

Ортопедическое лечение при патологической стираемости твердых тканей зубов.

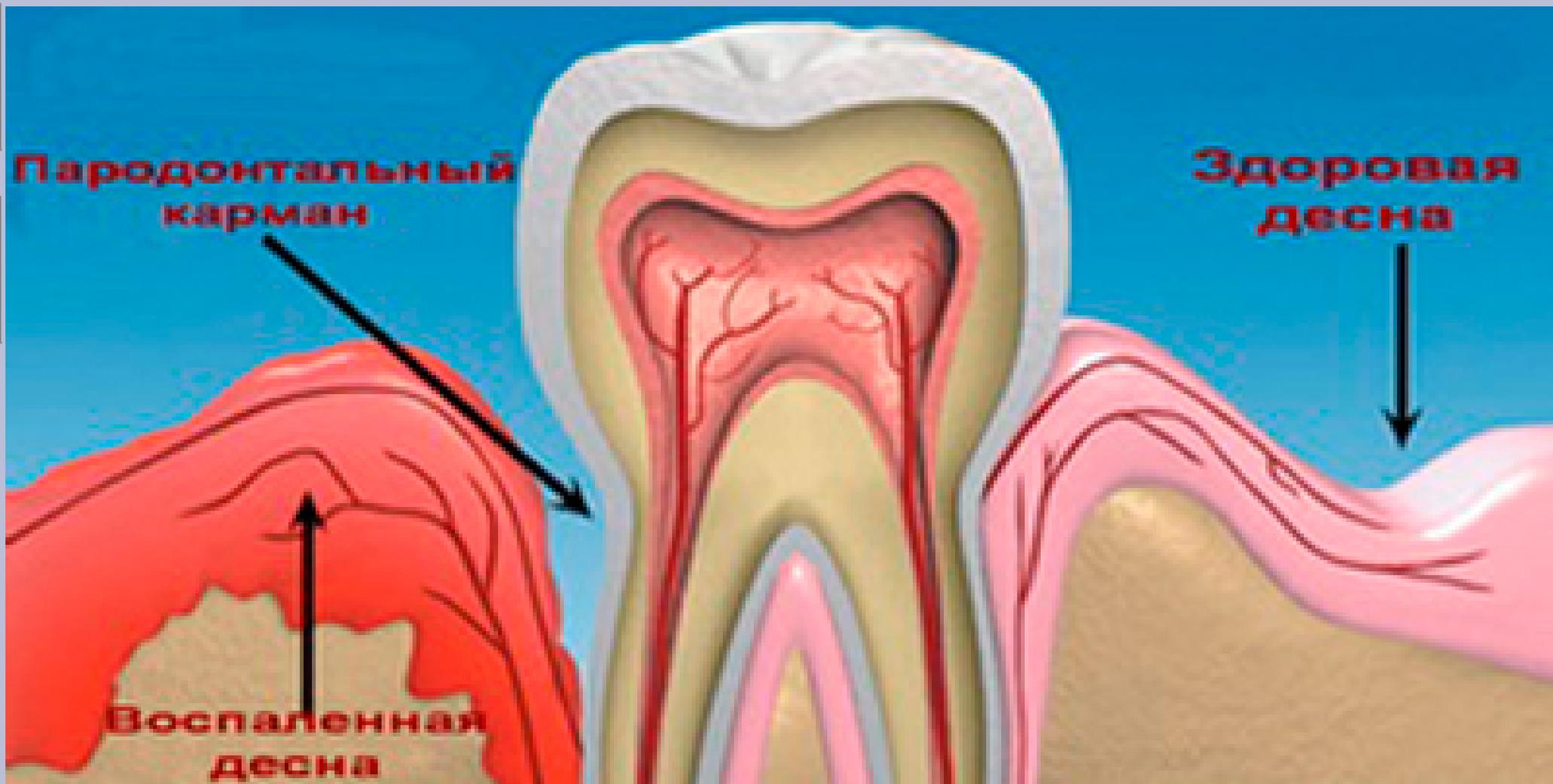
Выполнил врач-ординатор
Специальности стоматология
ортопедическая
Ходыкин А.Д.

Для восстановления анатомической формы зубов при патологической стираемости 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.

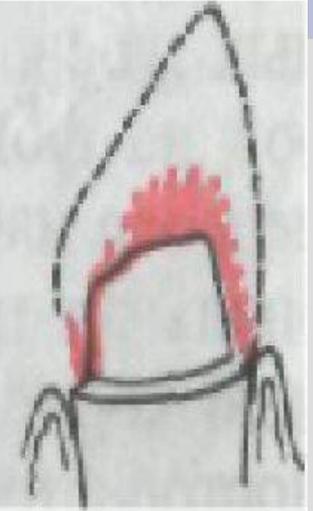
При патологической стираемости зубов II и III степени нельзя применять обычные штампованные коронки, так как возможны осложнения, связанные с травмой маргинального пародонта краем коронки, глубоко продвинутой в десневой карман.

Глубокое продвижение штампованной коронки может произойти при фиксации коронки цементом на сильно укороченный зуб. Кроме того, травма маргинального пародонта возможна и в процессе пользования коронкой, когда под действием жевательного давления разрушается толстый слой цемента между жевательной поверхностью стерттого зуба и окклюзионной поверхностью коронки и коронка глубоко погружается в десневой карман.



Поэтому при наличии показаний к лечению патологической стираемости зубов искусственными коронками возможно несколько вариантов их изготовления:

- цельнолитые коронки;
- штампованные колпачки с окклюзионными напайками;
- культевые коронки (штампованные или литые коронки) с предварительным восстановлением высоты коронки зуба культевой вкладкой со штифтом.



Коронки для лечения патологической стираемости:

- а — каркас окончатой коронки из металла;
- б — штампованный колпачок с отверстиями на жевательной поверхности;
- в, г — на коронку и колпачок нанесена пластмасса;
- д — цельнолитой каркас металлопластмассовой коронки.

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 благородных металлов как более прочным на истирание.



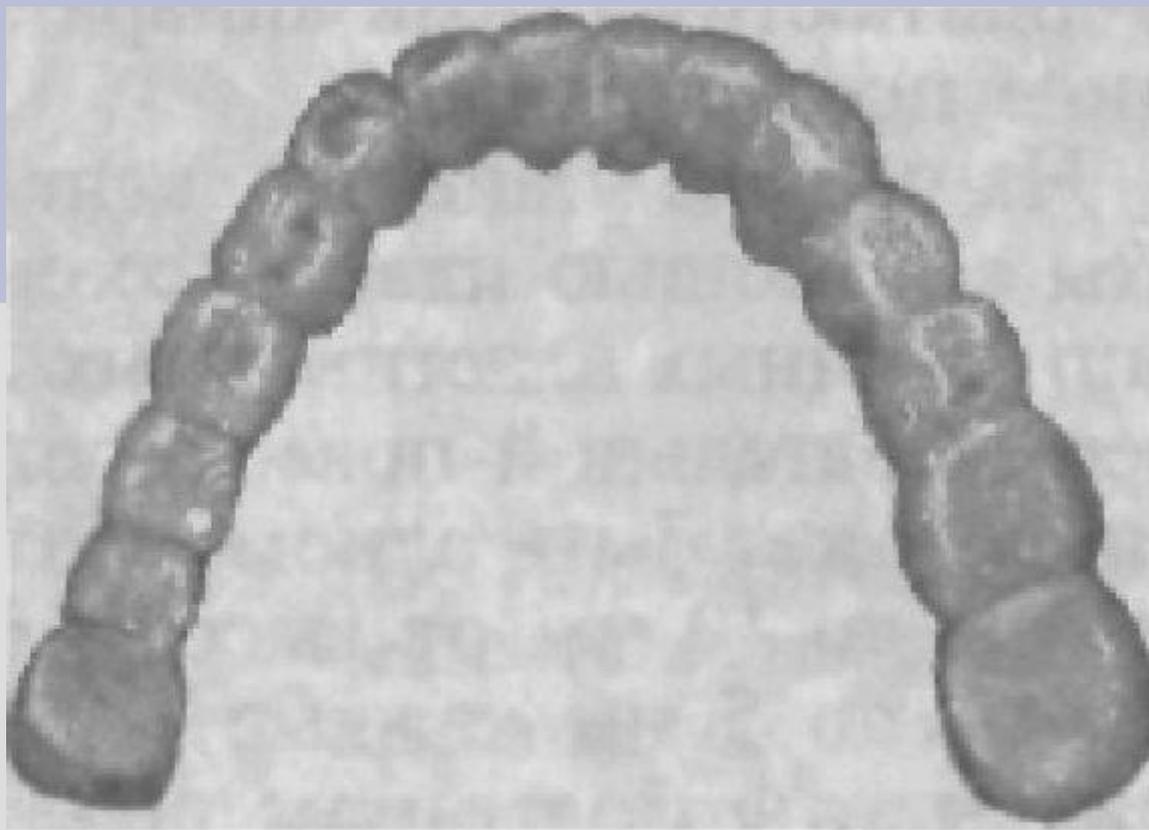
Металлокерамические протезы у таких больных следует применять ограниченно из-за возможного откола покрытия при непроизвольной нефункциональной чрезмерной окклюзионной перегрузке: ночное скрежетание зубами, спастическое сжатие челюстей и пр.

Лечение патологической стертости зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты.

- восстановление окклюзионной высоты временными лечебно-диагностическими аппаратами;
- период адаптации;
- 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—1У2 мес при снижении окклюзионной высоты более чем на 10 мм от физиологического покоя



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

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.

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.

При использовании несъемных лечебно-диагностических аппаратов — пластмассовых капп — процесс адаптации протекает быстрее, чем при восстановлении окклюзионной высоты съемными конструкциями, особенно пластиночными. Это объясняется не только конструктивными особенностями протезов, но и тем, что несъемные каппы фиксированы цементом и больные ими пользуются постоянно. Наоборот, съемными аппаратами больные нередко пользуются лишь непродолжительное время суток, снимая их во время работы, еды, сна.

Такое использование аппаратов-протезов следует расценивать не только как бесполезное, но как вредное, так как оно может привести к патологическим изменениям в височно-нижнечелюстном суставе, к мышечно-суставным дисфункциям.



Съемная каппа-протез, используемая при генерализованной стертости зубов.

Если при одномоментном повышении окклюзионной высоты на 8—10 мм у больного возникают сильные боли, нарастающие в течение первой недели в области височно-нижнечелюстного сустава и (или) жевательных мышц, необходимо снизить высоту на 2—3 мм до исчезновения болей, а затем, через 2—3 нед, повторно повысить окклюзионную высоту до необходимой величины.

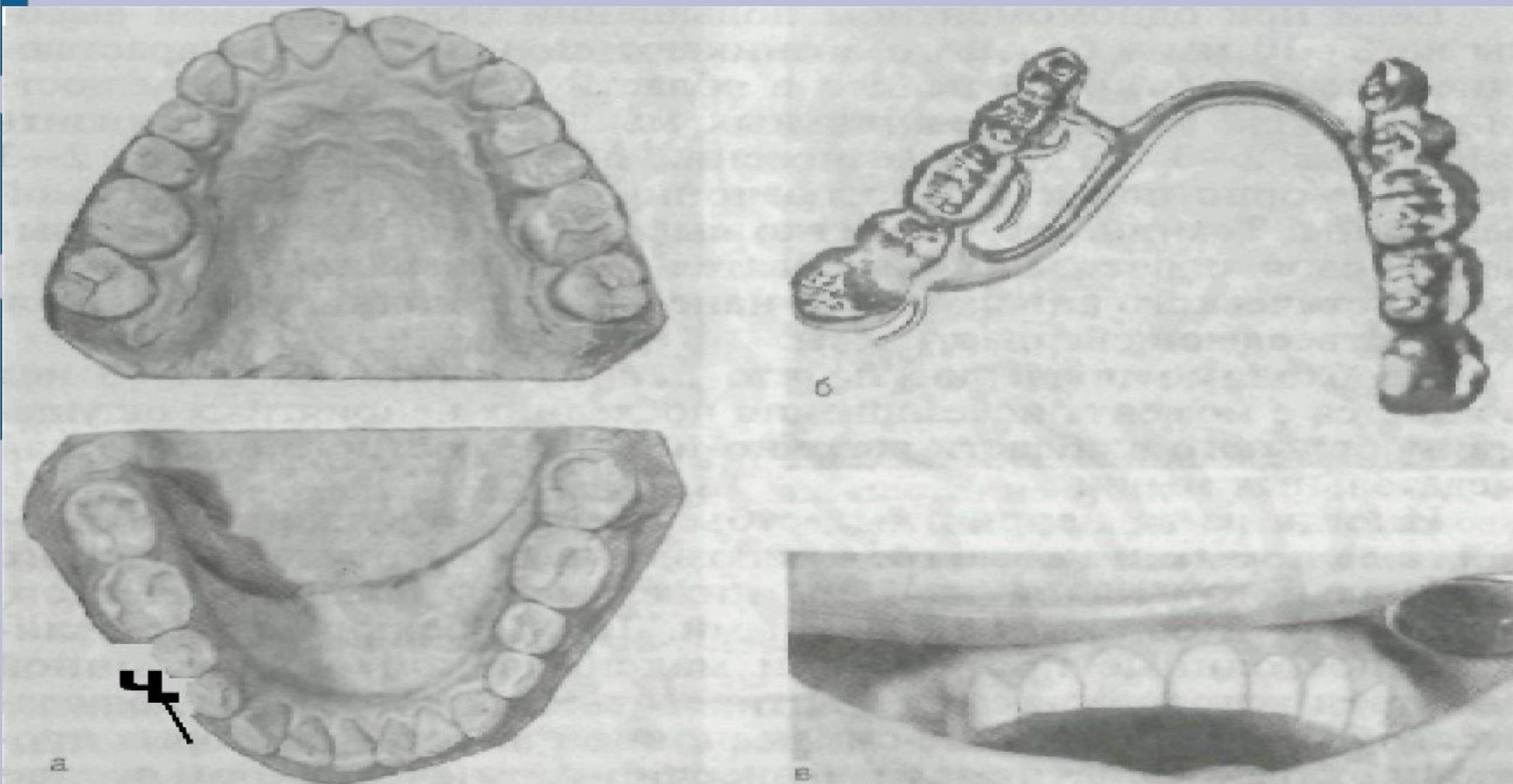
Технически это легко выполнимо путем сошлифывания слоя пластмассы на жевательной поверхности лечебнодиагностического аппарата или нанесения дополнительного слоя быстротвердеющей пластмассы.

Необходимо подчеркнуть, что период адаптации в 2—3 нед считается с момента исчезновения последних неприятных ощущений у больного в области височно-нижнечелюстного сустава или жевательных мышц.

Иногда из-за неприятных субъективных ощущений неоднократные попытки повысить окклюзионную высоту до желаемого оптимального уровня (на 2 мм ниже высоты физиологического покоя) так и остаются неудачными. Таким больным изготавливают постоянные протезы при максимальной окклюзионной высоте, к которой он смог адаптироваться. Обычно это наблюдается у больных, снижение окклюзионной высоты у которых произошло более 10 лет назад и в височно-нижнечелюстном суставе успели произойти необратимые изменения.

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.

Недопустимо применение пластмассы на жевательной поверхности мостовидных протезов. В съемных протезах предпочтительно использовать фарфоровые зубы, литые окклюзионные накладки. Для стабилизации окклюзионной высоты применяют встречные вкладки, коронки.



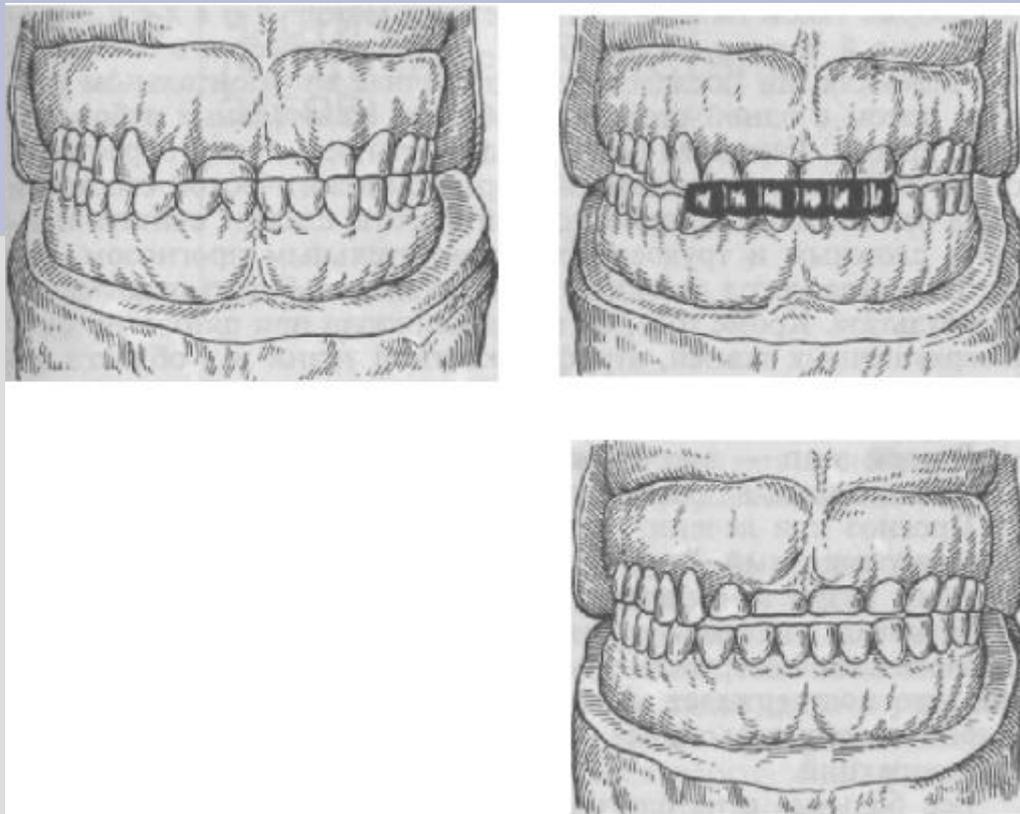
Патологическая стертость; смешанная форма (а). Бюгельный протез с окклюзионной накладкой в группе жевательных зубов (б) и металлокерамические коронки на переднюю группу зубов (в).

Важное условие достижения хороших результатов постоянного протезирования — изготовление протезов под контролем временных лечебно-диагностических капп. Возможно поэтапное изготовление постоянных протезов. Сначала изготавливают протезы на одну половину верхней и нижней челюстей в области жевательных зубов, при этом во фронтальном участке и на противоположной половине обеих челюстей остаются фиксированными временные каппы. При припасовке постоянных протезов временные каппы позволяют точно установить окклюзионную высоту и оптимальные окклюзионные контакты в различные фазы всех видов окклюзии, к которым адаптирован больной. После фиксации постоянных протезов на одной половине челюстей снимают временные каппы и приступают к изготовлению постоянных протезов на остальной участок зубного ряда. На период изготовления протезов временно фиксируют лечебно-диагностические каппы.

Лечение патологической стертости зубов без снижения окклюзионной высоты

Проводится поэтапно. На первом этапе методом постепенной дезокклюзии перестраивают участок зубного ряда с патологической стертостью зубов и вкратной гипертрофией альвеолярного отростка, добиваясь достаточного окклюзионного пространства для восстановления анатомической формы стертых зубов (рис. 96).

Для этого на зубы, антагонизирующие с зубами, подлежащими «перестройке», изготавливают пластмассовую капу. Соблюдают следующее правило: сумма коэффициентов выносивости пародонта зубов, включенных в капу, должна в 1,2—1,5 раза превышать сумму коэффициентов выносивости пародонта зубов, подлежащих «перестройке».



Лечебная каппа из пластмассы на передние зубы нижней челюсти при локализованной патологической стертости, а — до лечения; б — каппа на зубах; в — после лечения.

Капу изготавливают таким образом, чтобы в области перестраиваемых зубов был плотный плоскостной контакт с каппой, а в группе разобщенных жевательных зубов зазор не превышал 1 мм (должен свободно проходить сложенный вдвое лист писчей бумаги). Для контроля и устранения возможных осложнений после фиксации каппы больного просят прийти на следующий день, а затем предлагают явиться на прием, как только больной определит возникновение плотного контакта в группе разобщенных жевательных зубов.

Предварительно больного надо обучить контролировать наличие окклюзионного контакта зубов надкусыванием тонкой полоски писчей бумаги. После достижения контакта каппу корригируют быстротвердеющей пластмассой, добиваясь дезокклюзии в группе жевательных зубов до 1 мм, для чего между молярами прокладывают слои пластинки бюгельного воска. Вновь назначают на прием по достижении плотного контакта разобщенных зубов. Таким образом, способом постепенной дезокклюзии добиваются необходимой перестройки участка ватной гипертрофии альвеолярного отростка.

Метод постепенной дезокклюзии при лечении локализованной формы патологической стертости зубов без снижения окклюзионной высоты.

Он заключается в постепенной дезокклюзии последовательно сначала во фронтальном участке, потом с одной стороны в области жевательных зубов, затем с другой.

Учитывая большую длительность такой перестройки, лечение генерализованной формы патологической стертости зубов без снижения окклюзионной высоты следует считать наиболее сложным и трудоемким с сомнительным прогнозом, так как не всегда метод дезокклюзии позволяет добиваться желаемого результата.

Кроме того, он противопоказан при патологии околоверхушечных тканей, атрофии костной ткани и в области зубов, подлежащих «перестройке», заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.

Второй этап — восстановление анатомической формы стертых зубов одним из рассмотренных ранее видов протезов.

Прогноз при лечении патологической стертости зубов в целом благоприятный. Результаты лечения лучше у лиц молодого и среднего возраста с начальной степенью стираемости.

Однако необходимо отметить возможность рецидивов у больных с патологической стертостью зубов на фоне бруксизма и парафункций, что подтверждает мысль о недостаточности лишь ортопедических вмешательств без соответствующих психоневрологических коррекций.

Все больные с патологической стираемостью зубов должны состоять на диспансерном наблюдении.

Литература

1. Физиология и патология стирания твердых тканей зубов, А. Г. Молдованов, Таврида, Симферополь, 1992;
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Быков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. М. М.Едпресс-информ, 2002
3. Бушан, М. Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения / М. Г. Бушан. Кишинев, 1979. 174 с.
4. Иорданишвили, А. К. Клиническая ортопедическая стоматология / А. К. Иорданишвили. М., 2007. 248 с.
5. Каламкаров, Х. А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов / Х. А. Каламкаров. М., 2004. 176 с.
6. Криспин Б. Современная эстетическая стоматология. практические основы. – М.: «Азбука», 2003. – 304с.
7. Наумович С.А. Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов искусственными коронками. – 2006. -44с.

Благодарю за внимание.