

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИΡΑΕΜΟCΤЬ ΓΕΝΕΡΑΜΙΖΟΒΑΗΗΟΤ Ο ΤΥΠΑ

**Выполнила: Маликова Зарема  
Курбаналиевна**

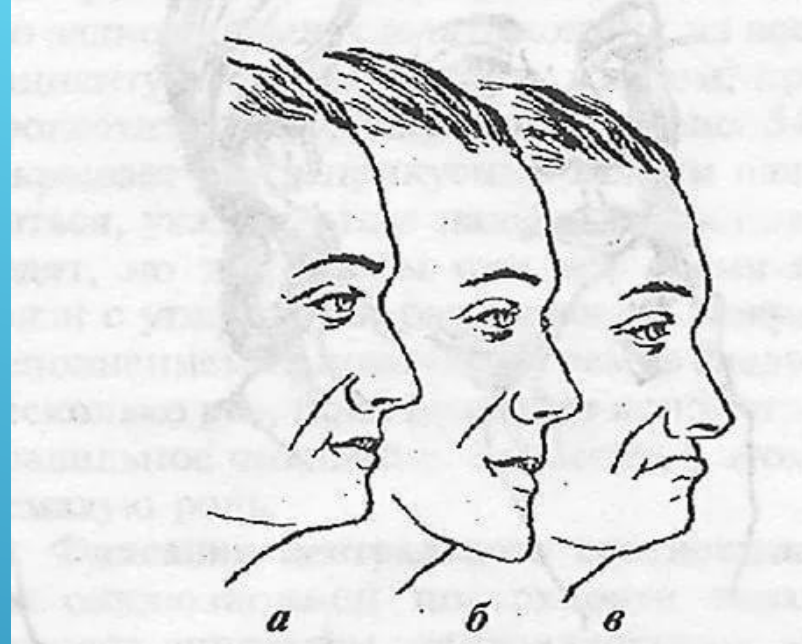
**5 курс, стомат. фак-т, 12 группа**

- ▶ **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).

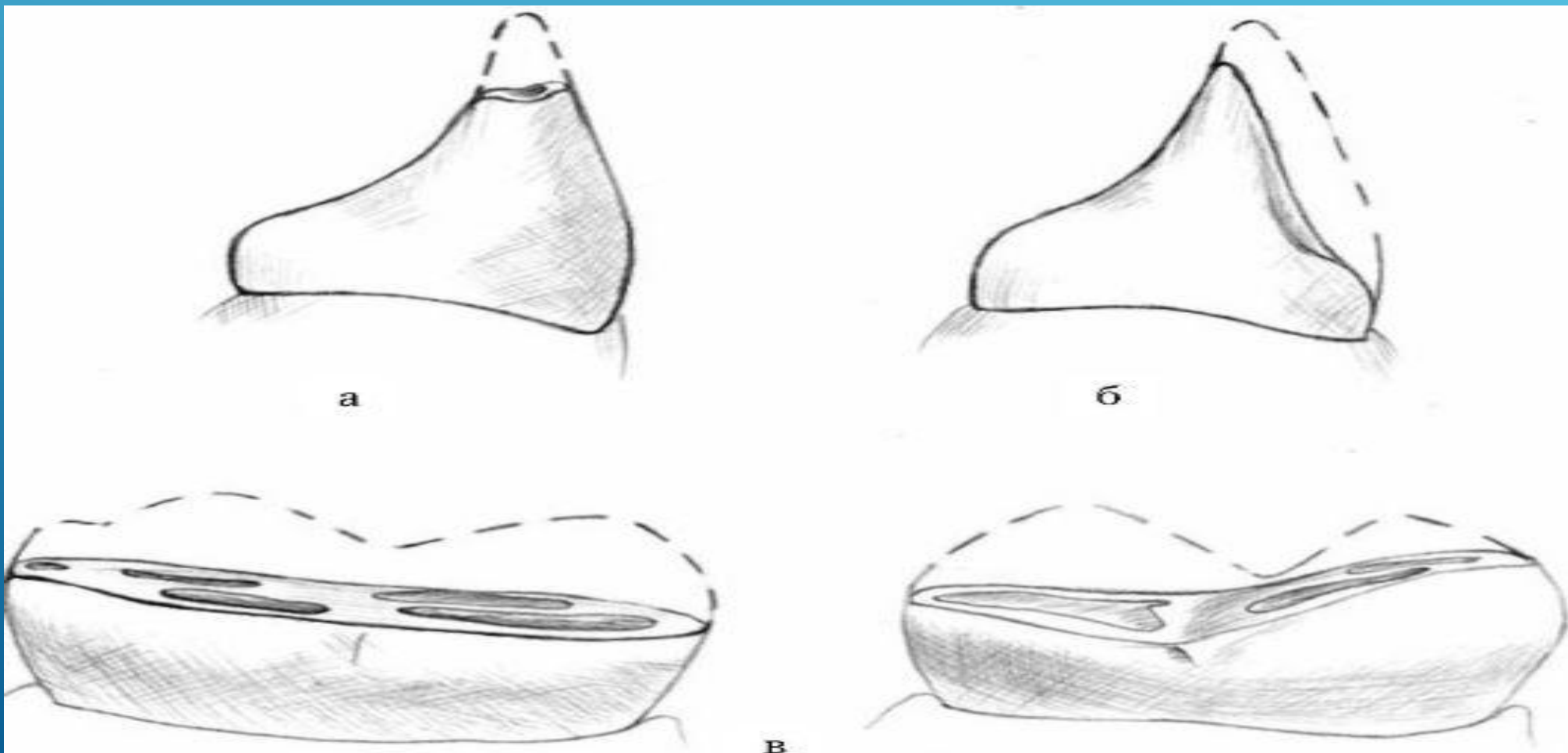


## Жалобы:

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.



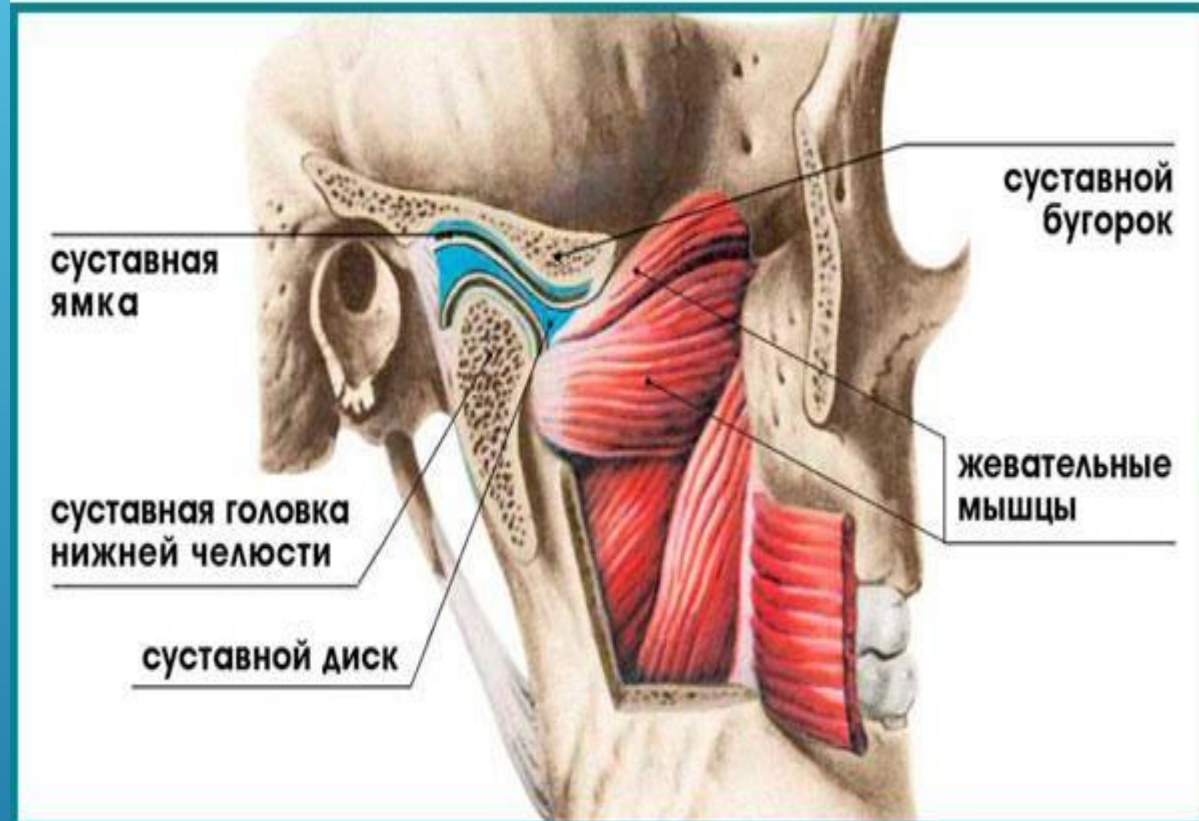
**Степень патологической стираемости** зубов характеризует глубину поражения: I степень — поражение не более  $1/3$  высоты коронки; II степень — поражение  $1/3$  —  $2/3$  высоты коронки; III степень — поражение более  $2/3$  коронки зуба.



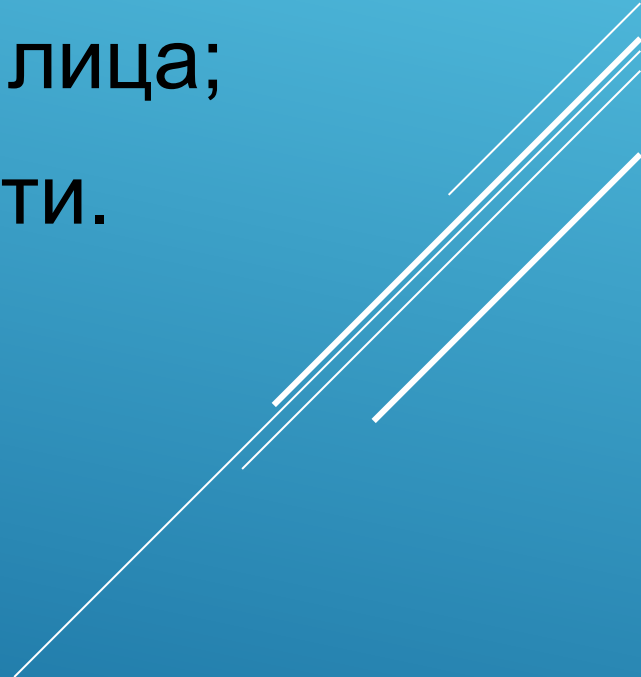


Выделяют **три клинические формы** повышенного стирания: вертикальную, горизонтальную и смешанную. При первой форме патологическая стираемость при нормальном перекрытии нижних зубов верхними обнаруживается на небной поверхности верхних передних и губной поверхности нижних одноименных зубов. При прогении 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.

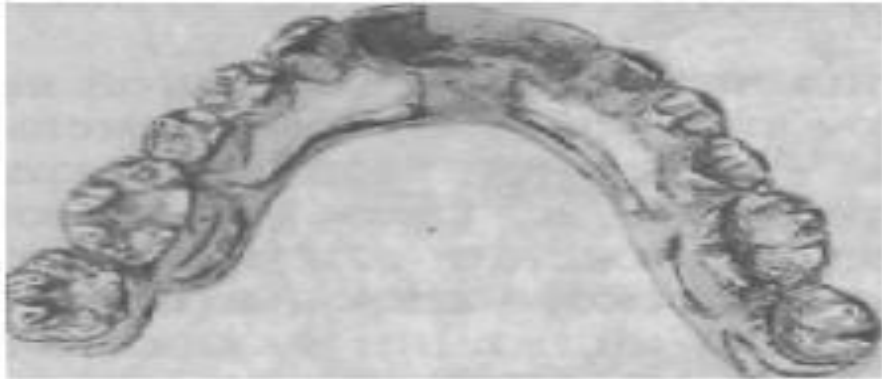


Рис. 93. Съемная каппа-протез, используемая при генерализованной стертости зубов.



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



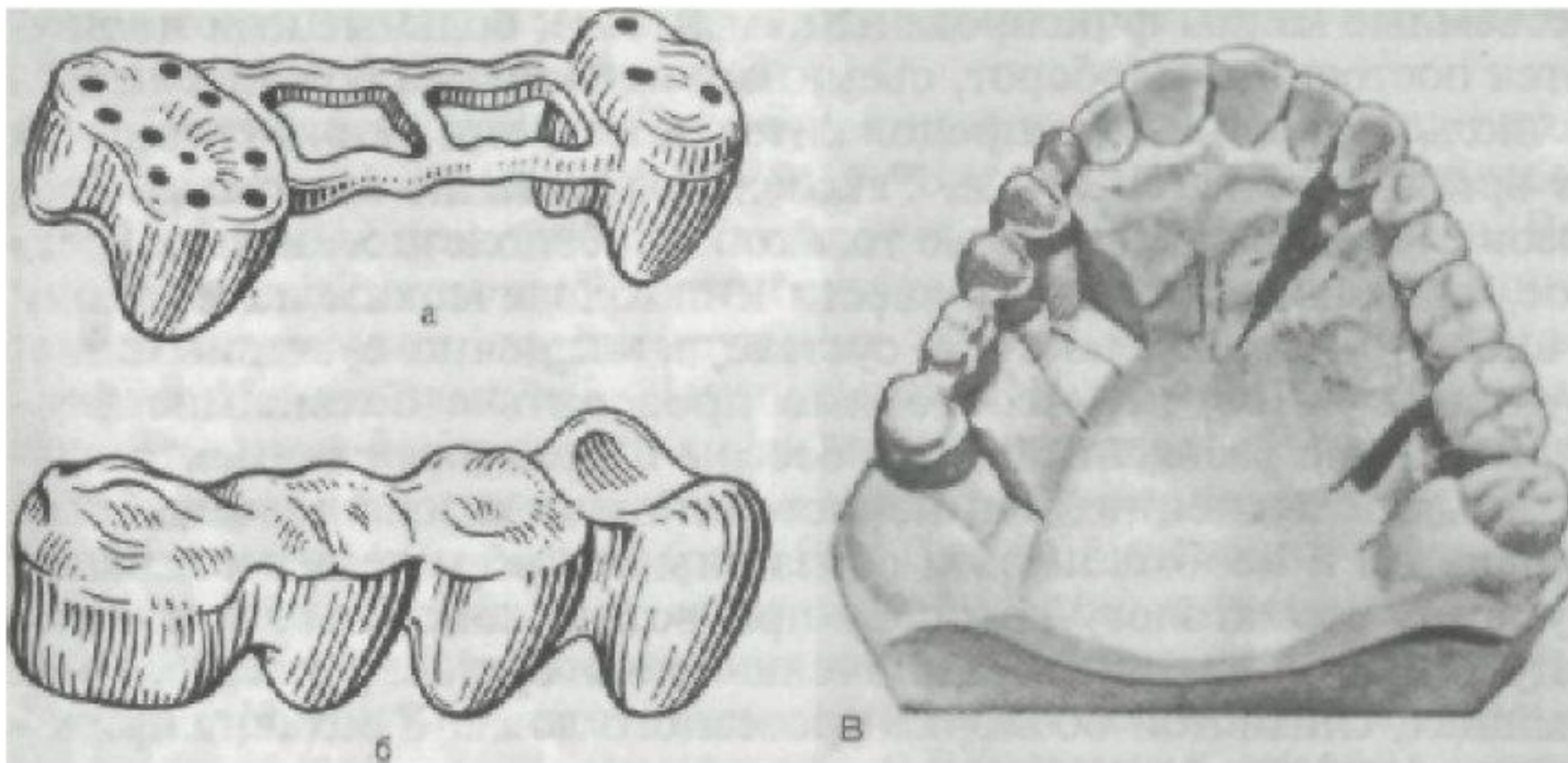


Рис. 92. Мостовидный протез, применяемый при патологической стертости.

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



Спасибо за внимание))))))

