КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕ-

 МОСТИ ЗУБОВ

 ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

 В течение всей жизни человека происходит убыль эмали и дентина в

 результате их стирания. Этот естественный процесс начинается сразу,

 как только зубы прорежутся и начнут выполнять свою функцию. Выражен-

 ность его зависит от вида смыкания зубов, твердости эмали и дентина,

 величины жевательного давления и свойств употребляемой пищи.

 Естественное стирание эмали происходит в двух плоскостях - горизон-

 тальной и вертикальной. Стирание в горизонтальной плоскости наблюда-

 ется по режущему краю резцов, бугоркам клыков, премоляров и моляров.

 Связанное с этим понижение высоты коронок зубов следует рассматривать

 как приспособительную реакцию организма. Дело а том, что о возрастом

 изменяется сосудистая система и другие ткани пародонта и височно-ниж-

 нечелюстного сустава. Однако снижение Функциональных возможностей

 этих органов компенсируется уменьшением величины внешнего рычага зуба

 и плоской Формой окклюзионной поверхности.

 Под вертикальной стираемостью в частности понимают стираемость кон-

 тактных поверхностей зуба, вследствие чего межзубные контактные пунк-

 ты превращаются со временем в контактные площадки. Исчезновения меж-

 зубных контактов не происходит в связи с медиальным смещенмем зубов.

 Зубная дуга при этом остается непрерывной, но длина ее контактных по-

 верхностей зуба, вследствие чего межзубные контактные

 пункты превращается со временем в контактные плошадки. Исчезновения

 межзубных контактов ив происходит в связи с медиальным смещением зу-

 бов. Зубная дуга при этом остается непрерывной, но длина ее уменьша-

 ется. Превращение контактных пунктов в контактные площадки следует

 рассматривать как явление приспособительного характера. Известно,

 что при возрастной атрофии альвеолярного отростка имеет место оседа-

 ние (ретракция) десны и межзубного сосочка. Это должно было бы. при-

 вести к образованию треугольных промежутков между зубами. Однако их

 возникновение предупреждается появлением контактной площадки и меди-

 альным сдвигом зубов;

 У некоторых людей естественная функциональная стираемость замед-

 лена или отсутствует. Это можно было бы объяснить употреблением мяг-

 кой пищи, глубоким прикусом, затрудняющим боковые движения нижней

 челюсти, слабостью жевательных мышц. Однако встречаются пациенты, у

 которых наблюдается нормальный прикус и пищу они употребляют самую

 разнообразную, а стираемость настолько слабо выражена, что в возрас-

 те 40 лет бугорки моляров и премоляров сохраняются почти неизменны-

 ми. Причины этого неизвестны, но полагают, что такое явление связано

 с подвижностью зубов, вызванной врожденной или приобретенной функци-

 ональной недостаточностью пародонта. Часто такие пациенты страдают

 пародонтитом.

 Кроме естественной, наблюдается и повышенная стираемость эмали и

 дентина. Она характеризуется быстрым течением и значительной потерей

 эмали и дентина. Повышенная стираемость зубов встречается у 4% людей

 в возрасте от 25 до 30 лет и у 35% до 40 до 50 лет (В.А.Алексеев).

 Повышенное стирание нарушает анатомическую форму зубов: исчезают бу-

 горки, режущие края резцов. высота коронок при этом уменьшается. При

 прямом прикусе стиранию подвергаются режущие края и жевательная по-

 верхность всех зубов, при глубоком прикусе - губные поверхности ниж-

 них и небные - верхних передник зубов.

 Повышенная стираемость, возникнув однажды, неуклонно нарастает. она

 углубляется в местах, где обнажен дентин, и несколько задерживается

 там, где сохранилась эмаль. Вследствие этого фасетки стирания имеют

 вид гладко отполированных чашек или выемок кратерообразной формы,

 края которых ограничены острыми выступами эмали. Образование: крате-

 рообразных фасеток объясняется неодинаковой твердостью эмали и денти-

 на. Последний более мягок и поэтому быстрее стирается. Отсюда следует

 вывод, что с потерей эмали стираемость увеличивается.

 Г.А.Гаркуша выделяет три степени стираемости. При первой степени

 стираются бугорки и режущие края, при второй - коронка до контактных

 площадок, при третьей - коронка до десны. При этом стирание подверга-

 ются не только эмаль и дентин, но и вторичный (заместительный) ден-

 тин. Стираемость вызывает защитную реакцию со стороны пульпы зуба.

 Она выражается в отложении вторичного дентина. деформирующем полость

 зуба, а иногда м вызывающем полное ее заращение. При дистрофии пуль-

 пы отложение заместительного дентина может не поспевать за потерей

 вещества тканей зуба. Поэтому возможна гибель пульпы без пер-

 форации ее полости, Стирание эмали может сопровождаться повышенной

 чувствительно-

 стью к термическим и химическим раздражителям. При сохранности плас-

 тических свойств пульпы гиперестезия может быстро исчезнуть, пос-

 кольку образуется слой дентина. создающий защитный барьер между

 внешней средой и пульпой.

 При повышенной стираемости иногда обнаруживается околоверхушечные

 очаги воспаления (гранулирующие или грануломатозные периодонтиты,

 кисты) без поражения зубов кариесом. Причиной этого следует также

 считать гибель пульпы.

 Повышенная стираемость зубов полиэтиологична. Причинами патологи-

 ческого процесса являются;

 I. Функциональная недостаточность твердых тканей зубов, обус-

 ловленная их морфологической неполноценностью:

 1) наследственной (синдром Стенсона-Капдепона); 2) врожденной

 (следствие нарушении амело- и дентиногенеза при

 болезнях матери и ребенка); 3) приобретенной(следствие нейродистро-

 фических процессов, рас-

 стройств функции кровеносной системы и эндокринного аппарата, нару-

 шений обмена веществ различной этиологии.

 Функциональная перегрузка зубов при: приобретенной в следствие неи-

 родистрофических процессов, расстройств Функции кровеносной системы

 и эндокринного аппарата, нарушений обмена веществ различной этиоло-

 гии).

 II. Функциональная перегрузка зубов при: 1) частичной потере зу-

 бов (уменьшение числа антагонирующих пар

 зубов, смешанная Функция и др.); 2) парафункции (бруксизм, беспище-

 вое жевание и др.); 3) гипертонусе жевательных мышц центрального

 происхождения и

 связанная с профессией (вибрация, физическое напряжение); 4) хрони-

 ческой травме зубов (в том числе вредные привычки).

 1Н. Профессиональные вредности кислотные и щелочные некроэы, за-

 пыленность, прием соляной кислоты при ахилиях.

 Часть перечисленных причин может вызывать генерализованную стира-

 емость, а часть - лишь местное поражение. Например, при врожденной

 недостаточности эмали и дентина следует ожидать генерализованную

 форму повышенной стираемости, тогда как при Функциональной перегруз-

 ке в процесс вовлекается лишь зубы, удерживающие межальвеолярную вы-

 соту.

 Очевидно, что термин "повышенная стираемость" объединяет различ-

 ные состояния зубной системы, часто с неизвестной зтиологией, но с

 общей для всех патологоанатомической характеристикой: быстрая утрата

 вещества эмали и дентина всех или только части зубов. Со временем,

 когда будут объяснены причины и патогенез, удастся выделить виды по-

 вышенной стираемости по этиологическому признаку. Тогда терапия это-

 го поражения будет носить, кроме симптоматической, как это имеет

 место сейчас, и этиопатогенетическую направленность.

 Формы повышенной стираемости зубов. Как было отмечено. повышенная

 стираемость захватывает различные поверхности зубов; жевательные,

 губные, небные и режущие края. В связи с этим выделяют три . формы

 повышенной стираемости: вертикальную, горизонтальную и смешанную .

 При вертикальиой форме повышенная стираемость у пациентов о нормаль-

 ным перекрытием передних зубов обнаруживается на небной поверхности

 верхних передних и губной поверхности одноименных нижних зубов. При

 обратном перекрытии участки повышенной стираемости располагается

 несколько иначе - на верхних передних зубах с губной стороны. а на

 нижних одноименных - с язычной. Горизонтальная форма характеризуется

 уменьшением твердых тканей в горизонтальной плоскости, вследствие

 чего на жевательной или режущей поверхности появляется горизонталь-

 ные фасетки стирания. Горизонтальная повышенная стираемость чаще

 всего захватывает одновременно верхний и нижний зубные ряды. Встре-

 чаются больные, у которых усиленное стирание тканей зубов отмечается

 лишь на верхней челюсти при нормальном стирании зубов на нижней ше-

 лести. При смешанной форме повышенная стираемость может развиваться

 как в вертикальной, так и в горизонтальной

 Повышенная стираемость может носить ограниченный и разлитой ха-

 рактер. Ограниченная или локализованную повышенная стираемость зах-

 ватывает лишь отдельные зубы или группы эубов, не распространяясь по

 всей дуге. Чаще она наблюдается на передних зубах, но процесс может

 Распространяться также на премоляры и моляры. При генерализованной

 (Разлитой) форме повышенная стираемость отмечается по всей зубной

 дуге.

 В зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции зубоче-

 люстной системы следует различать три клинические формы повышенной

 стираемасти твердых тканей зубов: некомпенсированная, компенсирован-

 ная и субкомпенсированная. Это формы бывают как при генерализованной

 стираемости, так и при локализованной. Локализованная некомпенсиро-

 ванная повышенная стираемость характеризуется уменьшением высоты ко-

 ронок отдельных зубов и появлением между ними щели (открытый при-

 кус). Межальвеолярная высота и высота лица сохраняется за счет нес-

 тершихся зубов.

 Локалиэованная компенсированная стираемость также вызывает

 уменьшение высоты коронок отдельных зубов. При этом стертые зубы

 сохраняют контакт с антагонистами за счет гипертрофии альвеолярной

 части (вакатная гипертрофия) в этой зоне, которая приводит к зубо-

 альвеолярному удлинение. Межальвеолярная высота и высота лица оста-

 ются неизменными.

 Генерализованная некомпенсированая повышенная стираемость твер-

 дых тканей зубов приводит к уменьшению высоты коронок зубов, что

 сопровождается снижением межальвеолярной высоты и высоты лица. Ниж-

 няя челюсть приближается к верхней, возможно ее дистальное смещение.

 Лицевой скелет у больных этой Формой стираемости по данным рентгено-

 цефалометрического анализа (В.М.Шульков).характеризуется: 1) умень-

 шением вертикальных размеров всех зубов, в основном, вследствие уко-

 рочения их коронок; 2) деформацией окклюзионной поверхности; 3)

 уменьшением глубины резцового перекрытия и сагиттального межрезцово-

 го Расстояния; 4) уменьшением межальвеолярной высоты; 5) зубоальвео-

 лярным укорочением в области верхних клыков и первых премоляров: б)

 уменьшением длины корней передних зубов и премоляРов; 7) уменьшением

 альвеолярных частей в области верхних передних зубов, верхних премо-

 ляров; 8) изменением конфигурации нижней челюсти с уменьшением ее

 угла; 9) приближением нижней челюсти к верхней и основанию черепа;

 10) уменьшением вертикальных лицееых размеров и площади лица; 11)

 сокращением длины зубных дуг; 12) увеличением межокклюзионного

 пространства в положении покоя нижней челюсти.

 Генерализованная компенсированная повышенная стираемость твердых

 тканей зубов проявляется уменьшением вертикальных размеров коронок

 всех зубов, снижением межальвеолярной высоты, а высота нижней трети

 лица не изменяется. Уменьшение коронок компенсируется ростом альвео-

 лярного отростка. Лицевой скелет у больных этой формой стираемости

 характеризуется: 1) уменьшением вертикальных размеров всех зубов; 2)

 отсутствием изменений в положении нижней челюсти и сохранененем вер-

 тикальных размеров лица; 3) деформацией окклюзионной поверхности и

 уменьшением глубины резцового перекрытия; 4] зубоальвеолярным удли-

 нением в области всех зубов; 5) уменьшением межальвеолярной высоты;

 6) укорочением длины зубных дуг; 7) увеличением длины основания ниж-

 ней челюсти; 8) уменьшением длины корней передних зубов и первых

 пРемоляров.

 Генерализованная субкомпенсированная форма повышенной стираемости

 зубов является следствием недостаточно выраженного зубоальвеолярного

 удлинения, которое полностью не компенсирует потерю твердых тканей

 зубов, что способствует умеренному уменьшение вертикальных размеров

 нижней трети лица и приближению нижней челюсти к верхней.

 Повышенная стираемость может сочетаться с потерей части зубов,

 патологией жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Кли-

 ническая картина при зтом становится еще более сложной.

 ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРи ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

 Учитывая происходящие изменения в зубочелюстной системе при по-

 вышенной стираемости для правильного планирования подготовки полости

 рта и ортопедического лечения обязательны следующие методы обследо-

 вания больных; 1) подробное изучение анамнеза жизни и заболевания

 пациента; 2) рентгенография всех зубов; 3) злектроодонтодиагностика

 всех зубов; 4) изучение диагностических моделей челюстей и 5) рент-

 генография височно-нижнечелюстных суставов. При возможности жела-

 тельно проводить электромиографическое обследование жевательных мышц

 и рентгеноцефаламетрический анализ лицевого скелета.

 Терапия больных с повышенной стираемость зубов должны включать:

 1) устранение причины (лечение парафункций, устранение гипертонуса

 жевательных мышц, воздействий твердой пищей и т.д.); 2) замешение

 убыли твердых тканей зубов ортопедическими методами.

 Протезирование при повышенной стираемости зубов преследует как

 лечебные, так и профилактические цели. Под первыми подразумевают

 улучшение Функции жевания и внешнего вида больного, под вторыми -

 лечебные, так и профилактические цели. Под первыми подразумевают

 улучшение Функции жевания и внешнего вида больного, под вторыми -

 предупреждение дальнейшего стирания твердых тканей зуба и профилакти-

 ку заболеваний височно-нихнечелюстных суставов.

 Мели и задачи, методика ортопедического лечения пациентов опреде-

 ляются: формой повышенной стираемости (компенсированная, субкомпенси-

 ровайная, некомпенсированная), степеныю стертости зубов, сопутствую-

 щими осложнениями (дистальное смещение нижней челюсти, частичная по-

 теря зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава).

 Лечение некомпенсироаанной генерализованной стмраемости. Лечение

 больных с этой формой стирания заключается в следующем: 1) восстанов-

 ление анатомической формы и величины зубов, 2) восстановление окклю-

 зионной поверхности зубных рядов; 3) восстановление межальвеолярной

 высоты и высоты нижней трети лица; 4) нормализация положения нижней

 челюсти.

 После определения задач следует выбрать средства для их выполне-

 ния. К ним относятся различные виды искусственных коронок, вкладки и

 сьемные протезы с окклюзионными накладками. При выборе лечебных

 средств следует учитывать степень стирания, состояния пародонта и

 требования эстетики.

 Терапия больных с генерализованной некомпенсированной стирае-

 мостью на ранних стадиях носит профилактический характер и заключает-

 ся в протезировании встречными коронками или вкладками. Кратеро-

 образные полости заполняют композиционными материалами. При повышен-

 ной стираемости II степени осуществляется протезирование искусствен-

 ными коронками (металлокерамическичи, металлопластмассовыми, фарфо-

 ровыми) или съемными протезами с литыми окклюзионными площадками.

 Восстановление формы зуба при III степени стирания проводится с

 помощью культевых коронок, Корневые каналы при повышенной стираемос-

 ти часто бывают облитерированы и эндодонтическое лечение таких зубов

 затруднено. Поэтому используют при протезировании культевые коронки

 с фиксацией культи на парапульпарных штифтах. Создание каналов в зу-

 бе проводится с учетом зон безопасности и с помощью внутриротового.

 параллелометра. Каналы в количестве 3-4 должны быть параллельны

 длинной оси зуба и располагаются на равном расстоянии от пульпы и

 поверхности корня.

 Восстановление окклюэионной поверхности стертых зубных рядов яв-

 ляется сложной задачей. Ее осуществляют различными методами. Одним

 из них является запись движений нижней челюсти о помощью пантографа

 и последующее моделирование несьемных протезов или окклюзионных нак-

 ладок в индивидуальном артикуляторе. Второй метод заключается в мо-

 делировании мостовидных протезов и коронок по индивидуальным окклю-

 зионным поверхностям, полученные с помощью внутриротовой записи дви-

 жения нижней челюсти на прикусных валиках из твердого воска. На

 верхние и нижние зубные ряды накладывают восковые окклюзионные вали-

 ки по ширине соответствующих зубов м на 2 мм выше предполагаемой вы-

 соты коронок. Далее определяет необходимую межальвеолярную высоту и

 строят протетическую плоскость. Затем проводят притирание валиков

 при различных движениях нижней челюсти.Моделирование искусственных

 коронок осуществляют в окклюдаторе вначале на верхнем зубном ряду по

 нижней плоскости, а затем моделируют нижние зубы в соответствии с

 формой антагонистов.

 Третья методика предполагает двухэтапное ортопедическое лече-

 ние. На первом этапе по описанной выше методике изготавливают вре-

 менные пластмассовые коронки и мостовидные протезы, которыми пациен-

 ты пользуются в течение месяца.За зтот период происходит Формирова-

 ние окклюзионных поверхностей временных протезов. На втором этапе

 временные протезы заменяются постоянными. Для этого снимают оттиски

 с :временных протезов, отливают модели и обжимают их в термавакуум-

 ном аппарате слоем полистирола. Б полости рта после снятия временных

 протезов получают оттиски и приготавливают разборные модели. Отпе-

 чатки зубов в полистироловом шаблоне заполняют расплавленным воском

 и накладывают шаблон на рабочую модель. После застывания воска по-

 листироловые шаблоны удаляются и на модели остается восковая репро-

 дукция индивидуально сформированная жевательная поверхность. Оконча-

 тельную моделировку каркасов несьемных протезов и остальные этапы

 проводят по общепринятой методике (И.И.Абдуллов).

 Восстановление высоты нижней трети лица и положения нижней че-

 люсти у пациентов с некомпенсированной генерализованной повышенной

 стираемостью осуществляется одномоментно или постепенно. Одномомент-

 но межальвеолярная высота может быть увеличена в пределах 4-6 мм в

 области боковых зубов при отсутствии заболевания височно-нижнече-

 люстного сустава и жевательных мышц. Обязательным является сохране-

 ние свободного межокклюзионного расстояния не менее 2 мм.

 Уменьшение межальвеолярной высоты более, чем на 6 мм вызывает не-

 обходимость поэтапного восстановления ее на лечебных накусочных про-

 тезах для избежания патологических изменений жевательных мышц, ви-

 сочно-нижнечелюстного сустава и пародонта зубов. Изменение положения

 нижней челюсти в сагиттальном направлении при ее дистальном сдвиге

 проводится одномоментно путем протезирования или же на лечебном ап-

 парате с наклонной плоскостью и с последующим протезированием. Одно-

 моментное перемещение нижней челюсти показано у больных, у которых

 стирание развилось быстро и имеется привычка удерживать ее в выдви-

 нутом положении. Изменение положения нижней челюсти должно осущест-

 вляться под рентгенологическим контролем сустава. Лечение больных с

 генерализованнои компенсированной повышенной стираемостью. Задачей

 лечения этой группы пациентов является восстановление анатомической

 формы и функции зубов и внешнего вида пациентов без изменения ме-

 жальвеолярной высоты. Методика ортопедического лечения больных опре-

 деляется, в первую очередь, степенью стираемости зубов. При стирае-

 мости 1 степени лечение носит профилактический характер и заключает-

 ся в создании трехпунктного контакта на встречных коронках или

 вкладках без изменения межальвеолярной высоты. При стираемости 11

 степени появляется необходимость восстановления анатомической формы

 зубов без увеличения высоты нижней трети лица, поскольку последняя

 не изменена. Поэтому больные нуждается в -специальной подготовке,

 которая заключается в перестройке альвеолярной части и изменении по-

 ложения относительного функционального покоя нижней челюсти с по-

 мощью лечебной накусочной пластинки . Для ускорения процессов пе-

 рестройки альвеолярной части целесообразно применять кортикотомию

 (компактостеотомию). После создания места для протезов восстановле-

 ние анатомической формы зубов осуществляется несъемными и сьемными

 конструкциями.

 При стирании зубов 1 степени ортопедическое лечение проводится

 несколькими способами. У одних больных осущеетвляется специальная

 подготовка с целью перестройки альвеолярных частей о последующим

 протезированием культевыми коронками. У других больных проводится

 специальная подготовка полости рта; пломбирование корней зубов по

 методике Эльбрехта и протезирование сьемными протезами. У третьих

 пациентов осуществляется специальная хирургическая подготовка, зак-

 лючающаяся в удалении корней стертых зубов и части альвеолярного

 гребня. Протезирование у этих больных этапное: непосредственное и

 отдаленное.

 Лечение больных с локализованной стираемостью осушествляется по

 принципам, описанным выше и зависит от Формы стирания. Частичная по-

 теря зубов может произойти на фоне уже развивающейся повышенной сти-

 раемости. С другой стороны, потеря моляров и премоляров может при-

 вести к повышенной стираемости передних зубов от смешанной функции

 их. Клиническая картина при этом весьма сложна, поскольку на повы-

 шенную стираемость наслаивается симптоматика частичной потери эубов.

 В связи с этим расширяются и задачи протезирования. К задачам, кото-

 рые преследуют при протезировании по поводу повышенной стираемости,

 добавляется замещение дефектов, образовавшихся в результате потери

 зубов.

 Конструкции протезов, применяемые при решении последней задачи,

 определяются конкретной клинической картиной. При включенных дефек-

 тах без уменьшения нижней трети лица могут быть использованы несьем-

 ные протезы. При снижении высоты нижней части лица протезирование

 предусматривает, кроме замещения дефектов, и увеличения межальвео-

 лярной высоты на всех сохранившихся зубах. В качестве лечебного

 средства в этом случае могут применяться цельнолитые мостовидные

 протезы.

 При концевых дефектах показано применение различных конструкций

 съемных протезов. Увеличение межальвеолярной высоты производится на

 несъемных протезах или на съемных протезах, снабженных окклюзионными

 накладками на стертые зубы.

 Стираемость вызывает защитнув реащию со стороны пульпы зуба.

 Она выражается в отпожвнии вторичного дентина. деФормирувщем по-

 лость зуба, а иногда м вызывающем полное ее заращение. При дистро-

 фии пульпы отложение мместительного дентина может не поспевать эа

 потерей вещвства тканей'зуба. Поэтому возможна гибель пульпы без пер-

 фойафю ее полости,

 Смрание змюм может оопровождаться повышенной чувствительно-

 стью к тврмическим и химическьм раздражителям. При сохранности плас-

 тических свойств пульпы гиперестезия может быстро исчезнуть, поско-

 льку образуется слой дентина. создающий защитный барьер между внеш-

 ней средой и пульпой.

 При повышенной стираемости иногда обнаруживается околоеерху-

 шечные очаги восаюения (грвнулирувщие или гранупоматозные перио-

 донтиты, кисты) без поражения зубов кариесом. Причиной этого следует

 такжв считать гибель пульпы.

 Повышенная стираемость зубов полиэтиологична. Причинами пато-

 логического процесса явлнютсн;

 Функциональная нвдостаточноетв твврдым тканей эубов, обуслов-

 ленная ж мо~ологической нвполноценностью:

 1) наследственной (синдром Стенсона-Кюдепона);

 2) врожденной (следствие нарушении амело- и дентиногенеза при

 болезнях матери и ребенка~;

 3) приобретенной(следствие нейродистро~еских процессов, рас-

 с-дой"тв функции кровеносной системы и эндокринного аппарата, на-

 дюенмй обмена веществ различной этислсгии~.

 и. Функциональная пврвгруэка зубов при:

 приооретеннои ~следствие неироаистро~ческих процессов, рас-

 стройств Функции кровеносной системы и эндокринного аппарата, на-

 рушений обмена веществ различной этиологии).

 II. Функционапьнвя пврегрузкв зубов при:

 1) частичной потере зубов (уменьшение числа антагонирующих пар

 эубав, смешанная Функция и др.);

 2) параФункции (бруксизм, беспищевое жевание и др.);

 3) гипвртонусе жевательных мышц центрюьного происхождения и

 связанная с проФессией (вибрация, физическое напрнжение);

 4) хроньиеской травме эубов (в том числе вредные привычки).

 1Н. Профвссионапьиые вредности ~кислотные и щвлочные нвкроэы,

 запыленность3, привм соляной кислоты при акипиях.

 Часть перечисленньи причин может вызывать генерализованнуе сти-

 раемоеть, а ать - лишь местное поражение. Например, при врожденной

 недостаточности эмали и дентина следует ожидать генерализованыую

 форму повышенной стираемости, тогда как при Функциональной пере-

 грузке в процесс вовлекается лишь зубы, удерживающие межальвеоллр-

 ную высоту.

 Очевидно, что термин "повышеиная стираемость" обьединяет раз-

 личные состояню зубной системы, часто с неизвестной зтиологией, но с

 общей для всех патологоанатомической характеристикой: бистрая утрата

 вещества эмали и дентнна всех или только части зубов. Со временем,

 когда буд~ обьясмены причины и патогенез, удаст<я вьщелить виды по-

 вышенной стираемости по этиопогюескому признаку. Тогда терапия это-

 го порюкеюа будет носить, кроме снюптоматической, как это имеет мес-

 то сейчас, и этиопатогенетичеекую направленность.

 П~ ¦

 Фориы иовывениой стираемости эубов. Как было отмечено.

 повышенная стираемость захватывает различные поверхности зубов; же-

 вательные, губные, небные и режушие края. В связи с этим выделяют три .

 формы повышенной стираемости: вертикальную, горизонтюьную и сме-

 шаннув (рис.121). При ввртиквльиой форме повышенная стираемость у

 пациентов о нормальным перекрытием передних зубов обнаруживается

 на небной поверхности верхних передних и губной поверхности одно-

 именньи нижних зубов. При обратном перекрытии утотки повышенной

 стираемости располагается нескопько иначе - на веркних пвредник зубах

 с губной стороны. а на нижних одноименных - с язычной. Горизоипиьню

 формв характеризуется уменьшением твердых тканей в горизонтальной

 плоскости, вследствие чего на жввательной или режуше~й поверхности по-

 является горизонтюьные 4асетки стираню. Горизонтальная повышеннвя

 стирвемость чаще всего захватывает одноврвменно верхний и нижний

 зубные ряды. Встречаются больные, у которых усилвнйое стирание тка-

 ней зубов отмечается лишь на верхней челюсти при нормальном стирвнии

 зубов на нижней шелести. При смвшвнной форме повышенная стирае-

 мость может ~еиввться как в вертиююьной, так и в горизонтапьной

 ~ М

 Повышенная стираемость может ность ограниченный и разлитой

 хаРактер. Ограниченная или локализованню повышенная стираемость за-

 хватывает лишь отдельныв зубы или группы эубов, не распространяясь по

 асей луге. Чаще она наблюдается на передних зубах, но процесс может

 Распространяться также на премоляры и моляры. При генерализованной

 (Разлитой) форме повышенная стираемость отмечаетсн по веей зубной

 дуге.

 В зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции зубо-

 челюстной системы следует различать три клинические формы повышен-

 ной стирвемаоти твердых тканей зубов: некомпенсированная, компенси-

 Рованная и субкомпенсиро,ванная. Это горны бывают как при генерал~-

 зованной стирвемости, так и при локализованной. Локализованная неком-

 пенсированная повышенная стираемость характеризуется уменьшением

 высоты коронок отдельных зубов и появлением между ними шели (откры-

 тый прикус). Ыежальвеолярная высота и высота лица сохраняется за счет

 нестершихся зубов.

 Локалиэованная компенсированная стираемость таюке вызывает

 уменьшение высоты коронок отдельных зубов. При этом стертые зубы

 сохраняют контакт с антагонистами за счет гипертрофии альвеолярной

 части (вакатная гипвртрофия) в этой зоне, которая приводит к зубоальв.е-

 олярному удлинение. Межюьвволярная высота и высота лица остаются

 неизменными.

 Генерюизованная некомпенсированнвя повышеннвя стираемость

 твердых тканей зубов приводит к уменьшению высоты коронок зубов, что

 сопровождается снижением мвжюьвеолярной высоты и высоты лица.

 Нижняя челюсть приближается к верхней, возможно ее дистюьное сме-

 щение. Лицевой скелет у больных этой Формой стирвемости по данным

 рентгеноцефюометрического анализа (В.М.Шульков).характеризуется: 1)

 уменьшением вертикальных размеров всех зубов, в основном, вследст-

 вие укорочения их коронок; 2) деформацией окклюзионной поверхности;

 3) уменьшением глубины резцового перекрытия и сагиттального межрез-

 цового Расстояния; 4) уменьшением межюьвеолярной высоты; 5) зубо-

 апьвеолярным укорочением в области верхних клыков и первых премолв-

 Нового расстояния; 4) уменьвением межальвеолярной высоты; 5) зубо-

 альвеолярным укорочением в области верхних кпыков и первых премоля-

 Ров: б) уменьшением дпины корней передних зубов и премоляРов; 7)

 уменьшением альвеолярных частей в области верхних передних зубов,

 веРхних премоляров; 8) изменением конФигурации нижней челюсти с

 М4еНьшением ее угла; 9) приблюкением нюкней челюсти к верхней и ос-

 нованию черепа; 10) уменьшением ввртикальных пицееых размеров и

 плоадаи лица; 11) сокращением дпины зубных дуг; 12) увеличением меж-

 окклюзисиного пространства в положении покоя нюкней челюсти.

 Генеоализованная компенсированная повышенная стираемость твер-

 дых тканей зубов проявляется уменьшением вертикальных размеров ко-

 ронок всех зубов, снижением межюьвеолярной высоты, а высота нижней

 трети лица не изменяется. Уменыоение коронок компенсируется ростоы

 альвеопядного отростка. Лицевой скелет у больных этой формой стирае-

 мости характеризуется: 1) уменьшением вертикальных размеров всех зу-

 бов; 2) отсутствием изменений в положении нижней челюсти и сохране-

 н'ием вертикальных размеров лица; 3) деформацией оккпвзионной поввр-

 хности и уменьшением глубины резцового перекрытю; 4] зубоальвео-

 гарным удлинением в области всех зубов; 5) уменьшением межальвво-

 лярной высоты; 6) укорочением длины зубных дуг; 7) увеличением длины

 основания нижней челюсти; 8) уменьшением длины корней передних зу-

 бов и первых пРемоляров.

 Генерализованная субкомпенсированная форма повышенной стирав-

 мости зубов является следствием недостаточно выраженного зубоальвео-

 ~ ф-3601 -273-

 пярНого удлинения, катаоое полностью не компеисирует потерю твердых

 тканей зубов, что способствует умеренному уменьшение вертикальных

 размеров нижней трети лица и приближению нижней челюсти к верхней.

 Повышенная стираемость можвт сочетатьсн с потерей части зубов,

 патологией жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Кли-

 ническая картина при зтом становится еще более сложной.

 ОРТОПЕДИЧЕСКОЕЛЕЧЕНИЕ

 ПРБ ПОВИШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗЪЪОВ

 Учитывая происходящие изменения в зубочелюстной системе при по-

 вышенной стираемости для правильного планирования подготовки поло-

 сти рта и ортопедическаго лечения обязательны следующие методы об-

 следования больных; 1) подробное изучение анамнеза жизни и заболева-

 ния пациента; 2) рентгенография всех зубов; 3) злектроодонтодиагности-

 ка всех зубов; 4) изучение диагностических моделей челюстей и 5) рент-

 генографив височно-нижнечелюстных суставов. При возможности жела-

 тельно проводить электромиограФическое обследование жевательных

 мышц и рентгеноцефаламетрический анализ лицевого скелета.

 Терапия больных с повышенной стираемость зубов далжны включать:

 1) устранение причины (лечение парафункций, устранение гипертонуса

 жевательных мышц, воздействий твердой пищей и т.д.); 2) замешение

 убыли твердых тканей зубов ортопедическими методами.

 Протезирование при повышенной стираемости зубов преследует как

 лечебные, так и профилактические цели. Под первыми подразумевают

 улучшение Функции жеванин и внешнего вида больного, под вторыми -

 лечебные, так и профилактические цели. Под первыми подразумевают

 улучшение Функции жевания и внешнего вида больного, под вторыми -

 предупреждение дальнейшего стирания твердых тканей зубав и профи-

 лактику заболеваний еисочно-нихнечелюстных суставов.

 Мели и задачи, методика ортопедическогс печения пациентов опре-

 деляются: формой повышенной стираемости (компенсированная, су5ком-

 пенсировайная, некомпенсированная), степеныо стертасти зубов, сопут-

 ствующими осложнениями (дистальное смещение нижней челюсти, час-

 тичная потеря зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава).

 Лечение иекомпенсироаанной генерализованной стмраемо-

 стн. Лечение больных с этой формой стирания заключается в следую-

 щем: 1~ восстановление анатомической формы и величины зубов, 2) вос-

 станавление окклюзионной поверхности зубных рядов; 3) восстановление

 межальвеолярной высоты и высоты нижней трети лица; 4) нормализация

 положения нижней челюсти.

 После определения задач следует выбрать средства для их выпол-

 нения. К ним относятся различные виды искусственных коранок, вкладки

 и сьемные протезы с окклюзионными накладками. При выборе лечебных

 средств следует учитывать степень стирания, состояния пародонта и тре-

 бования эстетики.

 Терапия больных с генерализованной некомпенсированной стирае-

 мостью на ранних стадиях носит профилактический характер и закпюча-

 ется в протезировании встречными коронками или вкладками. Кратеро-

 - 274-

 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

 И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

 ПРИ ПОВЬШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

 ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИКА

 ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

 В течение всей жизни человека происходит убыль эмали и дентина в

 результате их стирания. Этот естественный процесс начинается сразу,

 как только зубы прорежутся и начнут выполнять свою функцию. Выра-

 женность его зависит от вида смыканю зубов, твердости эмали и ден-

 тина, величины жеватепьного давления и свойств употребляемой пищи.

 Естественное стирание эмали происходит в двух плоскостях - гори-

 зонтальной и вертикальной. Стирание в горизонтальной плоскости нвблю-

 даетсн по режущему краю резцов, бугоркам клыков, премоляров и моля-

 ров. Связанное с этим понижеиие высоты коронок зубов следует рассма-

 тривать как приспособительную реакцию организма. Дело а том, что о

 возрастом изменяется сосудиствя система и другие ткани пародонта и

 височно-кижнвчелюстного сустава. Однако снижение Функциональных

 возможностей этих органов компенсмруется уменьшением величины вне-

 шнего рыча;а зуба и плоской Формой окклюзионной поверхности.

 Под вертикальной стираемостыо в частности понимают стираемость

 контаитных поверхностей зуба, вследствие чего межзубныв контактные

 пункты превращаются со временем в контактные площадки. Исчезнове-

 ния мехзубних контактов не происхоют в связи с медиапьным омещенм-

 'ем зчбов. Зубная дуга при этом остается непрерывной, но длина ее

 контактных поверхностеи зуоа, вследствие чего межэуоные кон~ак~ные

 пункты превраща>тся со временем в контактные плошддки. Исчезнове-

 ния мвжзубных контактов ив происходит в связи с меджльным смещени-

 'ем зубов. Зубная дуга при этом остается непрерывной, но длина ее

 уменьшается. Превращение контактных пунктов в контактные площадки

 следует рассматривать как явление приспособительного характвра. Изве-

 стно, что при возрастной атрофии альвеолярного отростка имвет место

 оседание (ретракцил) десны и межзубного сосочка. Это должно было бы.

 привести к образованию треугольных промежутков между зубами. Однако

 их возникновение предупрвждается появлением контактной площадки и

 медиальным сдвигом зубов;

 У некоторых людей естественная функциональню стираемость заме-

 длена или отсутствует. Это можно было бы обьяснить употреблением

 мягкой пищи, глубоким прикусом, затрудннющим бокоеые движения ниж-

 нвй челюсти, слабостью жевательных мышц. Однако встречаются пациен-

 ты, у которых наблюдается нормальный прикус и пищу они употребляют

 - 269-

 самую разнообразную, а стираемость настолько слабо выражена, что в

 возрасте 40 лет бугорки моляров и премоляров сохраняются почти неиз-

 менными. Причины этого неизвестны, но полагают, что такое явление

 связано с подвижностью зубов, вызванной врожденной или приобретен-

 ной функциональной недостаточностью пародонта. Часто такие пациенты

 страдают пародонтитом.

 Кроме естественной, наблюдается и повышенная стираемость эмали

 и дентина (рис.120). Она характаризуется быстрым течением и значитель-

 ной потерей змали и дентина. Повышенная стираемоть зубов встречает-

 ся у 4% людей в возрасте от 25 до 30 лет и у 35% до 40 до 50 лет

 (В.А.Алексеев).

 Рис.120. Повышенная стираемость зубов верхней челюсти.

 Повышенное стирание нарушает анатомическую форму зубов: исче-

 зают бугорки, режущие края резцов. высота коронок при этом уменьша-

 ется. При прямом прикусе стиранию подвергаются режущие края и жева-

 тельная поверхность всех зубов, при глубоком прикусе - губные повврх-

 ности нижних и небные - верхних передник зубов.

 Повышенная стираемость, еозникнув однажды, неуклонно нарастает.

 она углубляется в местах, где обнажен дентин, и несколько задврживавт-

 ся там, где сохранилась эмаль. Вследствие этого фасетки стирания име-

 ют вид гпадко отполированных чашек или выемок кратерообразной фор-

 мы, края которых ограничены острыми выступами эмали. Образование:

 кратерообразных фасеток обьясняется неодинакавой твердостью эмали::~:..

 дентина. Поспедний более мягок и поэтому быстрее стирается. Отсюда

 следует вывод, что с потерей эмали стираемость увеличивается.

 Г.А.Гаркуша выделяет три степени стираемости. При первой степени

 стираются бугорки и режущие края, при второй - коронка до контактных

 ппощадак, при третьей - коронка до десны. При этом стирание подверга-

 ются не только эмаль и дентин, но и еторичный (заместительный) дентин.

 - 270-

 образные полости заполняют композиционными материалами. При повы-

 шенной стираемости II степени осуществляетсн протезирование искус'~

 ственными коронками (четаллокерамическичи, металлопластмассовыми,

 фарфоровыми) или съемными протезами с литыми окклюзионными на-

 Ощцквми,

 Восстановление формы зуба при III степени стирания проводится с

 помощью культевых коронок, Корневые каналы при повышенной стирав-

 мости часто бывают сблитерированы и эндодонтмческов лечение таких

 зубов затруднено. Поэтому используют при протезировании культевые

 коронки с фиксацией культи на парапульпарных штифтах. Создание квка-

 пов в зубе проводится с учетом зон безопасности и с помощью внутри-

 ротового. параллеломатра. Каналы в количестве 3-4 должны быть парал-

 лельны длинной оси зуба и располагаются на равном расстоянии от

 пульпы и поверхности корня.

 Восстаиовлеиие оккпюэионной повврхно<ти стертых зубных рядов

 является сложной задачей. Ее осуществляют различными методами. Од-

 ним из них является запмсь движений нижней челюсти о помощью панто-

 граФа и последующее моделирование несьемных протезов или оккпези-

 онных наклщок в индивидуюьном артикуляторе. Второй метод заключа-

 ется в моделировании чостовидных протезов и коронак по ииднвидуа-

 льным окклюзионным поверхностям, полученные с помощью внчгрирото-

 вой записи движения нижней челюсти на прикусных валиках из твердого

 воска. На верхние и нищенке зубные рнаы наюыдь~вают восковые ок-

 клюзиснные ввпики по ширине соответствующих зубов м на 2 мм выше

 предполагаемой высоты коронок. Далее определяет необходимую мем-

 альвеолярную высоту и строят протетическую плоскость. Затем проводят

 притирание валиков при различных движениях нижней челюсти. Модели-

 притирание валиков при различных движениях нижней челюсти. Модели-

 рование искусственных коронок осуществляют в окклюдаторе вначале на

 верхнем зубном ряду по нихней плоскости, а затем моделируют нижние

 зубы в соответствии с формой антагонистов.

 Третья методика предполагает двухэтапное ортопедическое лечение.

 На первом этапе по описанной выше метолике изготавливают временные

 пластмассовые коронки и мостовианые протезы, которыми пациенты

 пользуютея в течение месяца.За зтот период происходит Форыирование

 окклюзионных поверхностей временных протезов. На втором этапе вре-

 менные протезы заменяются постоянными. Для этого снимают оттиски с

 :временных протезов, отливают модели и обжимают их в термавакуумном

 аппарате слоем полистирола. Б полости рта после снятия временных про-

 'маов получают оттиски и приготавливают разборные модели. Отпечатки

 зубов в полистироловом шаблоне заполняют расплавленным воском и на-

 'кладывают шаблон на рабочую модель. После застывания воска полисти-

 роловые шаблоны удаляются и на модели остается восковая репродукция

 индивидуально сформированная жевательная поверхноеть. Окончатель-

 ную мойелировку каркасов несьемных протезов и остальные этапы про-

 водят по общепринятой методике (И,И.Абдуллов).

 Восстаноапение высоты нижней трети лица и положения нижней че-

 люсти у пациентов с некомпенскрсванной генерализованной повышенной

 стираемостью осуществляется одномоментно или постепенно. Одномо-

 ментно межальвеолярная высота может быть увеличена в пределах 4-6

 мм в области боковых зубов при отсутствии заболевания височно-нижне-

 челюстного сустава и жевательных мышц. Обязательным является сохра-

 нение свободного межокклюзионного расстояния не менее 2 мм.

 Уменьшение межальвеолярной высоты более, чем на 6 мм вызывает

 необхоидимость поэтапного восстановления ее на лечебных накусочных

 протезах для избежания патологических изменений жевательных мышц,

 височно-нижнечелюстного сустава и пародонта зубов. Изменение поло-

 жения нижней челюсти в сагиттальном направлении при ее дистальном

 сдвиге проводится одномоментно путем протезирования или же на лечеб-

 ном аппарате с наклонной плоскостью и с последующим протезировани-

 ем. Одномоментное перемещение нижней челюсти показано у больных, у

 которых стирание развилось быстро и имеется привычка удерживать ее в

 выдвинутом положении. Изменение положения нижней челюсти должно

 осуществляться под рентгенологическим контролем сустава.

 Лечение больных с генерализованнои компенсированной

 повышенной стираемостью. Задачей лечения этой группы пациентов

 является восстановление анатомической формы и функции зубов и внеш-

 него вида пациентов без изменения межальвеолярной высоты. Методика

 ортопедического лечения больных определяется, в первую очередь, сте-

 овныо стираемасти зубов. При стираемости ! степени лечение носит про-

 филактический характер и закпючается в создании трехпунктного ко~так-

 та на встречных коронках или вкладках без изменения межальвеолярной

 высоты. При стираемости 11 степени появляется необходимость восстано-

 вления анатомической формы зубов без увеличения высоты нижней трети

 лица, поскольку последняя не изменена. Поэтому больные нуждается в

 -специальной подготовке, которая заключается в перестройке альвеоляр-

 ной части и измвнении положения относительного функционального покоя

 нижней чвлюсти с помощью лечебной накусочной пластинки (Рис.122).

 Для ускорения процессов перестройки альезоюрной части целесообраз-

 но применять кортикотомию (компактостеотомив). После создания места

 для протезов восстановление анатомической формы зубов осуществля-

 ,ется несъемными и сьемными конструкциями.

 При стирании зубов 1Н степени ортопедическое лечение проводится

 несколькими способами. У одних больных осущеетвлявтся специальная

 подготовка с целыо перестройки альвволярных частей о последующим

 протезированием культевыми коронками. У других больных проводится

 специальная подготовка полости рта; плоыбированив корней зубов по ме-

 тодике Эльбрехта и протезирование сьеыными протезами. У третьих па-

 циентов осуществляется специальная хирургическая подготовю, заключа-

 ющаяся в удалении корней стертых зубов и части альвеолярного гребня.

 Протезирование у этих больных этапное: непосредственное и отдален-

 ное.

 Лечение больных с локализованной стираемостью осушесталяется по

 принципам, описанным выше и зависит от Формы стираню.

 Частичная потеря зубов может произойти на Фане уже Развившвйсв

 повышенной стмоаемости. С другой стороны, потерн маляров и премоля-

 Частичная потеря зубов может произоим на фоне уже развивающейся

 повышенной стираемости. С другой стороны, потеря моляров и премоля-

 ров может привести к повышенной стиравмости передних зубов от сме-

 шанной функции их. Клиническа< картина при этам весьма сложна, поско-

 льку на повышенную стиравмость наслаивается оимптоматика частичной

 потери эубов. В связи с этим расширяются и мдачи протезирования. К

 задачам, которые преследуют при протезировании по поводу повышен-

 ной стираеыости, добавляетея замещение дефектов, образовавшихся в

 результате потери зубов.

 Конструкции протезов, применяемые при решении последней за-

 дачи, определяются конкретной клинической картиной. При включенных

 дефектах без уменьшения нижней трети лица могут быть использованы

 несьемные протезы. При с'н.ижении высоты нижней части лица протезиро-

 вание предусматривает, кромв замещвню двфектов, и увеличение меж-

 альвеолярной высоты на всех сохранившихся зубах. В качестве лечебного

 средства в этом случае могут применяться цельнолитые мостовидные

 протезы.

 При концевых дефектах показано применение различных конструк-

 ций съемиых протезов. Увеличение мвжальвеолярной высоты произво-

 дится на несъемиык протезах или на съемных протезах, снабженных ок-

 кпюзионными накладками на стерть,е зубы.

 СНИЖАЮЩИйСЯ ПРИКУС

 Снижающийся прикус, или снижение окклюзионной высоты, является

 не самостоятельной нозологической единицей, а осложнением, которое разви-

 вается в период сформированного, постоянного прикуса вследствие патологиче-

 ской стираемости зубов, функциональной перегрузки при обширных дефектах

 зубных рядов в боковых отделах и сопровождается ослаблением опорного аппа-

 рата зубов, смещением и внедрением антагонируюших зубов По материалам

 массового обследования, снижаюшийся прикус встречается у 6+-0,4% населе-

 ния в возрасте от 20 лет и старше [Бушан М. Г,, 19б7)

 Клинические проявления снижаюшегося прикуса весьма разнообразны,

 За ортопедической помощью к врачу обращаются как лица, у которых имеются

 первые, малозаметные признаки снижения прикуса, так и больные с ярко выра-

 женными нарушениями, вызывающими мучительные страдания. В связи с этим

 установление правильного диагноза и выбор рационального метода лечения

 является сложной задачей, особенно для начинающих врачей

 М. Г. Бушан (1979) разработал классификацию снижающегося прикуса,

 в основу которой положены клинико-анатомические признаки, степень стертости

 зубов, нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов, деформации

 зубных и альвеолярных дуг.

 ! - начальная стадия.

 ц - развившаяся стадия с преимушественной локализацией патологического процесса в зуб-

 ных рядах;

 1) без заметной деформации зубных и альвеолярных дуг;

 2) с деформа.цией зубных и альвеолярных дуг.

 Ц! - развившаяся сталия с локализацией патологического процесса в зубных рядах и височно-

 нижнечелюстных суставах;

 1 - начальная стадия.

 П - развившаяся стадия с ПРеимУШественной локализацией латологического процесса в зуб-

 ных рядах;

 1) без заметной деформации зубных и альвеолярных дуг;

 2) с деформацией зубных и альвеолярных дуг,

 !1! - развившаяся стадия с локализаиией патологического процесса в зубных рядах и височно-

 нижнечелюстных счставах;

 1) без заметной пеформаиии зУбных и альвеолярных дуг;

 2) с деформацией зубных и альвеолярных дуг.

 Классификация ориентиРУет врача при установлении диагноза снижающе-

 го прикуса в зависимости от стадии развития и соответственно выбора наиболее

 рационального метода ортопелического лечения.

 --.:::::.Определение наличия патологической стцраемости, ее степени и формы,

 количества пораженных зубов не вызывает затруднений и осуществляется обыч-

 197

 ным визуальным методом. гораздо сложнее диагностировать осложнения пато-

 логической стираемости зубов, особенно трудно установить в.заимоотношения

 межлу различными звеньями патогенетической цепи: снижение прикуса -

 поражение пародонта - нервно-мышечные функциональные нарушения (пара.

 ФУ~к~ии) - дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

 При решении этих сложных задач, кроме жалоб больного, анамнестичееких

 данных и результатов объективных исследований (внешний осмотр и исследо-

 вания полости рта, пальпация височно-нижнечелюстного сустава, жевательных

 мышц, различных отделов лица и шеи), особое значение имеют сведении, полу.

 ченные с помощью специальных методов исследования. К ним относятся: изме-

 рение интеральвеолярного расстояния, электродиагностика, изучение гипсо-

 вых моделей челюстей, прицельная рентгенография зубных рядов, электрами-

 ография и электромиотонометрия жеватель.ных мышц, артрог.рафия; обзорная

 рентгенография, томография и рентгенокинематография височно-нижнечелюст-

 ного сустава.

 НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ

 клиника. В начальной стадии снижающегося пРикУса отмечаются слабо-

 выраженные признаки снижения окклюзионной высоты, лицевые признаки ма-

 лозаметны, патологичеческая стираемость преимущественно ! степени, в отдель-

 ных случаях выявляют бруксизм, гиперестезию обнаженного дентина и признаки

 травматической окклюзии. Больные в основном ж.алуются на эстетический не.

 достаток. Наличие слабовыраженных признаков снижения прикуса или их от-

 сутствие и сравнительно редкие жалобы больных объясняются тем, что патоло-

 При осмотре полости рта выявляют переходную и патологическую сти-

 раемость до '/з длины коронкг зуба с возможными углублениями в обнаженном

 дентине раз'личной формы и степени выраженности. Форма патологической

 стираемости зависит от характера перекрытия передних зубов: при прямом соот-

 ношении передних зубов наблюдается горизонтальная форма, ортогнатиче-

 ском - горизонтальная и смешанная формы как в переднем, так и в боковы.х

 отделах зубных рядов, глубоком - вертикальная форма стираемости передних

 зубов.

 Зубы патологически стертые до '/з длины коронки, как правило, устойчивы,

 слизистая десны в пределах нормы, а рентгенологически не выявляются измене-

 ния в тканях пародонта. Ширина вертикальной щели между верхними и ниж-

 ними передними зубами в состоянии относительного физиологического покоя

 зависит от вида прикуса и чаш всего не превышает 2 - 8 мм (при ортогнатичее-

 ком и прямом прикусах 2 - 4 ми, при глубоком до 8 мм) . Незначительное и мало-

 значительное снижение прикуса может наблюдаться только при генерализован-

 ной форме патологической сти~аемости, чего не наблюдается при ограниченной

 форме.

 Лечение. Ортопедическое лечение больных с начальной стадией развития

 снижающегося прикуса неслохное и не требует много времени. Перед врачом

 стоит задача не допустить юрогрессирования патологической стираемости.

 Поскольку снижения прикуса еще не произошло или оно едва заметно и не

 беспокоит больного, необходимости в восстановлении окклюзионной высоты

 не возникает, поэтому ортопедическое лечение имеет профилактическчю направ-

 ленность.

 Больчым с гиперестезией дентина назначают медикаментозное и физиотера-

 певтическое лечение. Б тех случаях, когда консервативное лечение незффектив-

 но, показано ортопедическое лечение, направленное на восстановление нару-