

СЛОЖНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ. ВВЕДЕНИЕ.

Ведущие симптомы в клинической потери зубов:

1. нарушение непрерывности зубного ряда, вызванное образованием дефектов;
2. появление двух групп зубов: функционирующая группа (сохранившие антагонисты) и нефункционирующая группа (утратившие антагонисты);
3. функциональная перегрузка парадонта ряда зубов;
4. деформация зубных рядов;
5. нарушение функции жевания, речи и эстетических норм;
6. нарушение деятельности ВНЧС.

Нарушение непрерывности зубного ряда

■ КЛАССИФИКАЦИЯ КЕННЕДИ

I класс: з/р с двусторонними
концевыми дефектами;

II класс: з/р с односторонними
концевыми дефектами;

III класс: с включенными
дефектами в боковом отделе;

IV класс: с включенными
дефектами переднего отдела.

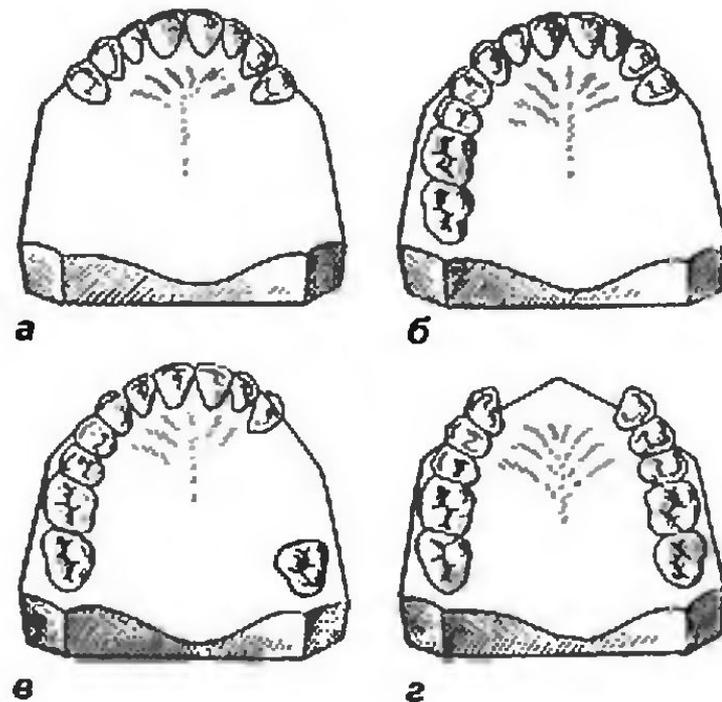


Рис. 6.1. Классификация
зубных рядов с дефектами
(по Кеннеди):

а — первый класс; б — второй класс;
в — третий класс; г — четвертый класс

Классификация Е.И.Гаврилова

I класс: концевые дефекты (односторонние и двусторонние);

II класс: включенные (боковые односторонние, двусторонние, передние);

III класс: комбинированные;

IV класс: челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

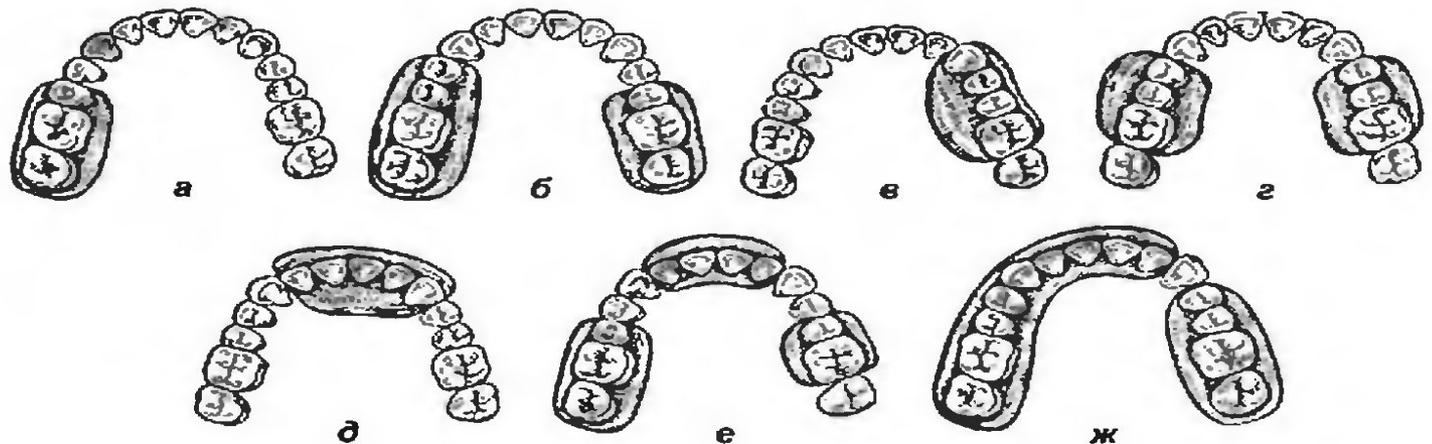


Рис. 6.2. Классификация зубных рядов с дефектами (по Е. И. Гаврилову):

а, б — первая; в, г, д — вторая; е — третья; ж — четвертая группы

Распад зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов

- **Функционирующая группа (рабочая)** – это зубы, сохранившие антагонисты, продолжающие участвовать в разжевывании пищи.
- **Нефункционирующая группа (нерабочая)** – зубы, утратившие антагонисты, оказавшиеся исключенными из акта жевания.

Функциональная перегрузка пародонта

- Окклюзия, при которой возникает функциональная перегрузка пародонта – адекватная.
- Окклюзия, при которой возникает функциональная перегрузка пародонта – травматическая.
- Первичная травмирующая – жевательную нагрузку испытывает здоровый пародонт.
- Вторичная травмирующая – наличие патологии в тканях пародонта сделало невозможным для него выполнение обычных функций.

Патогенез травматической ОККЛЮЗИИ

- I – функциональная нагрузка превышает определенный уровень;
- II – нарушение кровообращения;
- III – резорбция альвеолярной стенки;
- IV – расширение периодонтальной щели;
- V – развитие подвижности зуба.

Клиника функциональной перегрузки

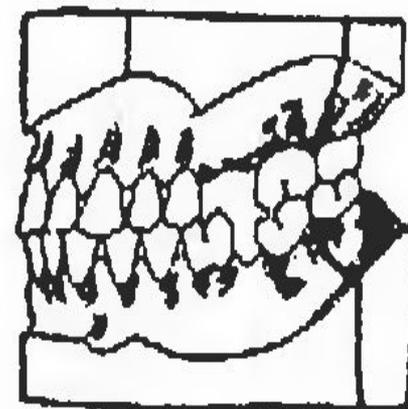
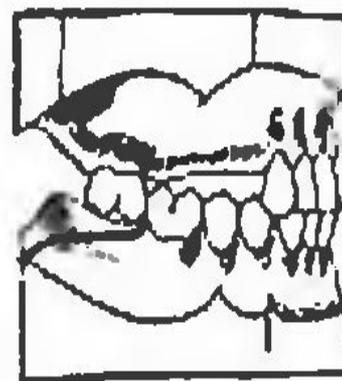
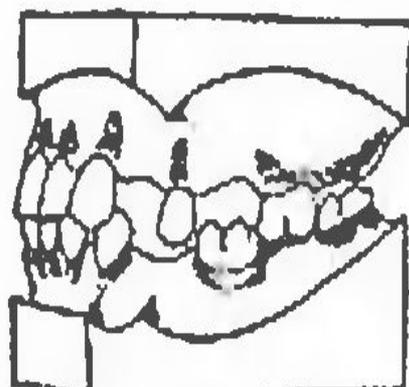
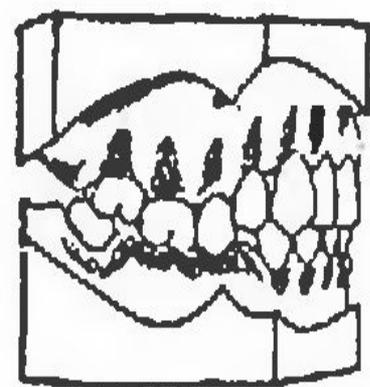
- повышенная стираемость эмали и дентина;
- патологическая подвижность;
- образование десневых и костных патологических карманов;
- уменьшение межальвеолярной высоты (зубоальвеолярное укорочение);
- следствие: **изменение функции жевательных мышц и ВНЧС.**

Рентгенологическая картина

- расширение периодонтальной щели.
деформация;
- атрофия зубной альвеолы;
- зоны остеопороза локализуются в пародонте зубов, имеют строго локализованный характер.

Классификация деформация зубных рядов

- 1) вертикальное перемещение верхних и нижних зубов (одностороннее, двустороннее);
- 2) взаимное вертикальное перемещение верхних и нижних зубов;
- 3) дистальное и мезиальное перемещение верхних и нижних зубов;
- 4) наклон зубов в язычно-небном и щечном направлениях;
- 5) поворот зубов вокруг оси;
- 6) комбинированное перемещение.



а

б

в

г



д

е

Рис. 6.5. Классификация деформаций зубных рядов (Е. И. Гаврипов):

а — вертикальное перемещение верхних зубов; б — взаимное вертикальное перемещение верхних и нижних зубов с блокадой сагиттальных движений нижней челюсти; в — вертикальное перемещение нижних зубов; г — мезиальное перемещение ЗВ зуба; д — язычный наклон нижних зубов; е — небный наклон верхних зубов

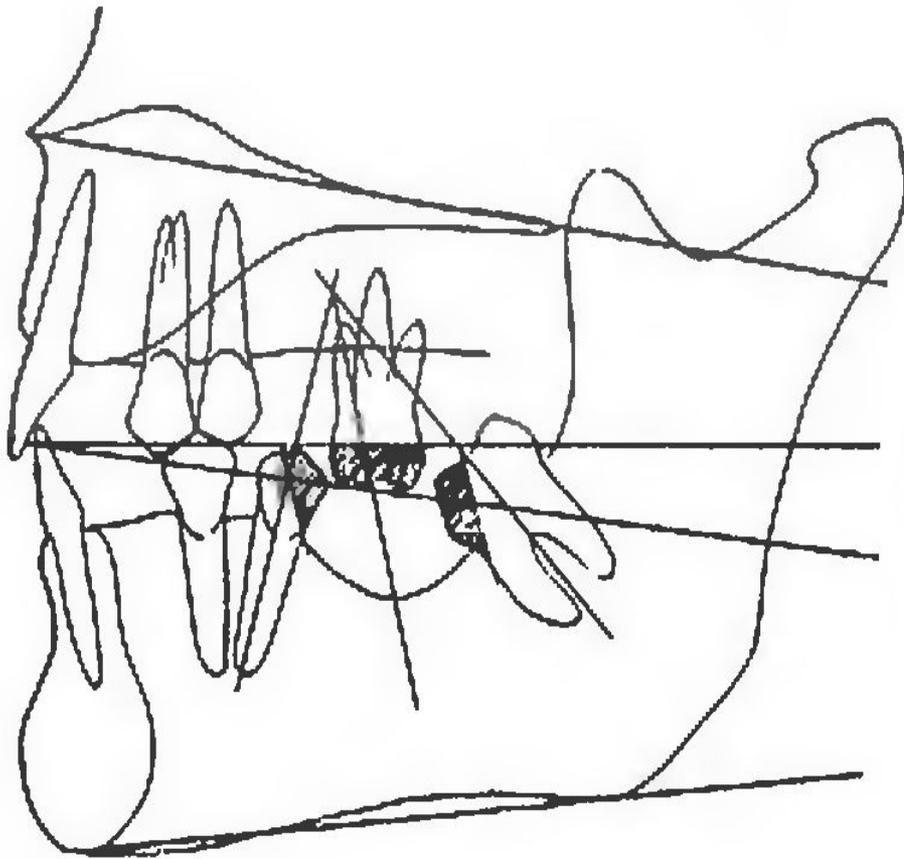


Рис. 6.10. Схема рентгенограммы, иллюстрирующая расчет сошлифовывания твердых тканей переместившихся зубов (В. Н. Трезубов, Ю. К. Курочкин)

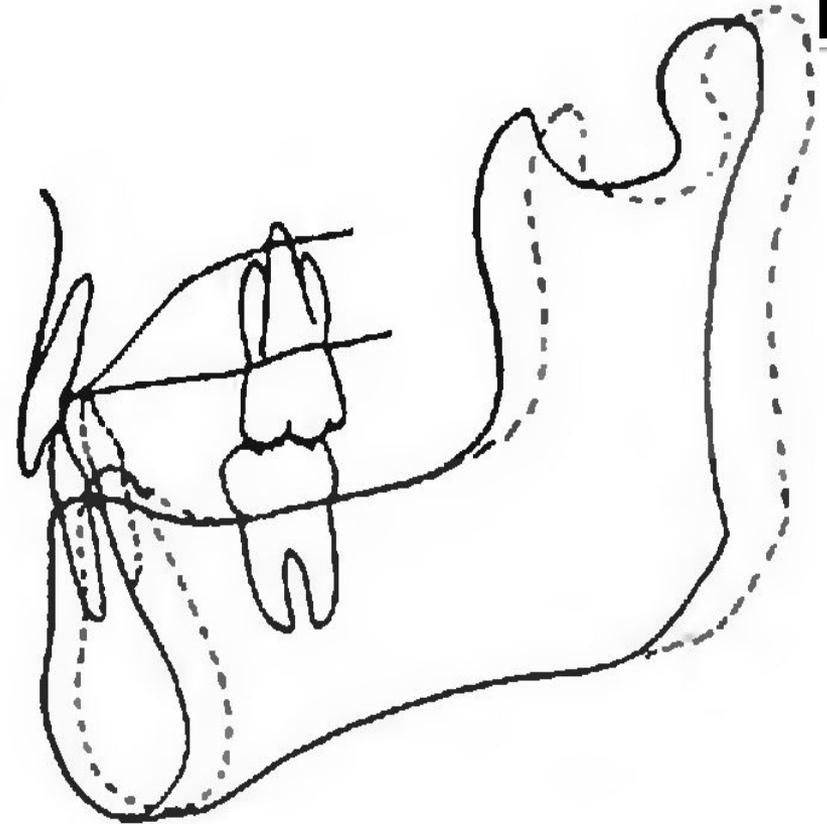


Рис. 6.11. Дистальный сдвиг нижней челюсти (пунктирный контур) при потере боковых зубов

Теория артикуляционного равновесия Годона

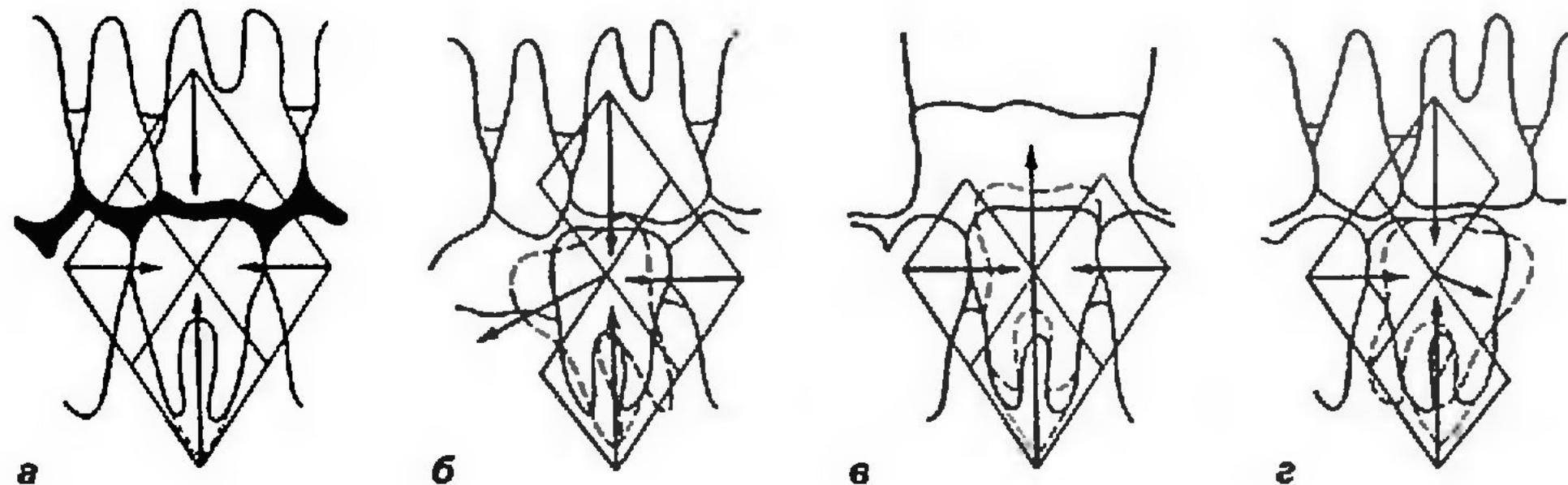


Рис. 6.12. Схема артикуляционного равновесия Годона:

а — при наличии всех зубов равнодействующая всех сил, действующих на моляр, равна нулю и зуб неподвижен; б — при потере антагониста зуб выдвигается из лунки; в, г — при потере соседнего зуба моляр наклоняется в сторону дефекта

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТРЕ ЗУБОВ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1. Профессиональная чистка;

2. Депульпирование зубов:

а. необходимость удаления толстого слоя твердых тканей;

б. при значительном мезиальном наклоне зуба;

в. необходимость значительного укорочения коронки зуба;

г. шинирование зубов при значительном уменьшении высоты клинической коронки.

3. Расширение корневых каналов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СПЕЦ. ПОДГОТОВКА

1. Удаление экзостозов;
2. Резекция альвеолярной части;
3. Удаление подвижной СО;
4. Устранение тяжелой СО;
5. Удаление небного валика;
6. Удаление аномально расположенных и подвижных зубов;
7. Альвеопластика;
8. Углубление дна полости рта;
9. Гингивэктомия;
10. Имплантация.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СПЕЦ. ПОДГОТОВКА

1. Выравнивание окклюзионной поверхности путем повышения межальвеолярной высоты;
2. Выравнивание окклюзионной поверхности путем укорочения зубов;
3. Ортодонтический (аппаратный) метод исправления окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов.
4. Комбинированный (аппаратно-хирургический) метод.