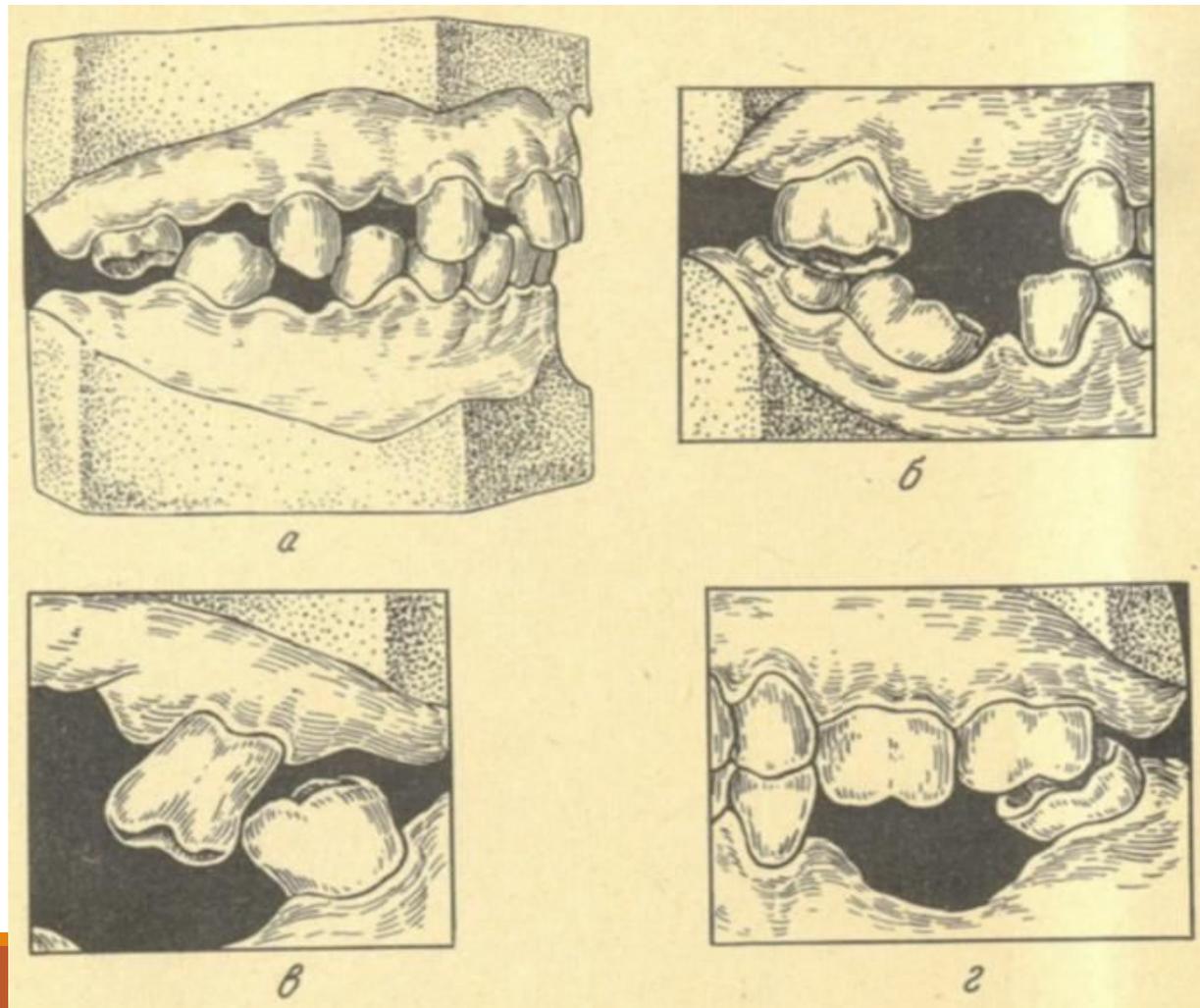
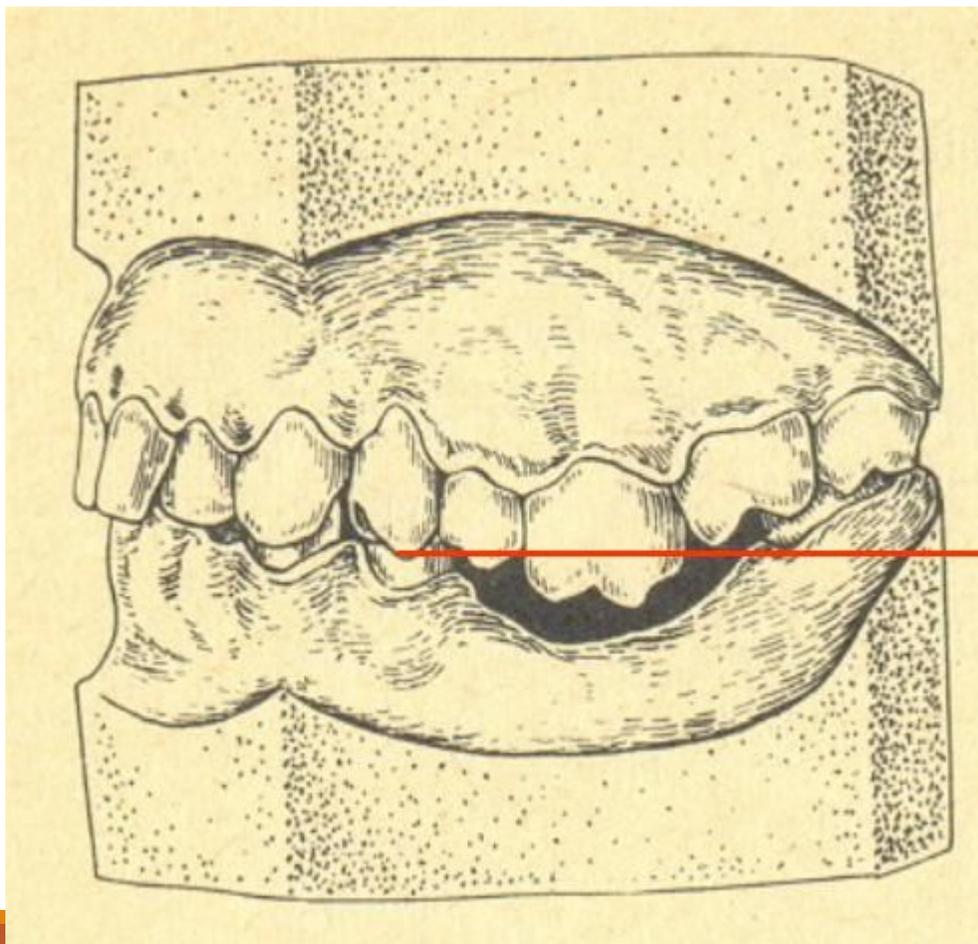


Министерство образования и науки России
ФГ БОУ ВО Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова
Медицинский факультет

Деформация зубных рядов и прикуса, связанная с
патологией твердых тканей зубов при сохраненных зубных
рядах

Выполнила студентка:
М 32- 1-16 Юдина Е.Г

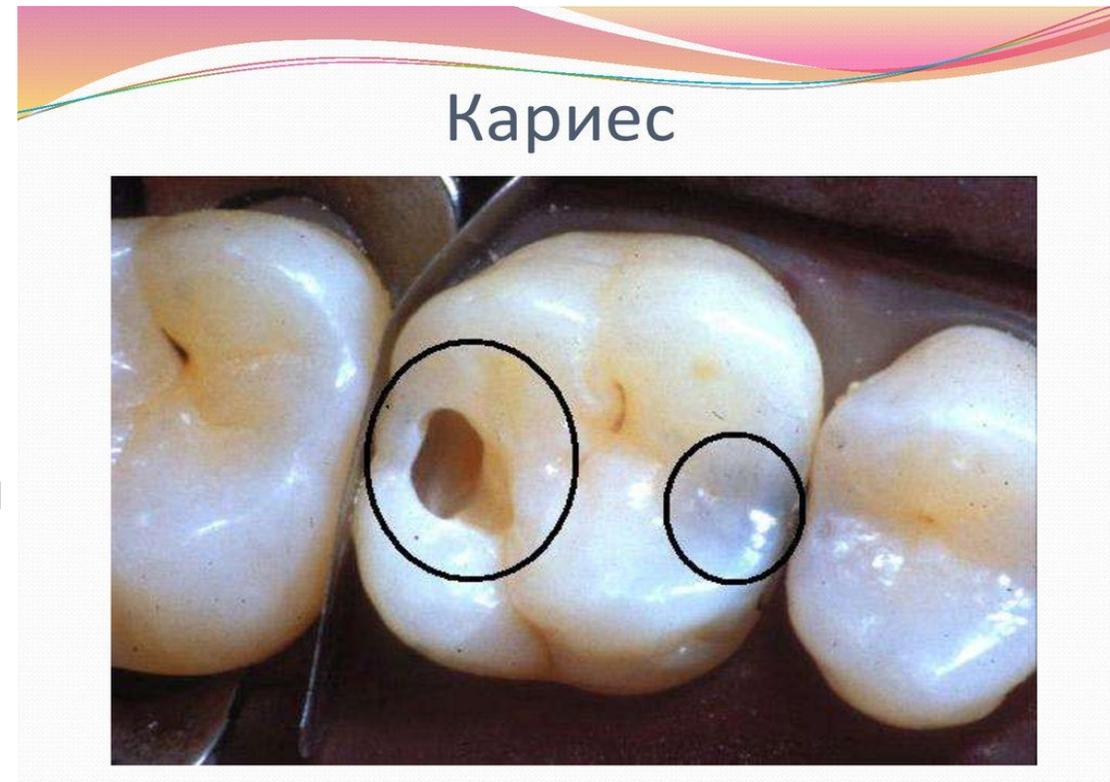
Деформация зубных рядов — нарушение очертаний окклюзионной поверхности за счет пространственных изменений положения отдельных зубов или групп зубов в результате различных патологических процессов в жевательно-речевом аппарате.



Кариес и его осложнения

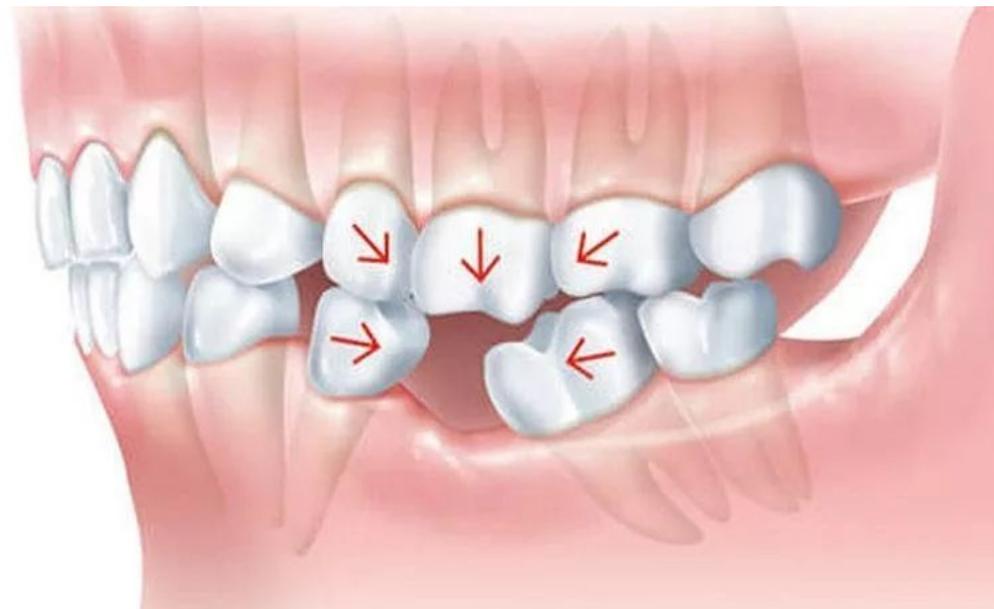
При кариозном поражении происходит изменение анатомической формы коронок зубов, при этом могут поражаться все поверхности зуба, что ведет к развитию патологических процессов в пародонте зубов и к деформации зубных рядов и прикуса.

Это связано с недостаточными физико-механическими (прочность) свойствами наиболее распространенных пломбировочных материалов (композитные, пластмассовые или цементные пломбы). Со временем происходит их истирание, ухудшается фиксация, что приводит к неустойчивым окклюзионным контактам, нарушению контактных пунктов, снижению высоты нижнего отдела лица и т.д. Все это является пусковым механизмом раздвигая деформаций зубных рядов (вертикальная, горизонтальная).



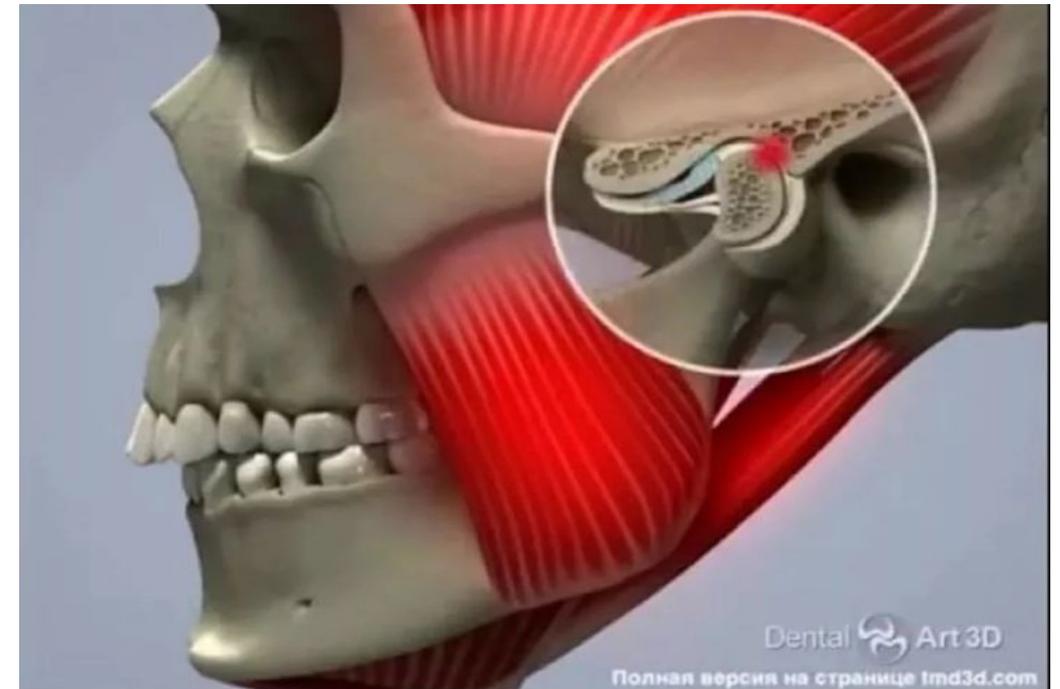
Отсутствие контактных пунктов при сохраненных зубных рядах ведет к постепенному перемещению жевательных зубов в медиальном направлении.

Боковые группы зубов ориентированы на значительные нагрузки при пережевывании пищи. Именно они сохраняют высоту нижнего отдела лица, поэтому при разрушении окклюзионных поверхностей коронок боковых зубов, как одиночных, так и всей группы зубов, происходит смещение зубов-антагонистов (феномен Попова-Годона). При этом нарушается окклюзионная кривая, что ведет со временем к блокированию артикуляционных движений нижней челюсти (замок). Значительное поражение окклюзионных поверхностей боковых групп зубов кариесом приводит к перегрузке фронтальной группы зубов, что сопровождается травмой пародонта, деформацией зубных рядов (веерообразное расхождение вперед), образованием диастем и трем.



Если не проводилось своевременное ортопедическое лечение, то в дальнейшем происходят сагиттальный сдвиг нижней челюсти назад, снижение высоты нижнего отдела лица, нарушение функции ВНЧС (суставные головки ВНЧС смещаются кзади и кверху), вплоть до возникновения синдрома Костена.

Синдром Костена – односторонние ноющие боли в околоушной области, усиливающиеся при жевании. Открывание рта ограничено, наблюдается снижение слуха и мигрень.



**Патология прикуса =
патологии мышц,
работы сустава и всего стана**

При лечении зубных рядов связанных с поражением ТТЗ необходимо

- изучить рентгенологический снимок
- провести ЭОД
- определить высоту нижнего отдела лица

Для точного определения степени разрушения окклюзионной поверхности зубов и выбора конструкции протеза целесообразно пользоваться индексом ИРОПС

0,5 – 0,6 % - вкладки

0,6 – 0,8 % - искусственные коронки

0.8 % штифтовая конструкция

С целью нормализации окклюзионной поверхности и создания правильных окклюзионных соотношений при последующем протезировании применяют следующие методы:

1) сошлифовывания твердых тканей смещенных зубов;

2) последовательной дезокклюзии;

3) аппаратно-хирургический;

4) хирургический.

В случаях смещения зубов в горизонтальной плоскости проводят ортодонтическое лечение. При снижении высоты нижнего отдела лица необходимо восстановить высоту с помощью временных капп, а затем постоянных ортопедических конструкций.

Повышенная стираемость твердых тканей зубов

При повышенной стираемости происходят нарушения анатомической формы зубов, деформации как зубных рядов, так и прикуса. При генерализованной форме стираемости может происходить снижение высоты нижнего отдела лица: ортогнатический прикус изменяется на прямой. При неравномерной повышенной стираемости происходит нарушение окклюзионной кривой (в тех участках, где идет ускоренное истирание эмали) и перегрузка зубов или групп зубов с замедленным истиранием твердых тканей, что ведет к перегрузке пародонта этих зубов. Изменение окклюзионной кривой ведет к блокировке движений нижней челюсти и перегрузке и патологическим изменениям в ВНЧС.

Жалобы

Уменьшение нижней трети лица

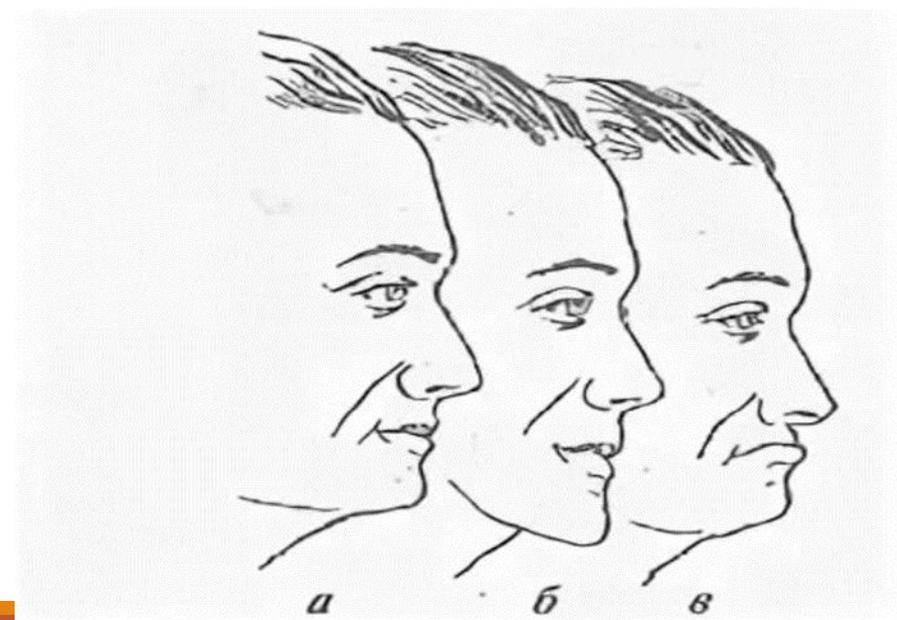
Затрудненное пережевывание пищи

Уменьшение высоты коронок

Головные боли

Гиперестезия дентина

Травмы слизистой оболочки губ, щек . языка



Лечение зависит от степени стертости и направлено на создание устойчивых окклюзионных контактов и восстановление высоты нижнего отдела лица.

При локализованной стираемости без снижения окклюзионной высоты при необходимости применяются каппы с дезокклюзией зубных рядов на 1-2 мм, а после перестройки альвеолярного отростка изготавливают вкладки или искусственные коронки. При начальной форме генерализованной стираемости со снижением окклюзионной высоты используются вкладки, при генерализованной стираемости до уровня экватора - литые коронки или колпачки с литыми окклюзионными накладками. При снижении окклюзионной высоты более чем на 1 мм коронки зуба показано использование культовых штифтовых вкладок с последующим покрытием их коронками. При лечении генерализованной стираемости без снижения окклюзионной высоты и отсутствии результатов при применении метода последовательной дезокклюзии рекомендуется хирургическое лечение (удаление зубов и альвеолотомия).

