

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИΡΑΕΜΟCΤЬ ΓΕΝΕΡΑΜΙΖΟΒΑΗΗΟΤ Ο ΤΥΠΑ

**Выполнила: Маликова Зарема
Курбаналиевна**

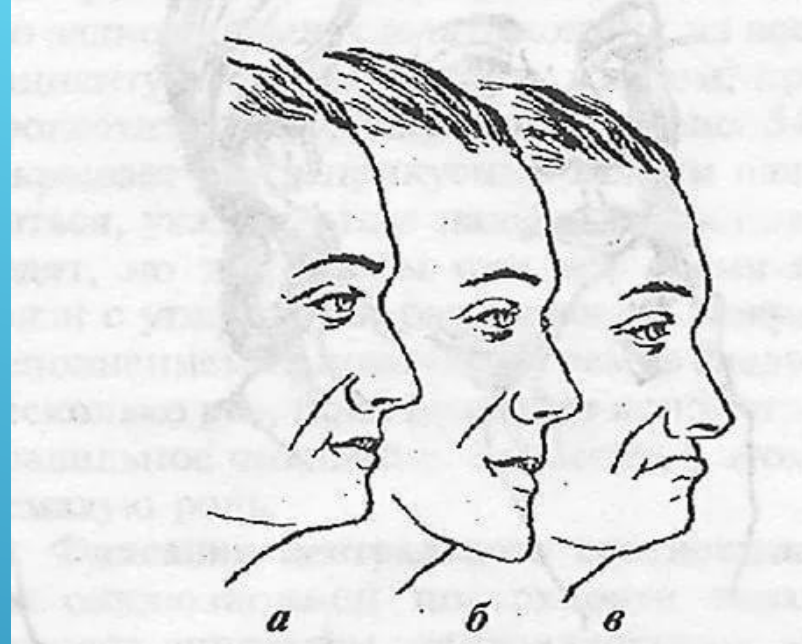
5 курс, стомат. фак-т, 12 группа

- ▶ **Патологическая стираемость**-полиэтиологического происхождения патологическое состояние зубочелюстной системы.
- ▶ **Этиология:** Выделяют три группы причин патологической стираемости зубов:
 - ▶ -функциональная недостаточность твердых тканей зубов (врожденные, приобретенные);
 - ▶ -чрезмерное абразивное воздействие на твердые ткани зубов;
 - ▶ -функциональная перегрузка зубов (очаговая, генерализованная).

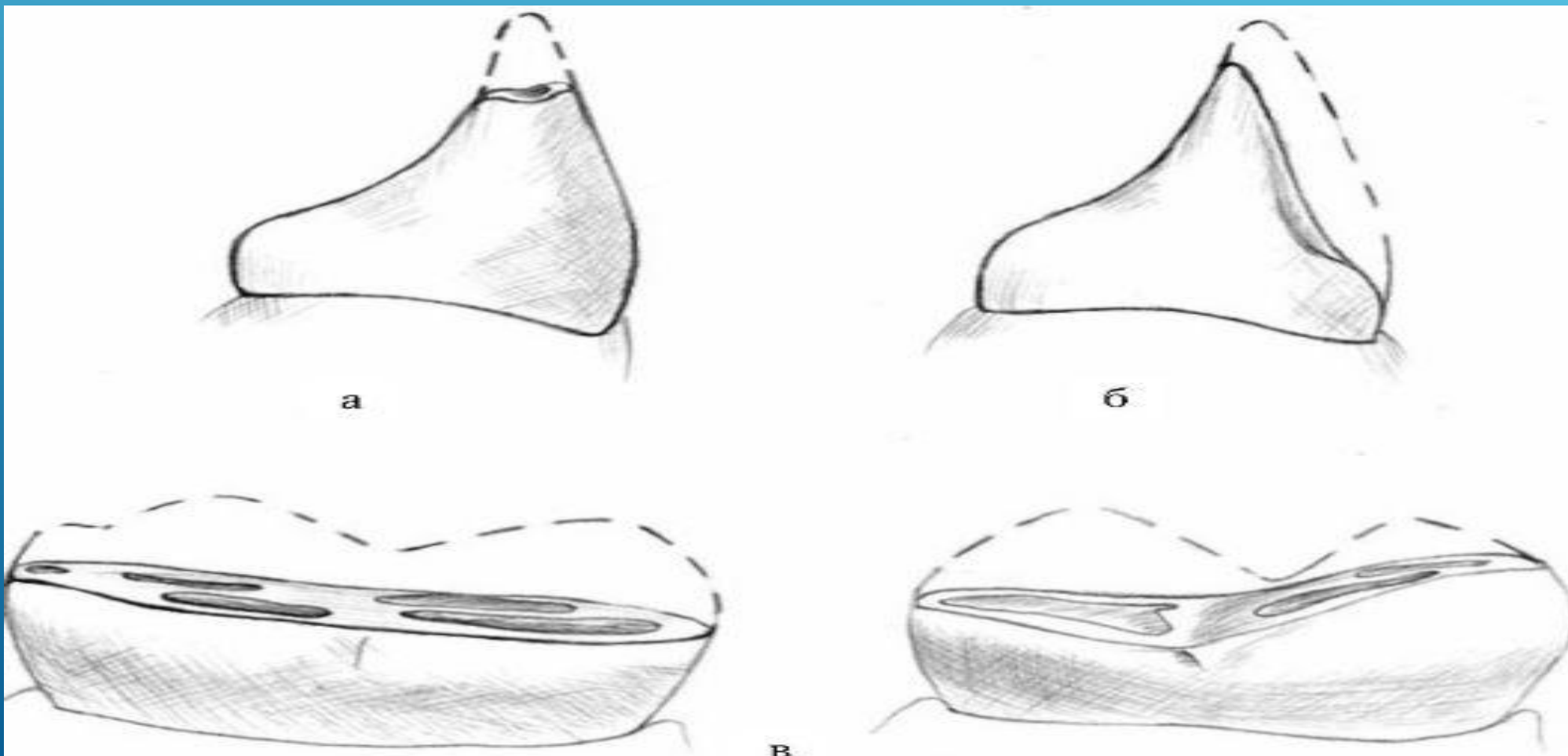


Жалобы:

1. Уменьшение нижней трети лица
2. Затрудненное пережевывание пищи
3. Уменьшение высоты коронок
4. Головные боли
5. Гиперестезия дентина
6. Травмы слизистой оболочки губ, щек, языка.

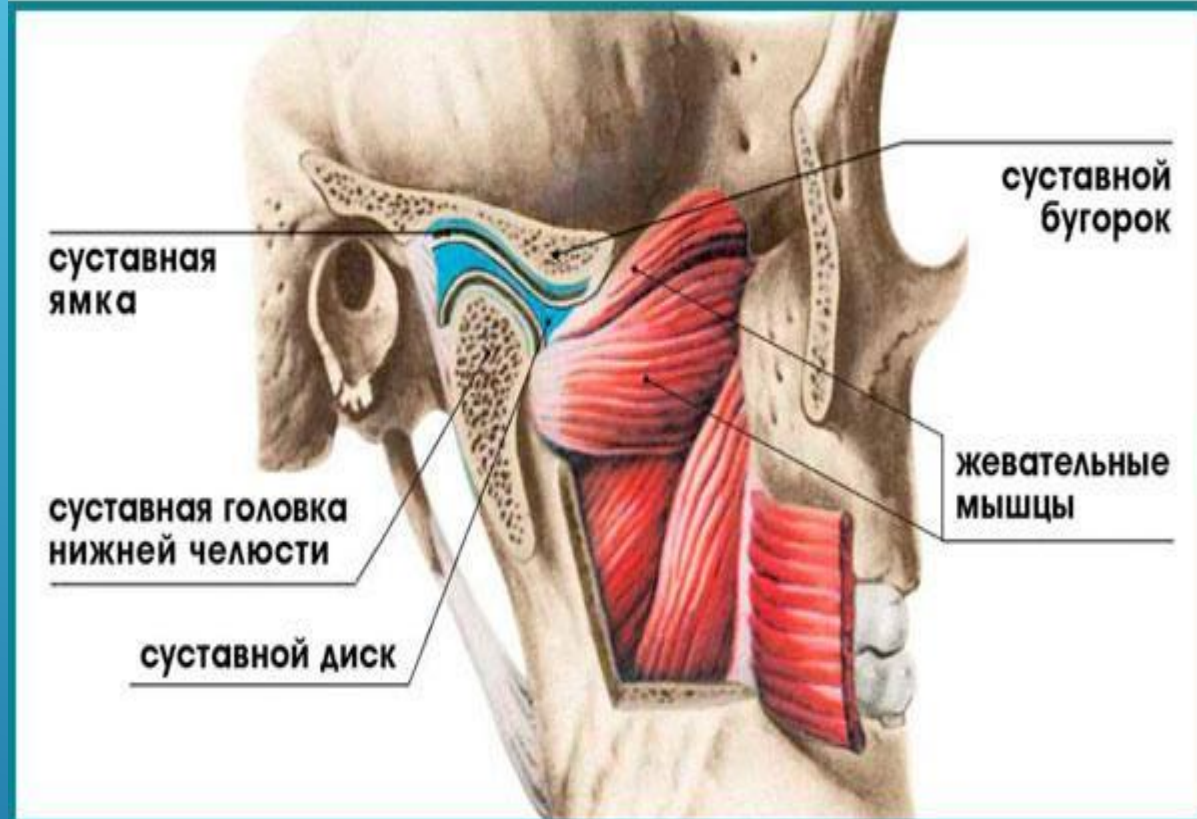


Степень патологической стираемости зубов характеризует глубину поражения: I степень — поражение не более $1/3$ высоты коронки; II степень — поражение $1/3$ — $2/3$ высоты коронки; III степень — поражение более $2/3$ коронки зуба.

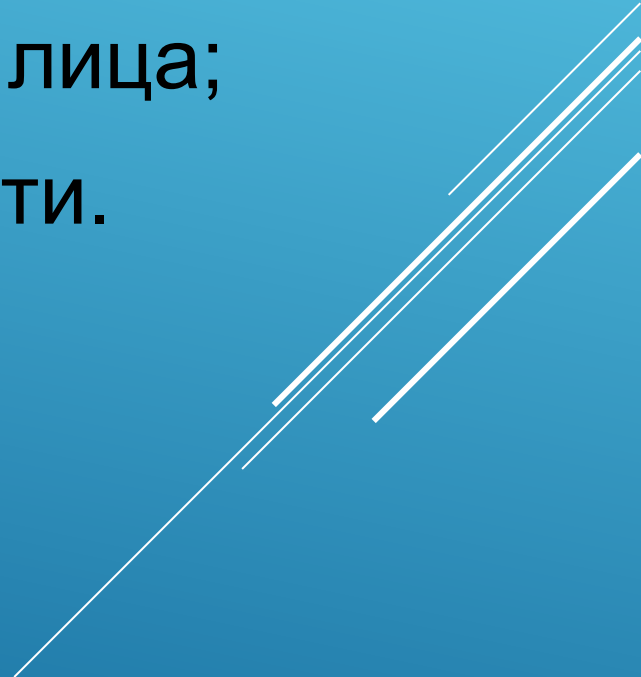


Выделяют **три клинические формы** повышенного стирания: вертикальную, горизонтальную и смешанную. При первой форме патологическая стираемость при нормальном перекрытии нижних зубов верхними обнаруживается на небной поверхности верхних передних и губной поверхности нижних одноименных зубов. При прогении точки повышенной стираемости располагаются несколько иначе: на верхних передних зубах — с губной стороны, а на нижних одноименных — с язычной. При второй форме патологической стираемости убыль твердых тканей происходит в горизонтальной плоскости, вследствие чего на жевательной или режущей поверхности появляются горизонтальные фасетки стирания. Горизонтальная патологическая стираемость чаще всего захватывает одновременно верхний и нижний зубные ряды. При смешанной форме патологическая стираемость может развиваться как в вертикальной, так и в горизонтальной плоскости.

Благодаря тому что нижняя челюсть при смыкании зубов излишне поднята вверх, изменяется положение суставных головок в суставной впадине: они смещаются кзади и книзу. Это положение суставных головок предрасполагает к функциональной перегрузке сустава и может быть причиной возникновения деформирующего артроза и связанных с этим патологических симптомов (снижение слуха, шум в ушах, заложенность ушей и др.). Вместе с изменением положения нижней челюсти уменьшается расстояние между точками прикрепления жевательных мышц, что не может не отразиться на их деятельности. Жевательная функция при разлитой форме патологической стираемости понижена.



Лечение заключается:

- ▶ в восстановлении анатомической формы и величины коронок зубов;
 - ▶ • восстановлении окклюзионной поверхности зубов;
 - ▶ • восстановлении высоты нижнего отдела лица;
 - ▶ • нормализации положения нижней челюсти.
- 

- ▶ Восстановление анатомической формы стертых зубов зависит от степени, вида и формы поражения. Для восстановления анатомической формы зубов при патологической стертости зубов I степени могут быть использованы вкладки, пломбы (в основном на передних зубах), искусственные коронки; II степени — вкладки, искусственные коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками; III степени — культевые коронки, штампованные колпачки с окклюзионными напайками. При выборе материала для коронок следует учитывать его износостойкость. Если зубы-антагонисты с непораженной эмалью, можно применять металлические, металлокерамические, фарфоровые коронки. При антагонистах с I степенью патологической стертости предпочтительны пластмассовые коронки, металлические коронки из нержавеющей стали, сплавов драгоценных металлов; керамические и цельнолитые протезы из КХС.

Встречное протезирование вкладками и(или) коронками с использованием одинаковых по износостойкости конструкционных материалов показано при антагонистах со II — III степенью патологической стертости.

При патологической стертости зубов, возникшей в результате бруксизма и парафункций, следует отдавать предпочтение цельнолитым металлическим и металлопластмассовым (с металлической жевательной поверхностью) протезам из сплавов неблагородных металлов как более прочным на истирание.

Лечение патологической стертости зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты. Лечение проводится в несколько этапов: 1) восстановление окклюзионной высоты временными лечебно-диагностическими аппаратами; 2) период адаптации; 3) постоянное протезирование.

На первом этапе проводят восстановление окклюзионной высоты с помощью пластмассовых назубных капп, зубонадесневых капп, съемных пластиночных или бюгельных протезов с перекрытием жевательной поверхности стертых зубов. Такое восстановление может быть одномоментным при снижении окклюзионной высоты до 10 мм от высоты физиологического покоя и поэтапным — по 5 мм каждые 1— 2 мес при снижении окклюзионной высоты более чем на 10 мм от физиологического покоя. Для установления высоты будущего протеза изготавливают восковые или пластмассовые базисы с прикусными валиками, определяют и фиксируют общепринятым способом в клинике требуемое «новое» положение нижней челюсти, обязательно проводят рентгенологический контроль. На рентгенограммах височнонижнечелюстных суставов при сомкнутых зубных рядах в положении, зафиксированном восковыми валиками, должно быть «правильное» положение суставной головки (на скате суставного бугорка) равномерное с обеих сторон. Только после этого такое положение фиксируют временными лечебно-диагностическими аппаратами-протезами.

**Каппа для предотвращения сколов,
одевается на ночь.**



- ▶ Второй этап — период адаптации продолжительностью не менее 3 нед — требуется для полного привыкания больного к «новой» окклюзионной высоте, которая возникает благодаря перестройке миотатического рефлекса в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе.
- ▶ Третий этап лечения — постоянное протезирование — принципиально не отличается по виду конструкций зубных протезов, применяемых при лечении патологической стертости зубов. Важно отметить лишь необходимость использования конструкционных материалов, гарантирующих стабильность установленной окклюзионной высоты.

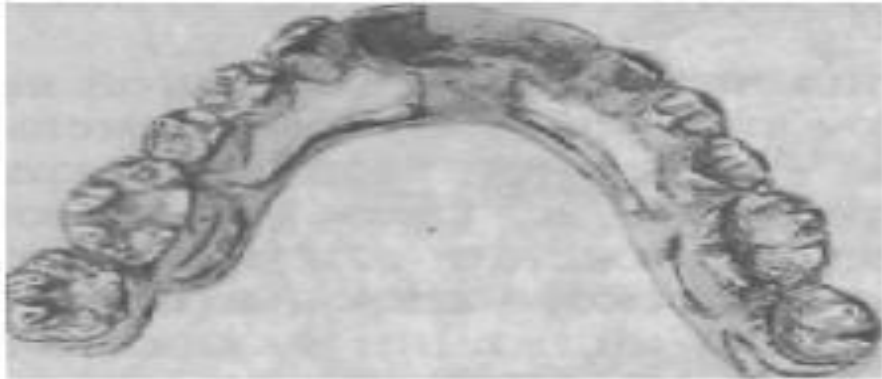


Рис. 93. Съемная каппа-протез, используемая при генерализованной стертости зубов.



Рис. 94. Временная несъемная каппа-протез на зубной ряд нижней челюсти для восстановления окклюзионной высоты и перестройки миотатического рефлекса. *л*

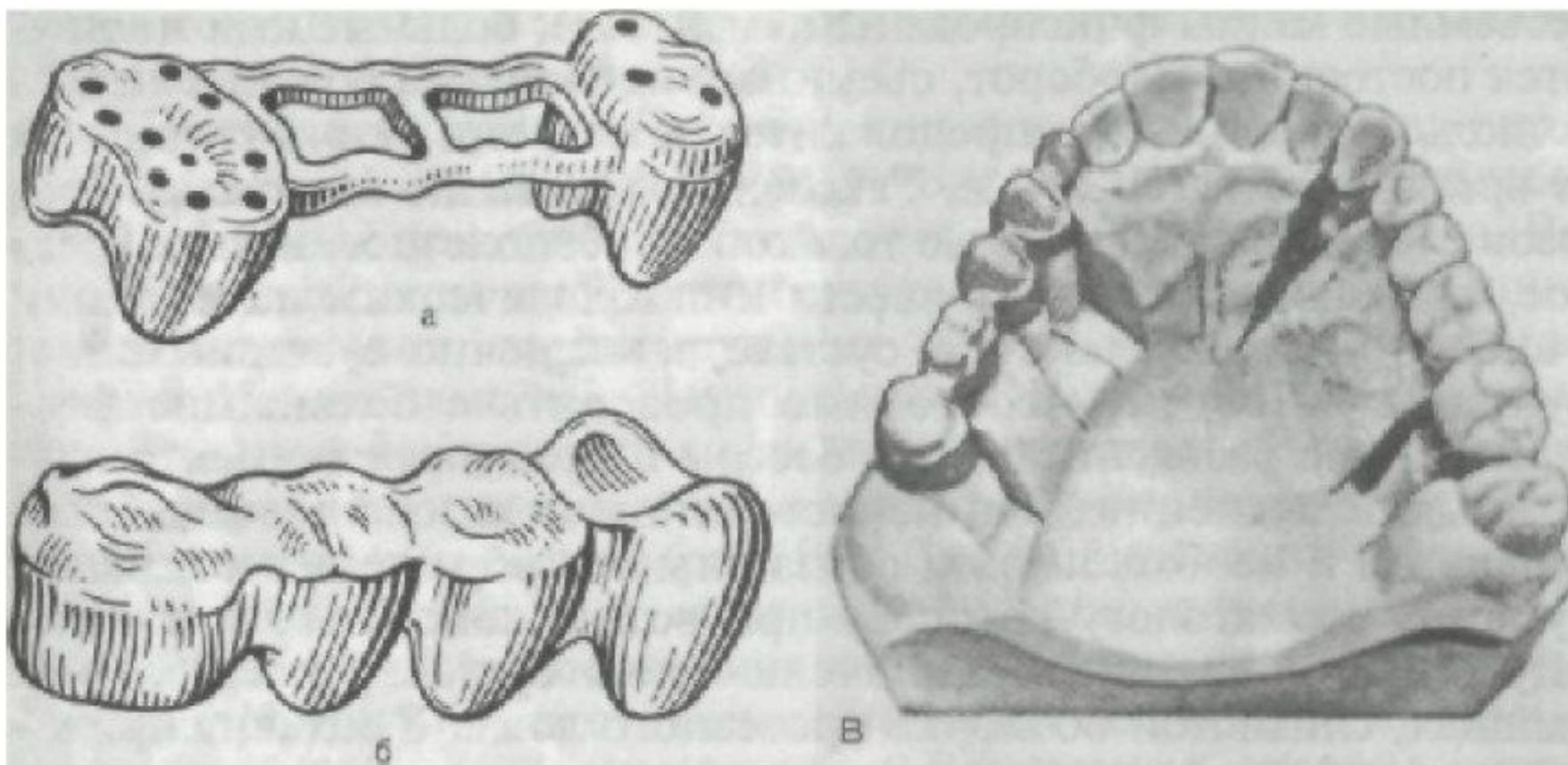


Рис. 92. Мостовидный протез, применяемый при патологической стертости.

а — паяный каркас протеза; б — каркас облицован пластмассой; в — цельнолитой каркас протеза (слева) и каркас, облицованный пиропластом (справа).

Спасибо за внимание))))))

