ст. - коронки зубів, що обмежують дефект, з кутом нахилу в бік >30°.

2. Дентоальвеолярна форма

а) без атрофії тканин пародонта (I, II, III ст.)

б) з атрофією тканин пародонта (I, II, III ст.)

3. Поворот зуба навколо вісі.

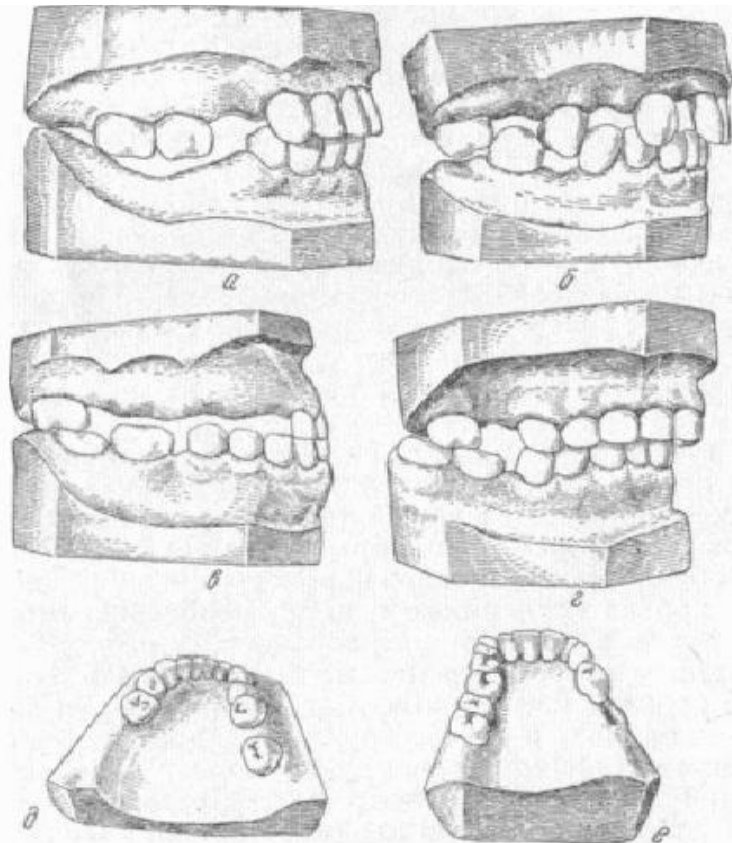
II. Деформації зубних рядів і прикусу.

Зі збереженням прямого або з переходом в ортогнатичний прикус.

Зі встановленням глибокого різцевого перекриття або глибокого прикусу.

Зі встановленням біпрогнатії.

Найбільш типові переміщення зубів



Вторинні деформації оклюзійної
поверхні зубних рядів:

- а — вертикальне переміщення
верхніх зубів;
- б — взаємне вертикальне
переміщення верхніх зубів з
блокадою сагітальних рухів нижньої
щелепи;
- в — вертикальне переміщення
нижніх зубів;
- г — мезіальне переміщення
молярів;
- д — язиковий нахил нижніх зубів;
- е — піднебінний нахил верхніх зубів.



Реабілітація хворих із зубощелепними деформаціями

Усунення оклюзійних порушень переслідує профілактичні і лікувальні цілі.

Лікувальна мета полягає в:

- Створення умов для виготовлення раціональної конструкції протеза. - Нормалізація оклюзійних порушень.
- Нормалізація рухів нижньої щелепи.
- Усунення функціонального перевантаження пародонту зубів.
- Нормалізація функції СНЩС.

Профілактика полягає в запобіганні:

- 1) функціональної перебудови пародонту зубів;
- 2) порушення функції СНЩС;
- 3) порушення функції жувальних м'язів.



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Представляє собою достатньо складний комплекс лікувальних заходів ортодонтичного і ортопедичного характеру, кінцевим етапом якого є протезування.

Для цього рекомендується використовувати різні методи:

- 1.Терапевтичний (метод зішліфовування твердих тканин)**
- 2. Ортопедичний.**
- 3. Хірургічний.**
- 4. Апаратурний (метод дезоклюзії).**
- 5. Апаратурно - хірургічний.**



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Терапевтичний метод

З метою створення умов для протезування пропонується значне зішліфовування жувальної поверхні.

Для визначення міри зішліфовування вивчають діагностичні моделі, а також рентгенологічні знімки. При невеликому зсуві інколи досить провести зішліфовування в межах емалі з подальшою ремтерапією. При значному зішліфовуванні виникає необхідність депульпувати зуби, що висуваються, і виготовити штучні коронки.



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Ортопедичний метод лікування

При конвергенції дистально розташованого опорного зуба і відсутності вертикального зсуву зубів-антагоністів використовують мостоподібні протези звичайної конструкції, з масивним зішліфовуванням зубів.

Для заміщення дефектів зубних рядів, які ускладнені нахилом вісеї опорних зубів (З.Я. Шур) запропонували розбірні конструкції мостоподібних протезів і працювали над їх удосконаленням.

При зубах, що конвергують, використовують також незнімні протези на екваторних коронках, тим самим досягається незначне препарування опорних зубів.



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Апаратурний метод

Апаратурний метод полягає у використанні пластинкових протезів з накусочними площадками, за допомогою яких природні зуби, що подовжилися, отримують більше функціональне навантаження, чим інші зуби. В результаті функціонального навантаження їх опорного апарату відбувається перебудова альвеолярного відростка. Це призводить до укорочення зубів, що подовжилися, і вирівнювання в тій або іншій мірі оклюзійної поверхні зубних рядів.

Для скорочення строків ортодонтичного лікування можуть використовуватися:

1. Метод вакуум-терапії.
2. Ультразвук.
3. Вібраційний масаж.



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Хірургічний метод лікування

Показання до видалення зубів:

- Патологічна рухомість зубів внаслідок захворювань тканин пародонту (III-IV ст.).
- Несприятливе відношення коронки зуба і його кореня.
- Наявність хронічних запальних вогнищ в пародонті.
- Різко виражене вертикальне переміщення зубів, коли їх зішліфовування виходить за межі коронки зуба.
- Нахил зубів в бік дефекту зубного ряду, при якому ні ортопедичні, ні інші втручання не дають бажаного результату.
- Похилий вік хворого.
- Хронічні захворювання серцево-судинної і нервової системи, які не дозволяють використати інші методи лікування.



Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями

Апаратурно-хірургічний метод

Лікування за допомогою даного методу полягає в проведенні часткової компактостеотомії або декортикації і вживанні лікувального апарату для дезоклюзії.

В результаті кісткової травми розвивається проліферативне запалення по периферії зони альтерації, компактний шар втрачає звичну структуру, демінералізується, що в подальшому полегшує переміщення зубів.



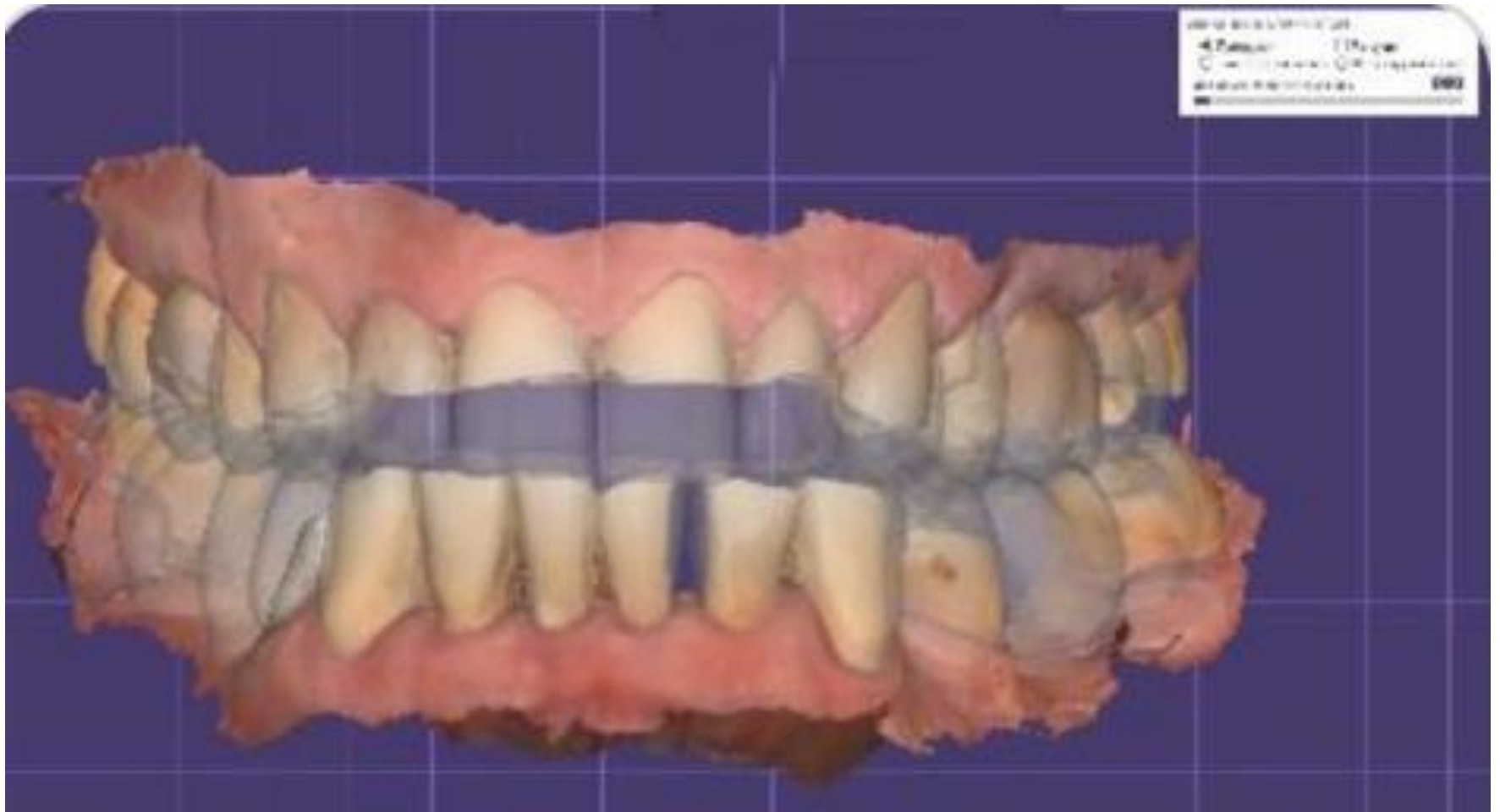
Питання

1. Етіологія, патогенез і клінічна картина патологічного стирання зубів.
2. Класифікації патологічного стирання.
3. Класифікація форм патологічного стирання за Бушаном.
4. Методи лікування патологічного стирання зубів (терапевтичне, ортопедичне).
5. Бруксизм. Етіологія, клініка. Методи лікування.
6. Поняття про вторинні деформації зубних рядів.
7. Класифікація вторинних деформацій зубних рядів за В.А. Пономаревою.
8. Класифікація вторинних деформацій зубних рядів за В.Ю. Мілікевичем.
9. Етіологія вторинних деформацій зубних рядів.

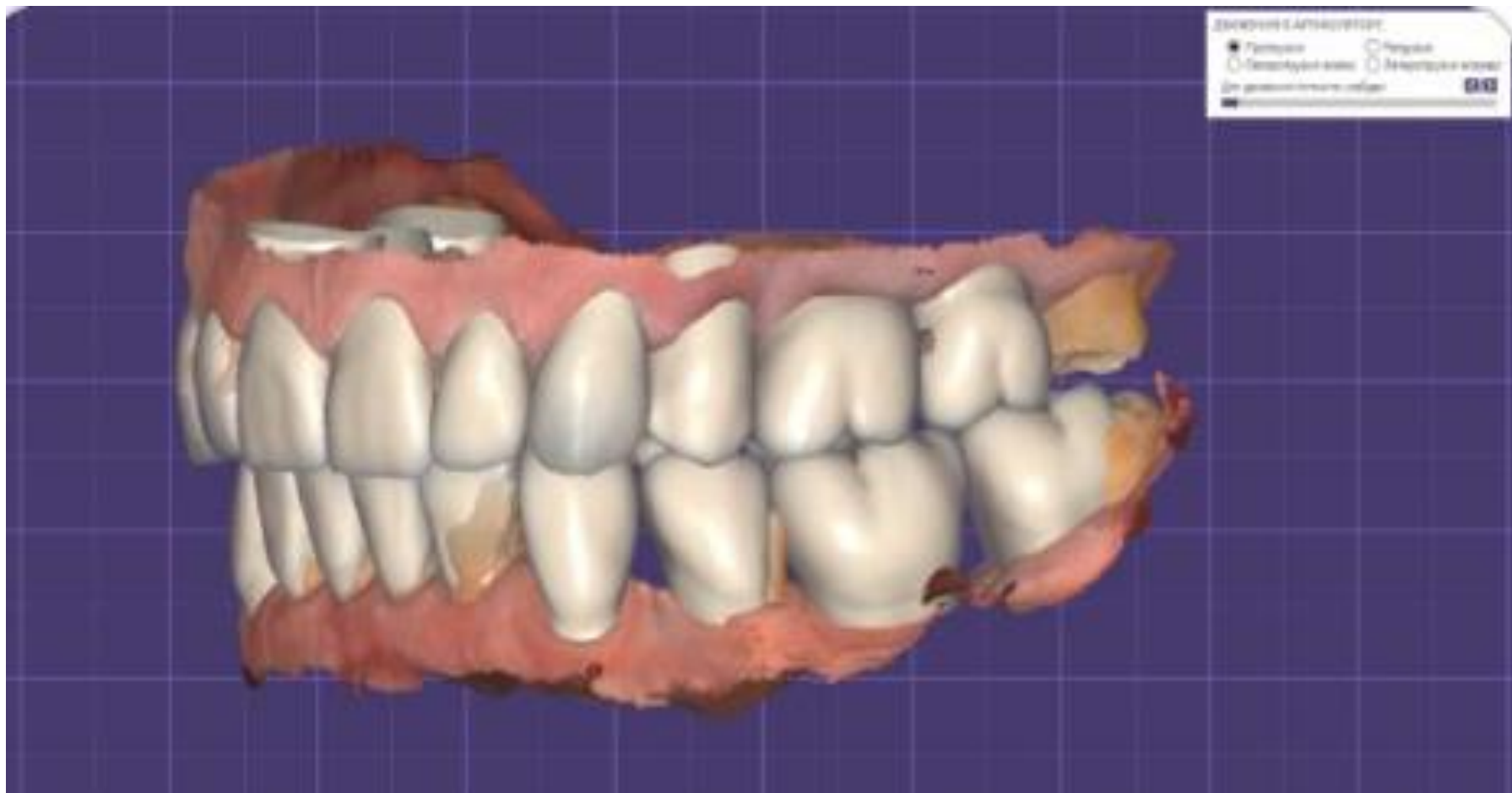


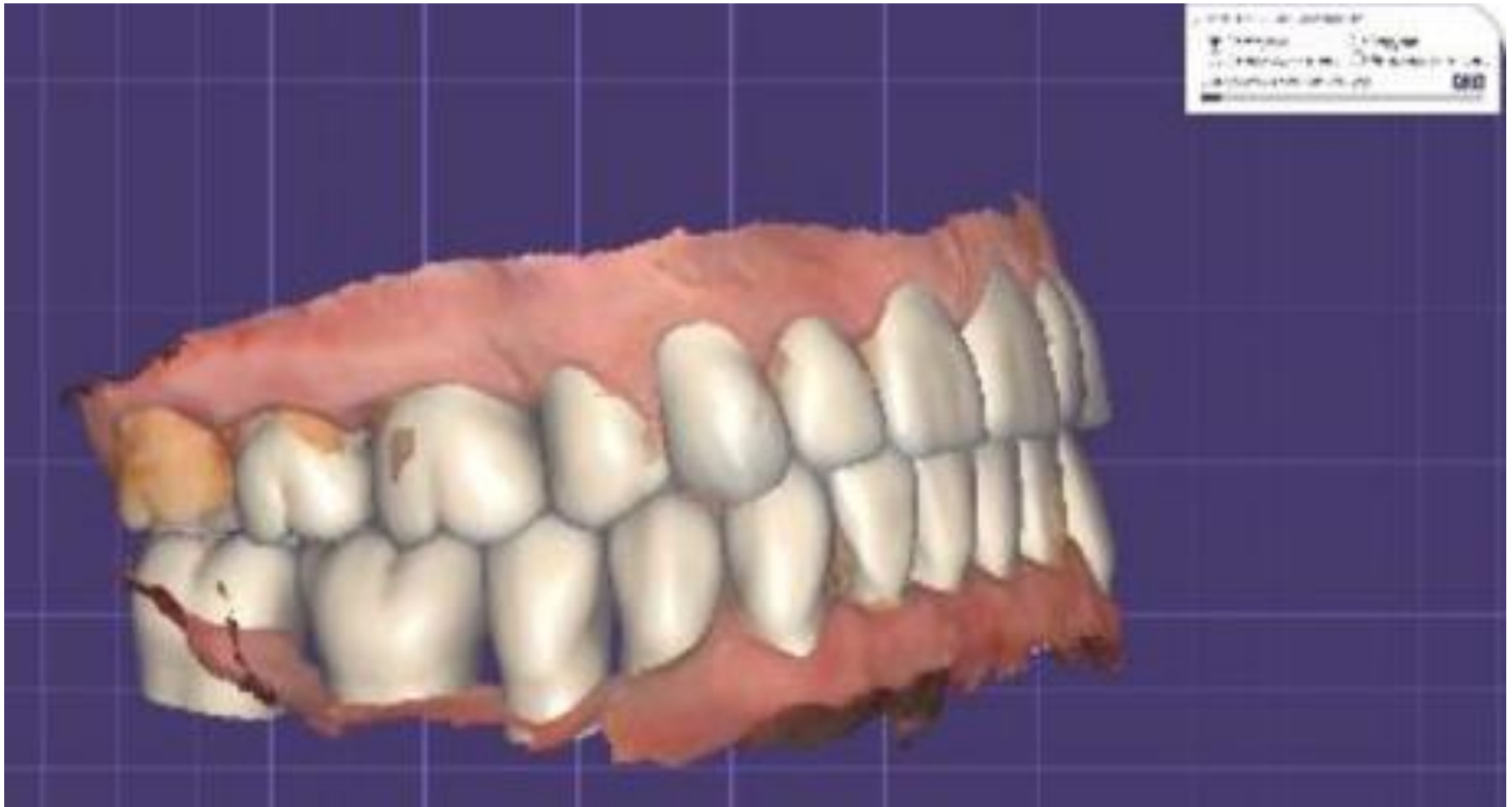
Питання

10. Механізми розвитку вторинних деформацій.
11. Характеристика різних клінічних картин вторинних деформацій зубних рядів.
12. Протетичний метод лікування вторинних деформацій зубних рядів.
13. Вкорочування зубів.
14. Усунення оклюзійних порушень підвищення між альвеолярної висоти.
15. Ортодонтичний метод лікування вторинних деформацій зубних рядів.
16. Апаратурно-хірургічний метод лікування вторинних деформацій зубних рядів.
17. Хірургічний метод усунення оклюзійних порушень зубних рядів.
18. Характеристика різних конструкцій протезів, які використовуються при лікуванні вторинних деформацій зубних рядів.

















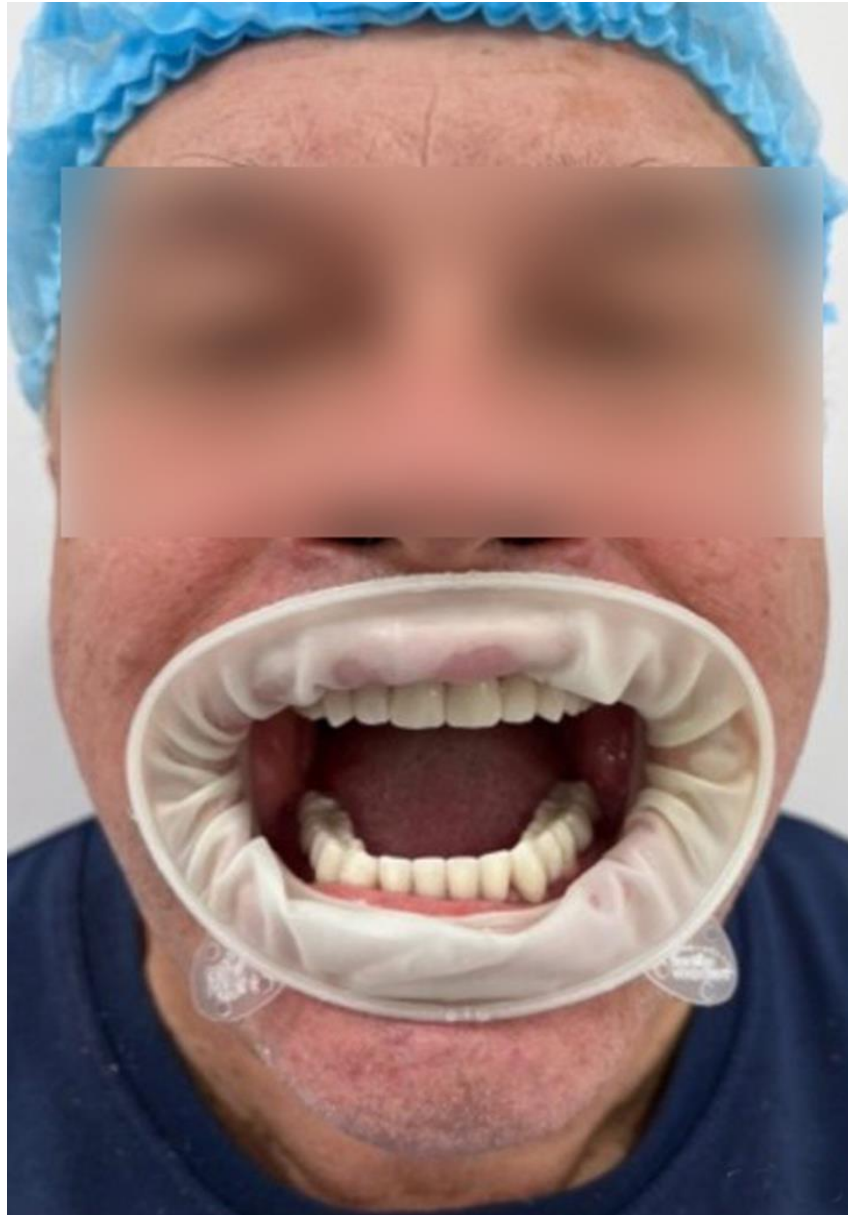








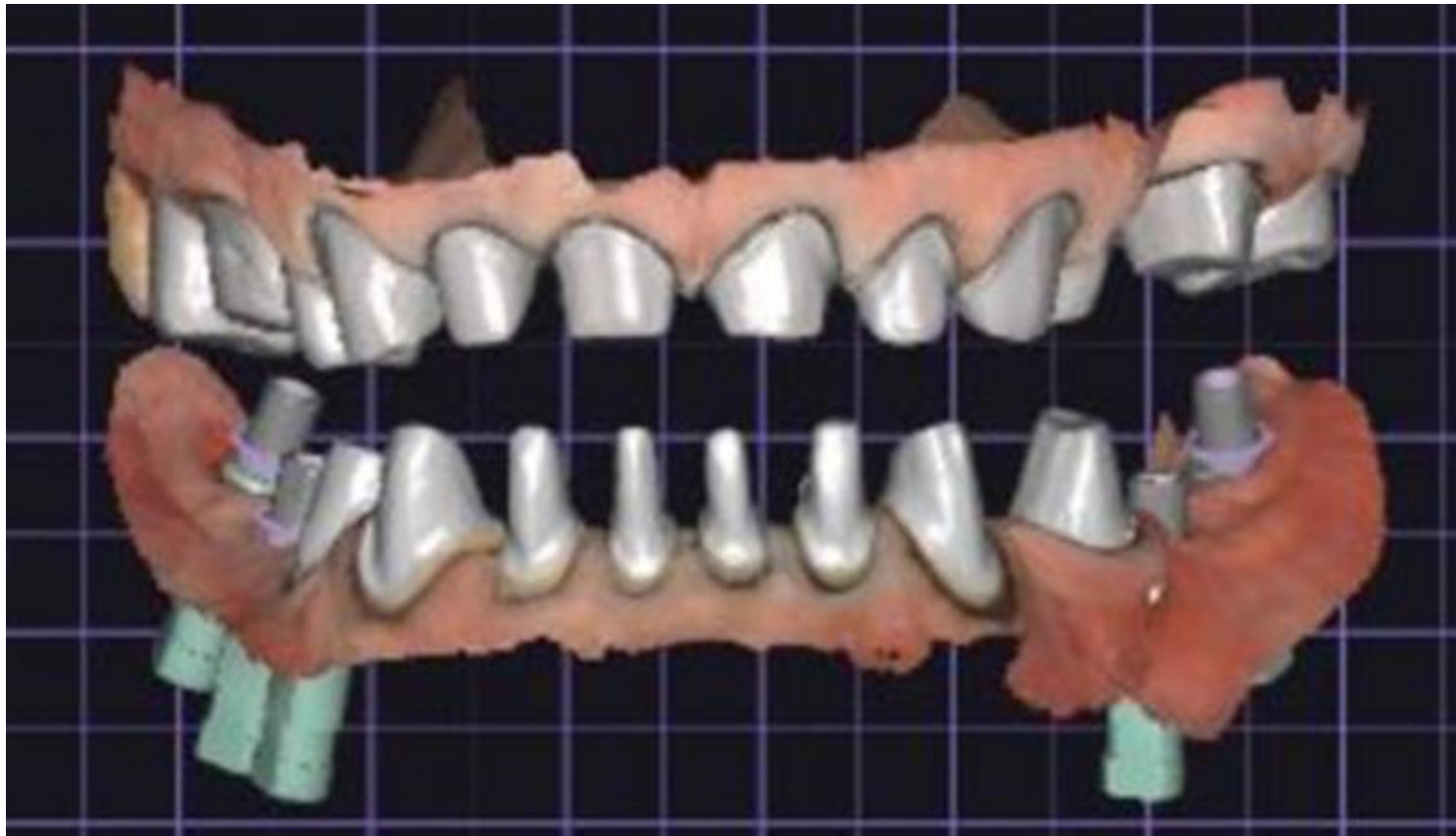


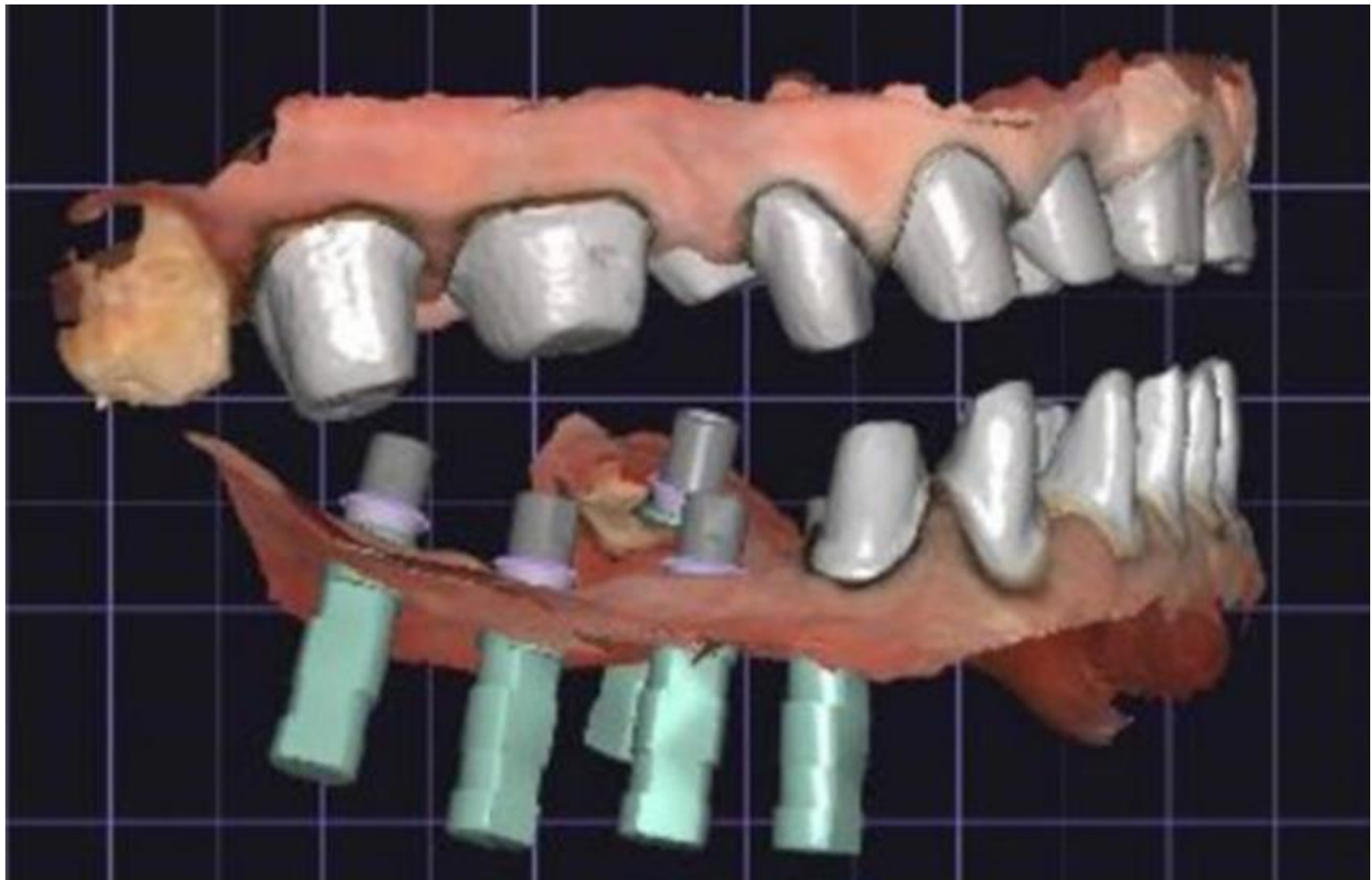


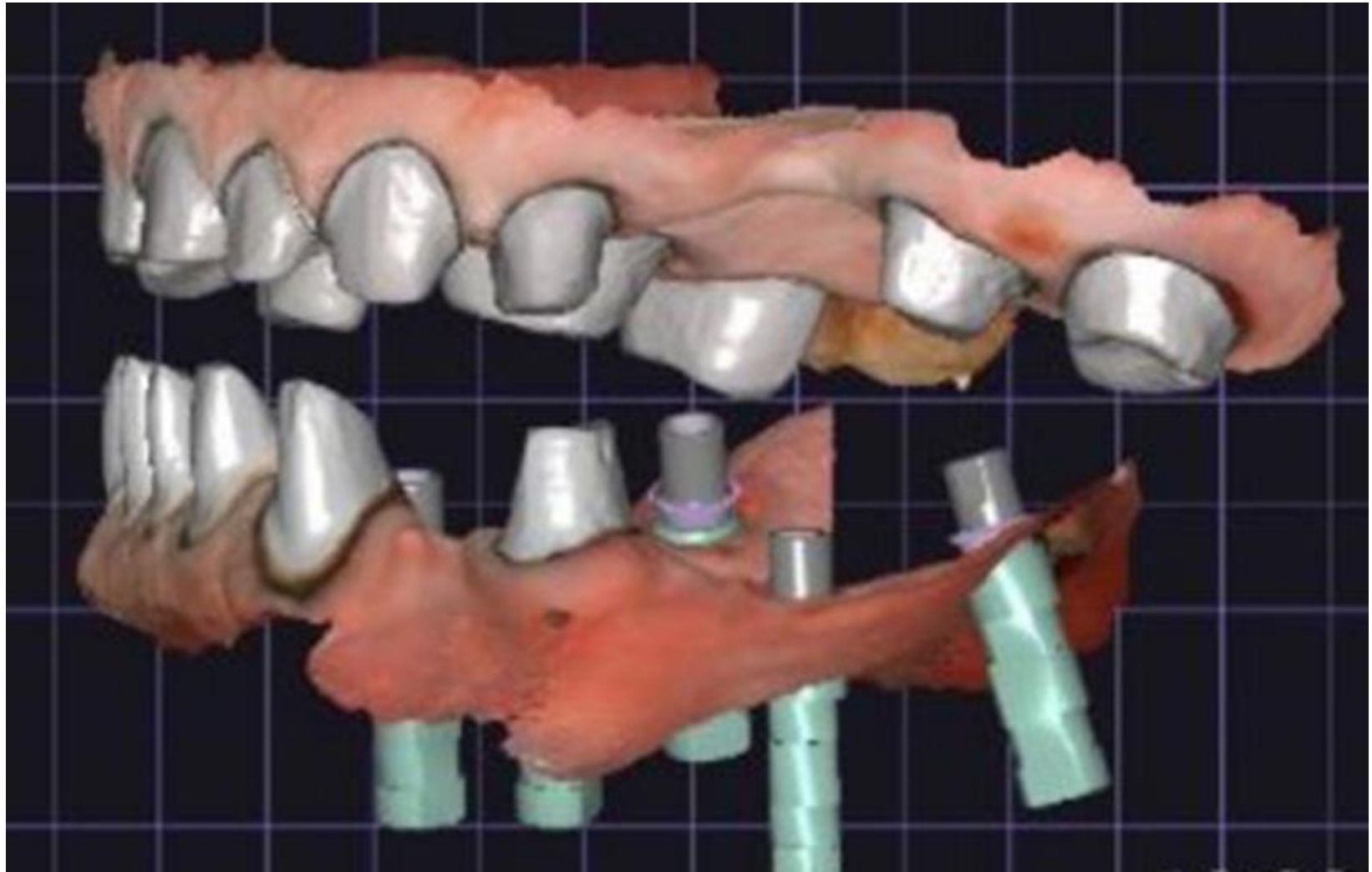


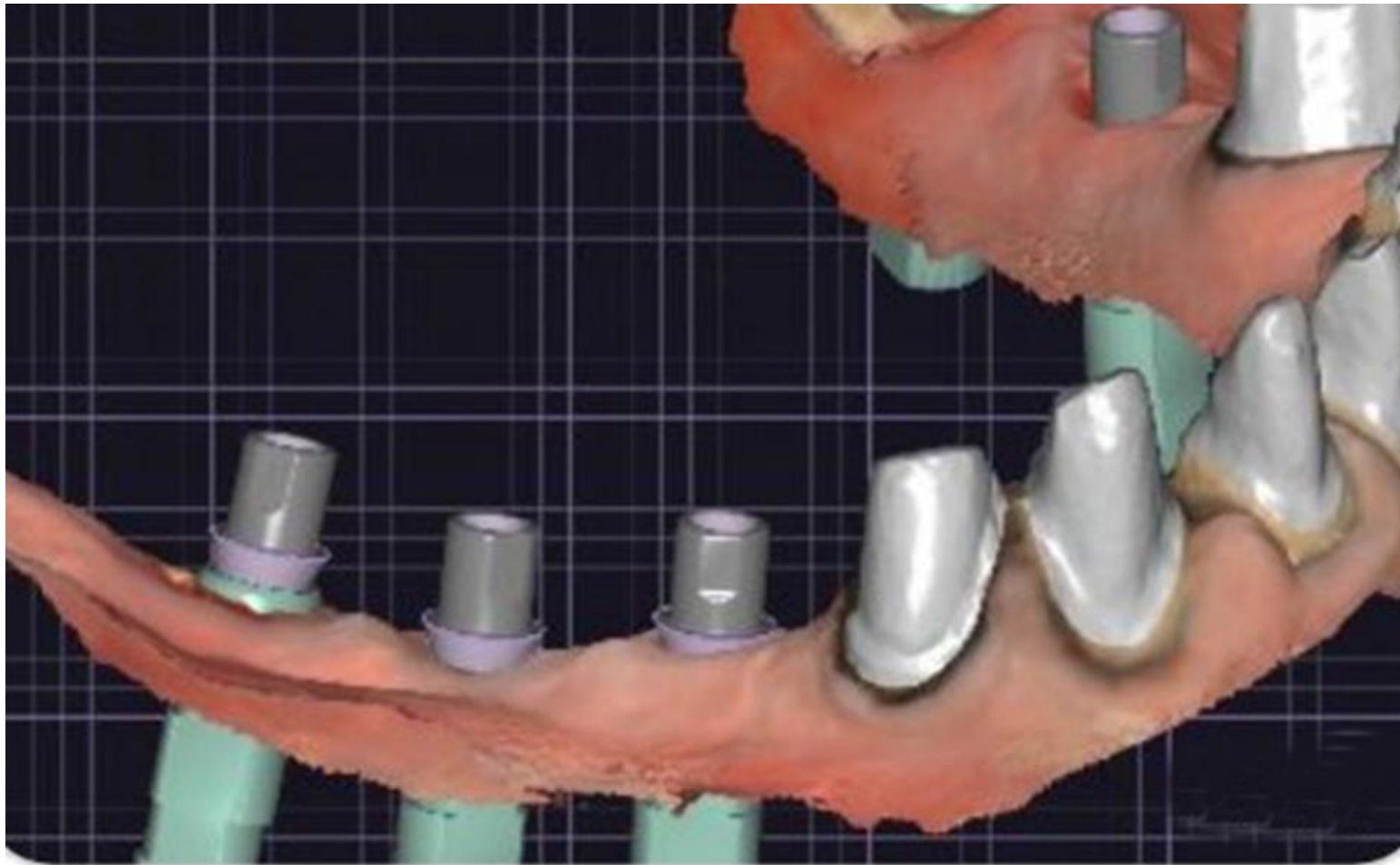


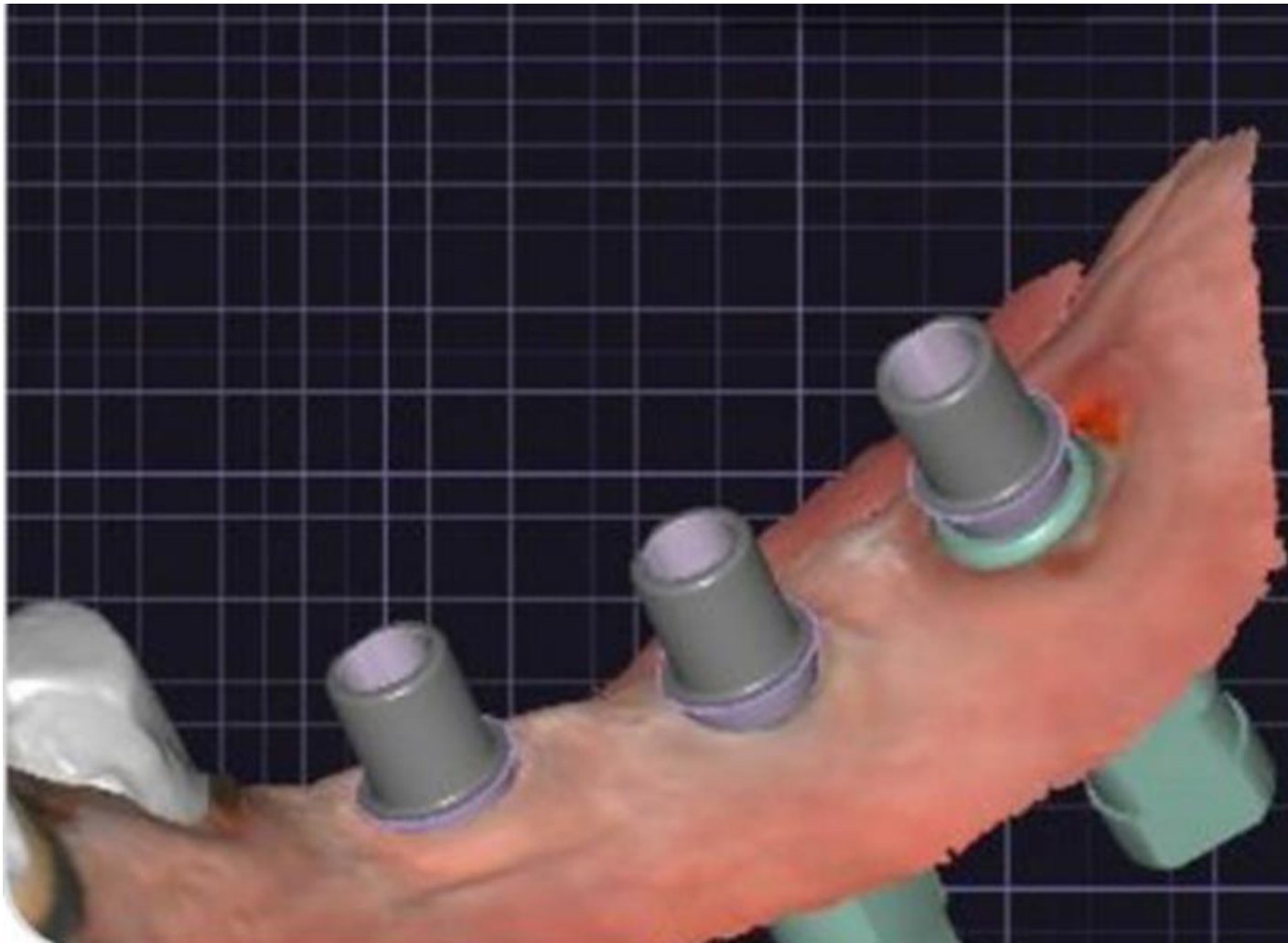


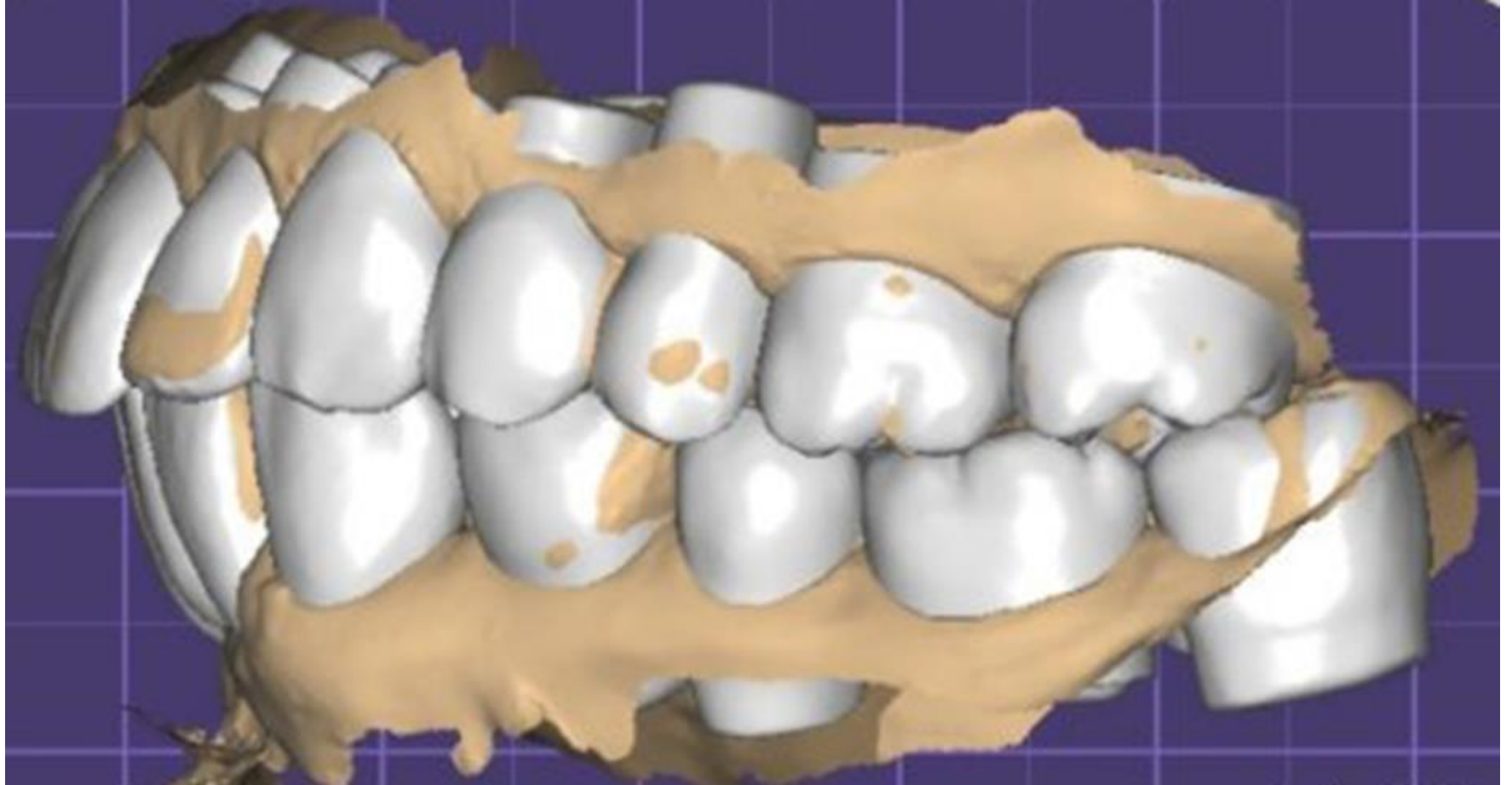


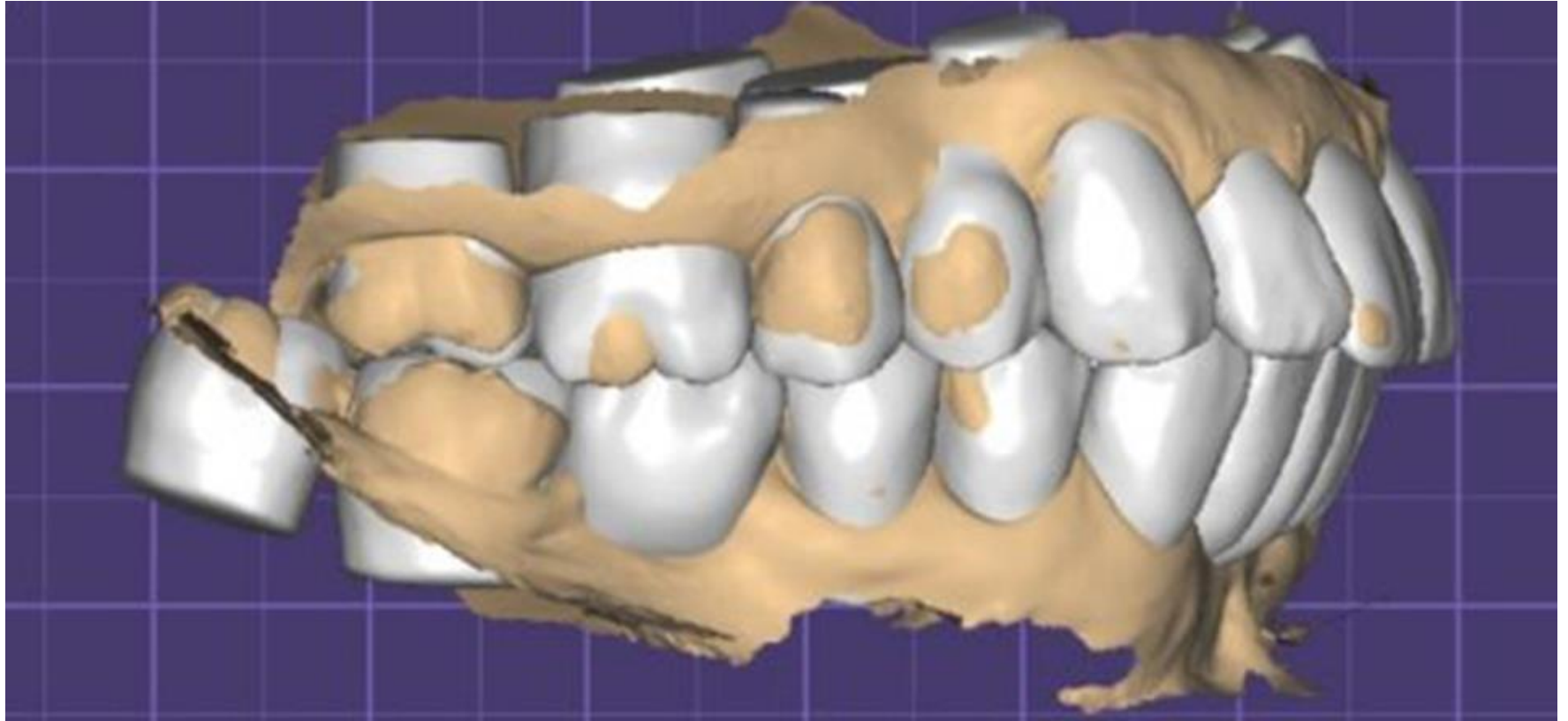


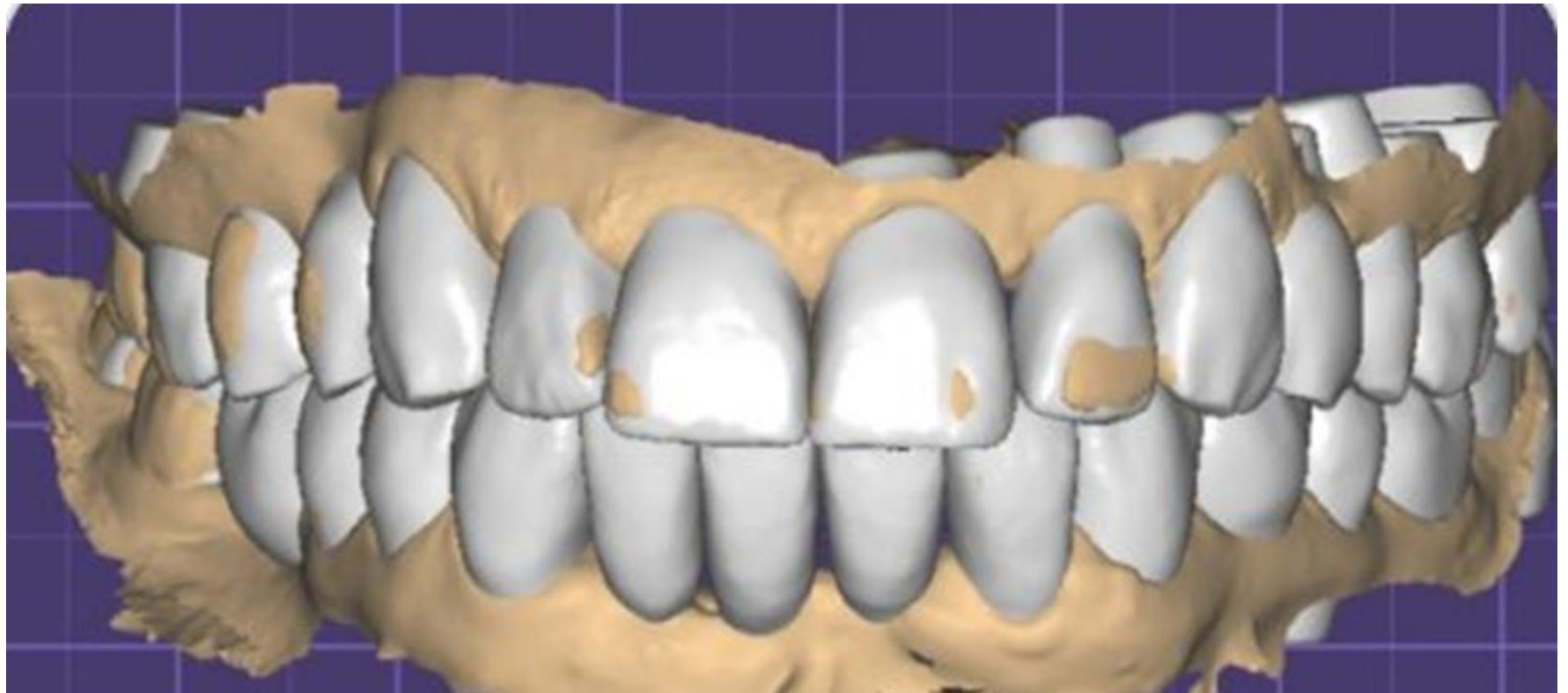


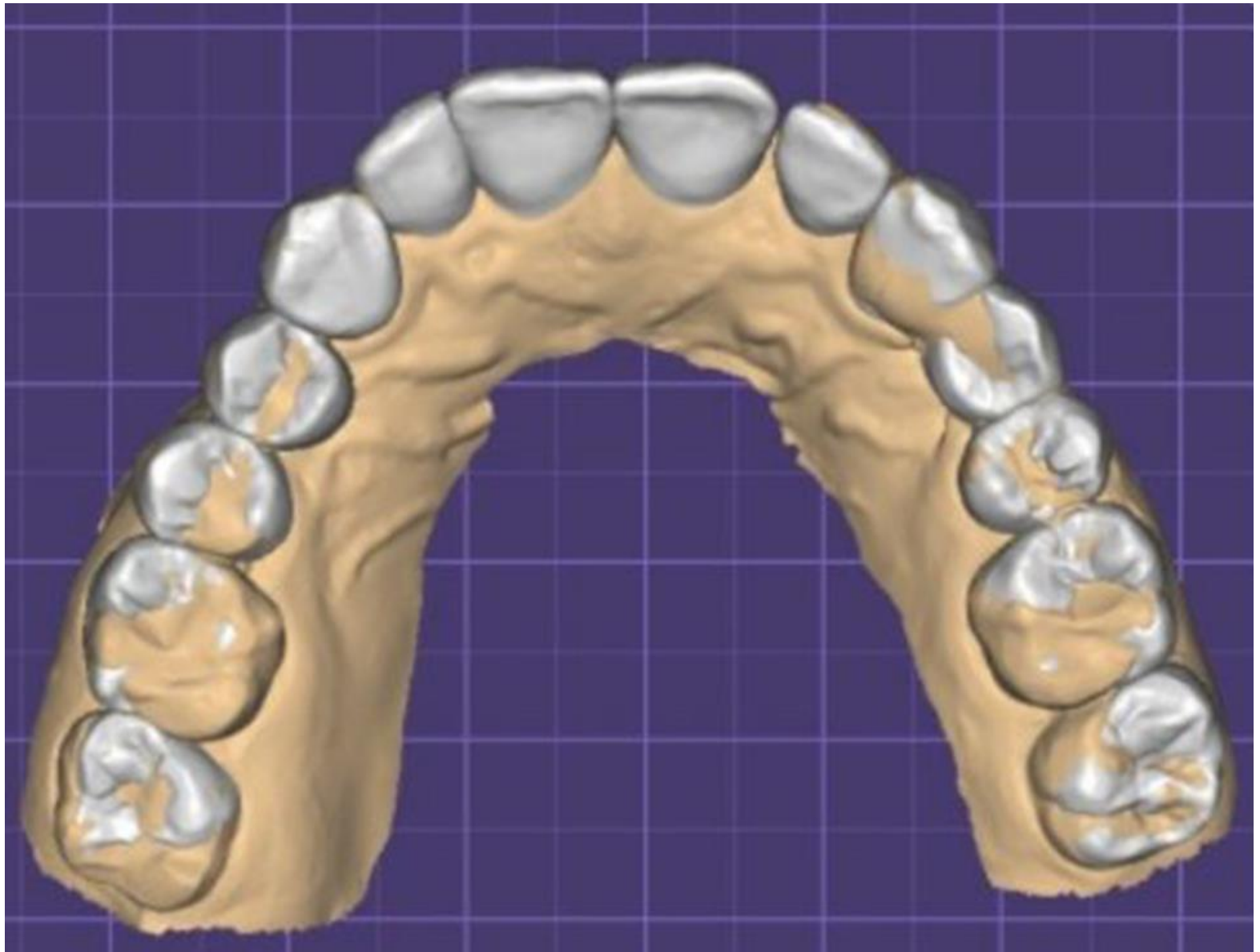


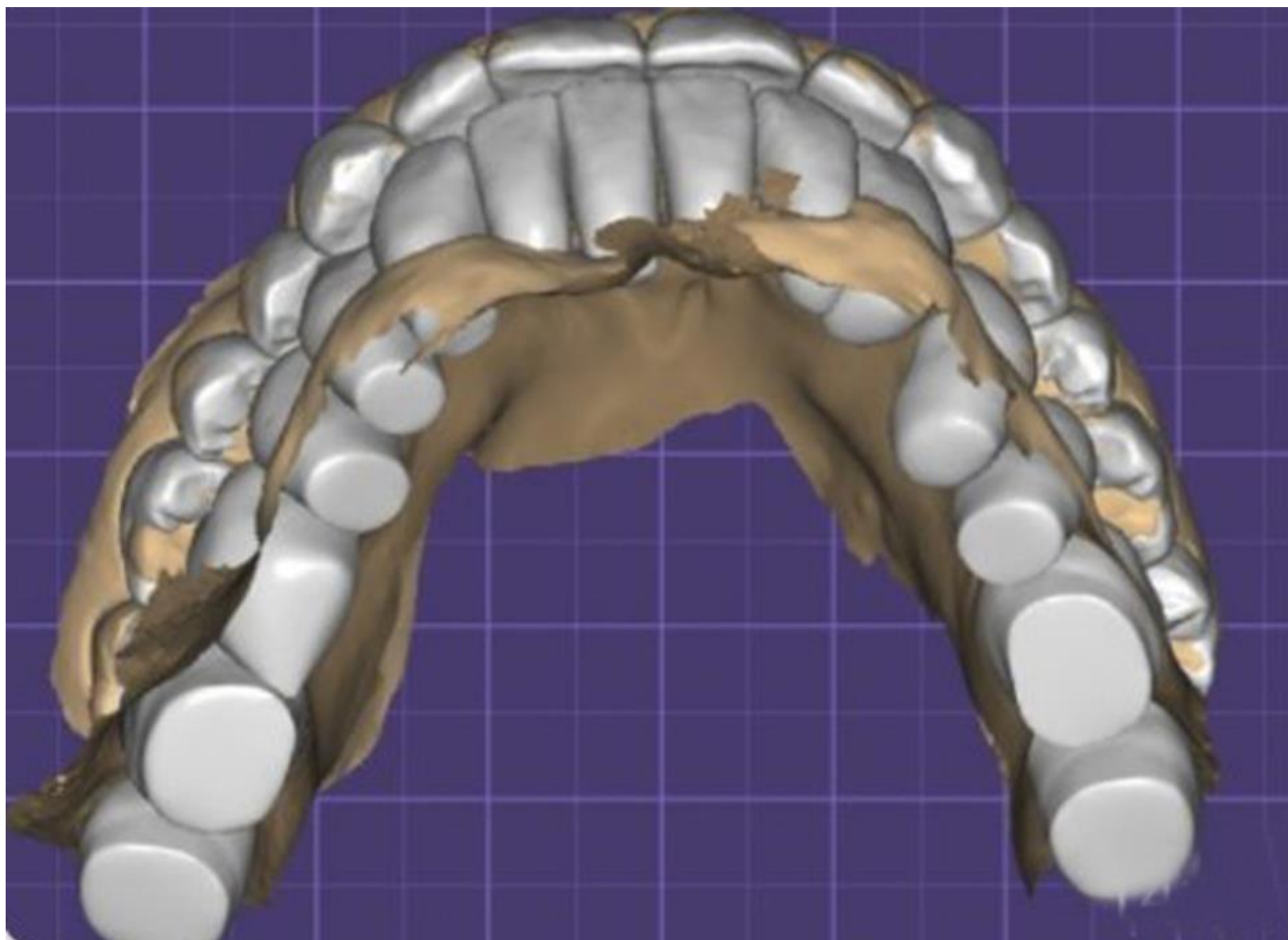
















Дякую за увагу!

