

[https://vk.com/doc508813112\\_54983434?z=doc-992039am126&ab463049&as5698713000fe3](https://vk.com/doc508813112_54983434?z=doc-992039am126&ab463049&as5698713000fe3)  
**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**

**Методы обследования тканей  
пародонта.**

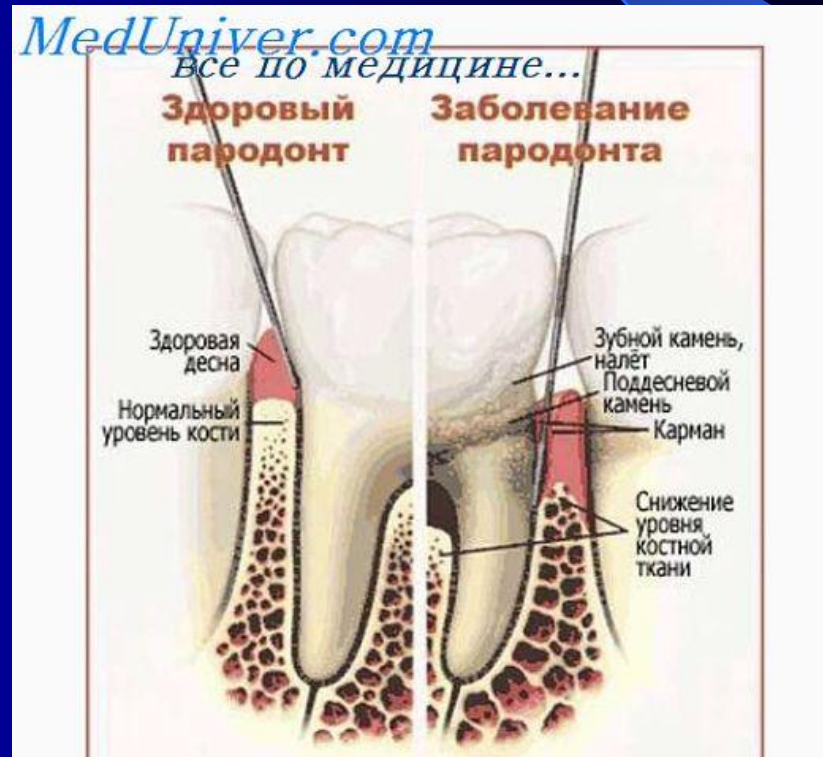
**Травматическая окклюзия.**

**Задачи ортопедического лечения**

**доцент Северинова С К**

# Понятие «пародонт»

- Объединяет цемент корня, периодонт, костную ткань альвеолярной части челюсти, десну.



## **Классификация заболеваний пародонта по ВОЗ**

(Утверждена на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов, ноябрь, 1983г.)

**1. Гингивит** - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

**2. Пародонтит** - воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе и абсцедирующее), ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.



## **Классификация заболеваний пародонта по ВОЗ**

**3. Пародонтоз** - дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: генерализованный.

**4. Идиопатические заболевания** пародонта с прогрессирующим лизисом тканей.

**5. Пародонтомы** - опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

# Методы обследования

1. ЖАЛОБЫ
2. Анамнез пациента
3. Осмотр
4. Индексная оценка состояния пародонта
5. Диагностические методы
6. Функциональные методы исследования пародонта
7. Методы исследования костной ткани челюстей

## Лабораторные методы диагностики:

Цитологические

Микробиологические

Биохимические и иммунологические

# ЖАЛОБЫ:

- **Отсутствие зубов**
- **Кровоточивость десен от механических раздражителей**
- **Зуд, чувство онемения и жжения в деснах, боль в десне**
- **На подвижность зубов**
- **Гноетечение из пародонтальных карманов**
- **Неприятный запах изо рта**
- **образование промежутков между зубами (трем и диастем)**
- **обнажение шеек зубов (удлинение зубов, изменение их формы).**

# АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ:

- **Врач должен выяснить**
- **время, когда впервые замечено заболевание,**
- **определить связь с местными раздражающими факторами или перенесенными и общими заболеваниями.**
- **Необходимо выяснить динамику развития патологического процесса,**
- **возникающие обострения и возможные его причины,**
- **какое и когда проводилось лечение и его эффективность.**

# **АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ:**

**Уточняются паспортные данные,  
профессия,  
наличие или отсутствие проф.вредностей,  
характер питания  
стрессовые состояния,  
экологические и социальные,  
бытовые условия жизни,  
соблюдения гигиены полости рта.**

**Необходимо выяснить наследственную  
связь, наличие вредных привычек, а  
также аллергологический анамнез.**



# Системное обследование с учетом рекомендаций ВОЗ

- Внеротовая область головы и шеи
- Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани
- Зубы и ткани пародонта.

# Обследование больного с заболеванием пародонта

- Профиль лица не изменен или становится выпуклый
- Лицо симметрично
- Пропорционально или нижняя часть лица укорочена.
- Обследования ВНЧС
- Степень открывания рта и движения н/ч.

# Системное обследование с учетом рекомендаций ВОЗ: исследование в (7 шагов)

- В1 кожа и красная кайма губ
- В2 Слизистая губы переходная складка
- В3 Углы рта и слизистая щек
- В4 Десна и альвеолярный край
- В5 Язык
- В6 Дно полости рта
- В7 Твердое и мягкое небо.

# Обследование больных с заболеваниями пародонта

- При внутриротовом осмотре обращают внимание на:
  - глубину преддверия полости рта - измеряют расстояние от края десны до дна преддверия градуированным инструментом. По классификации Пакалнса Г. Ю.
    - ( мелкое - до 5мм, среднее 5-10 мм, глубокое – более 10 мм);

# Измерение преддверия полости рта.





- Особое значение отводят осмотру формы прикрепление щечных тяжей, уздечек губ  
**Нормальная уздечка** представляет собой тонкую треугольную складку слизистой оболочки с широким основанием на губе, расположенную примерно на 0,5 см от десневого края.



# Короткая и широкая уздечка верхней губы



# При осмотре десны

## оценивают

- Цвет (бледно-розовый, гиперемизированный, цианотичный, бледный),
- контур, конфигурация.
- расположение десневого края
- Кровоточивость
- Болезненность
- характер воспаления (катаральный, язвенно-некротический, гиперпластический), распространенность.
- сохранность зубодесневого соединения
- глубину зубодесневого кармана.
- Рецессия десны

# Здоровая десна



- **В норме:** здоровая десна бледно-розового цвета. Межзубные сосочки в норме остроконечные. Здоровая десна имеет плотную консистенцию, безболезненна, кровоточивости и выделений из десневого желобка не отмечается.



При заболеваниях пародонта характерны отечность, изменение конфигурации, сглаженность рельефа и изменение цвета десны (гиперемия, цианотичность).

При **хроническом воспалении** десневой край становится фестончатым. При образовании пародонтальных карманов десна становится цианотичными, с утолщенным валиком по краю, отмечаются вертикальные участки застойной гиперемии, пальпация может быть слабо болезненной, может быть незначительная кровоточивость.

При **острых и обострившихся хронических** процессах десна отекает, рыхлая, болезненная при пальпации, может быть кровоточивость и гноетечение из зубодесневых карманов.



## Осмотр Зубных рядов у больных с заболеванием пародонта

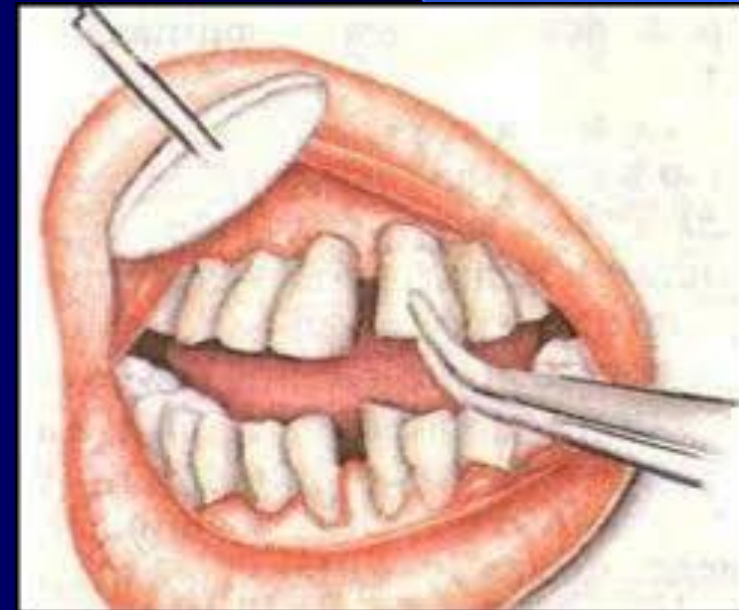
- формы З.Р. могут быть в норме или верхний зубной ряд удлиняется (за счет протрузии зубов), нижний зубной ряд может укорачиваться (за счет ретрузии зубов) или удлинен.
- формы окклюзионной поверхности зубного ряда (выявляют вертикальную деформацию-феномен Годона, или формы зубоальвеолярного смещения (по Пономаревой)
- Дефектов зубных рядов (по классификации Кеннеди)
- Соотношение зубных рядов.

## Исследование зубов

- -Цвет , размеры, обнажение шеек зубов.
- Наличие зубного камня и налета.
- -Положение зубов(вестибулярное или оральное, мезио-дистальное смещение, скученность зубов , поворот зуба по оси.
- -Контактные пункты между зубами (диастемы , тремы )
- Качества зубов (кариозных , не кариозных поражений ,наличие пломб )
- Качество ортопедических конструкций
- Стираемость зубов
- Подвижность зуба .

# Определение подвижности зубов (пародонтометрия)

- Д. Свараков и Е. Атанасов предложили определять подвижность зубов в мм.
- 1 степень отклонение зуба до 1 мм
- 2 степень – до 2 мм.
- 3 степень от 2 мм и более





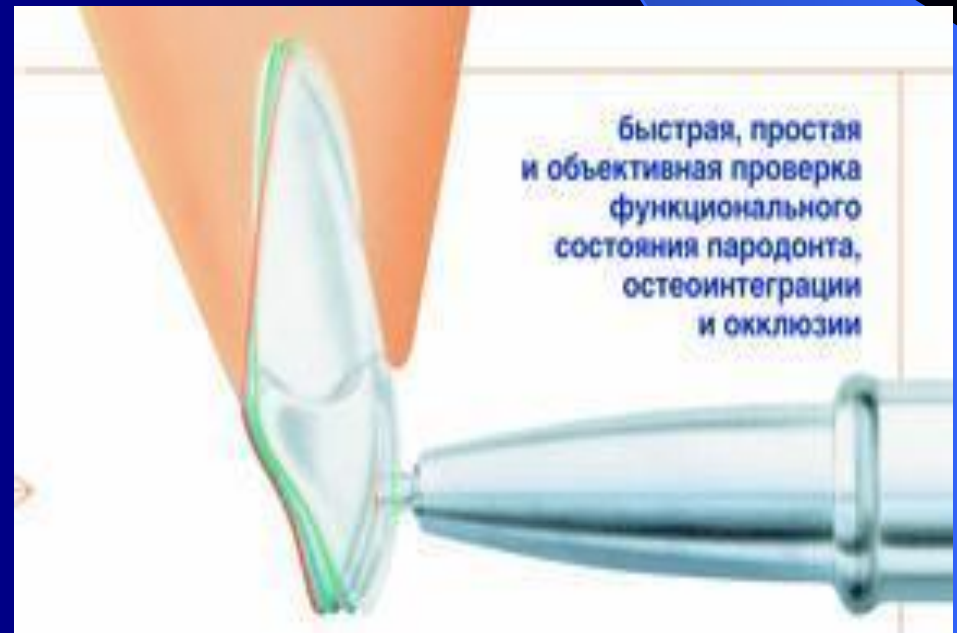
## Определение подвижности зубов (пародонтометрия)

- проводят с помощью пинцета или зонда, приложив к зубу незначительное усилие в вестибулярном, оральном, медиальном, дистальном и вертикальном направлениях.
- Выделяют **3 степени подвижности зубов**
- **1 ст.** – зуб отклоняется в вестибуло-оральном направлении .
- **2 ст.** – кроме указанной выше подвижности, есть подвижность в мезиодистальном направлении
- **3 ст.** - кроме указанных перемещений, зуб визуально подвижен в вертикальном направлении.

## Определение подвижности зубов (пародонтометрия)

С этой же целью можно проводится с помощью прибора "Периотест С".

- **"Периотест"** вычисляет способность тканей пародонта вернуть зуб в исходное положение после действия на него определенной внешней нагрузки (функциональной или патологической).



**Рецессия десны** –это изменение уровня поверхности десны относительно поверхности зуба, которое ведет к обнажению корня зуба .

**Основные причины заболевания:**

Воспалительные процессы в тканях десны (гингивит, пародонтит и т. д.).

Патологический прикус.

Вредные привычки (частое держание во рту посторонних предметов: ручки, карандаши)

Травматическая чистка зубов

Особенности строения полости рта, десны, зубов

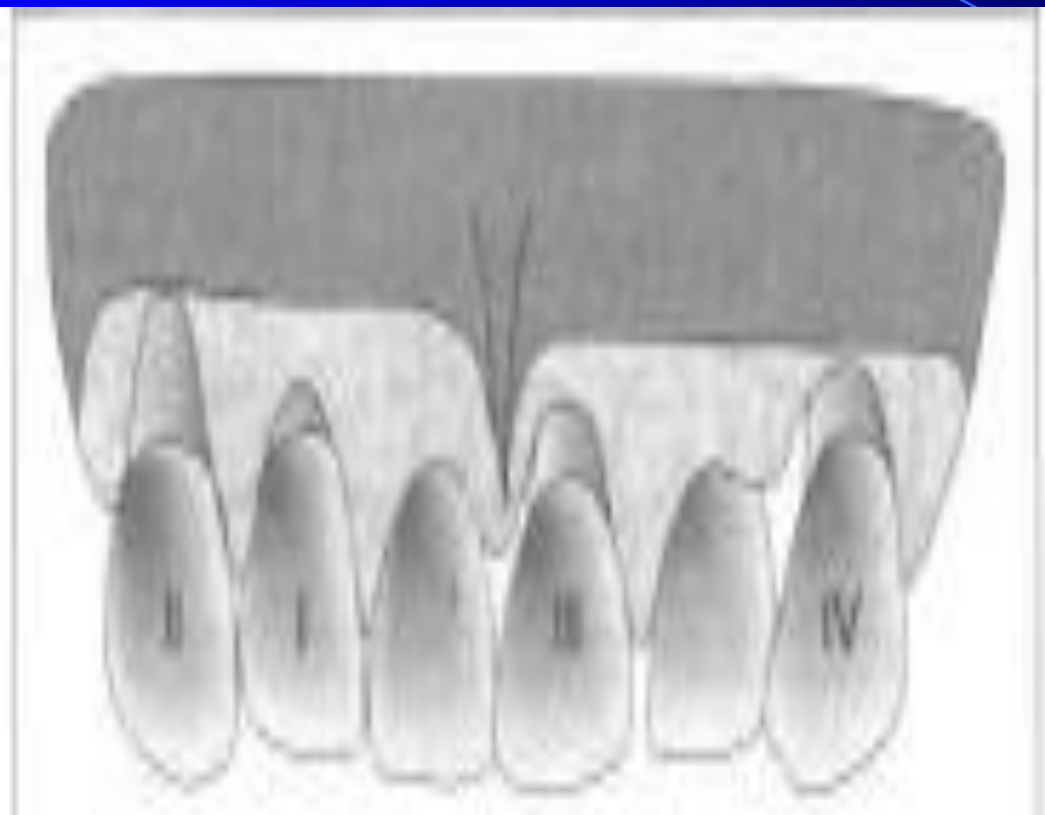
Возрастные изменения тканей десны

**Виды рецессии:**

- 1.Травматическая (локализованная, генерализованная)
- 2.Симптоматическая (локализованная, генерализованная)
- 3.Физиологическая (системная) - физиологическое старение периодонта.

**По степени тяжести:**

легкая(до 3 мм),  
средней тяжести (3-5мм),  
тяжелая (6 мм и более).



1 кл.- рецессия не доходит до слизисто-десневой границы

2 кл.- рецессия переходит слизисто-десневую границу.

3 кл.- апроксимальная потеря прикрепления (потеря десневых сосочков)

4 кл.- апроксимальная потеря прикрепления в сочетании с нарушениями положения зуба.

Рецессия десны в области 31,41 зубов  
симптоматическая локализованная . тяжелой  
тяжести(6 мм) 3 класс по Миллеру(потеря  
десневого сосочка).





# Изучение зубодесневого кармана с помощью пародонтального зонда.

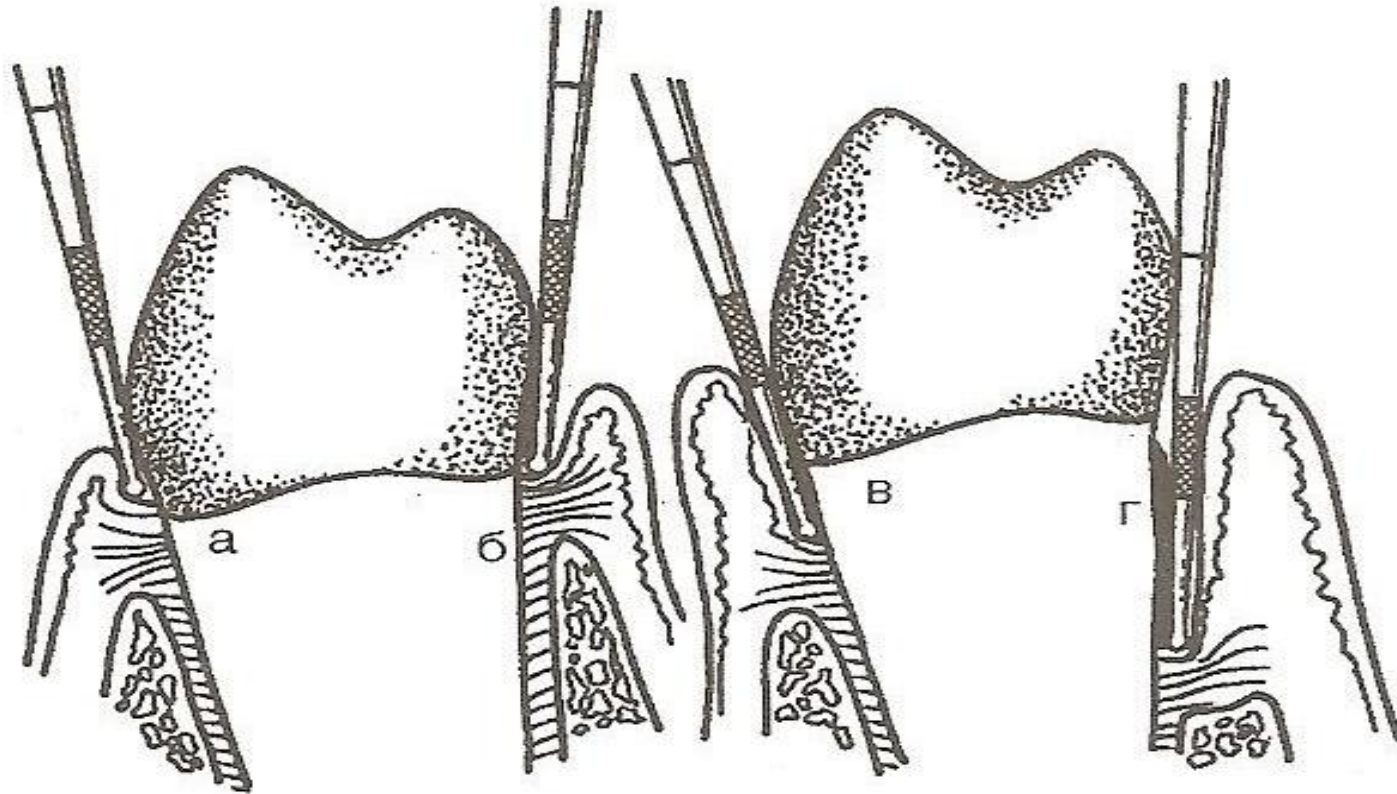


Рис. 65. Определение индекса CPITN:

а — пародонтальный зонд осторожно введен в десневую щель. Возможна кровоточивость; б — зонд в неглубоком десневом кармане с поддесневым камнем. Оценка 2 балла; в — карман более 3,5 мм. Оценка 3 балла; г — темная часть зонда погружена под десну. Оценка 4 балла. (CPITN — clinical parodontal index treatment needing.)

# Изучение пародонтального кармана .



Пинцет для маркирования глубины десневых карманов (Crane Caplan)



Нанесение точек кровоточивости с помощью пинцета для маркирования глубины десневых карманов.

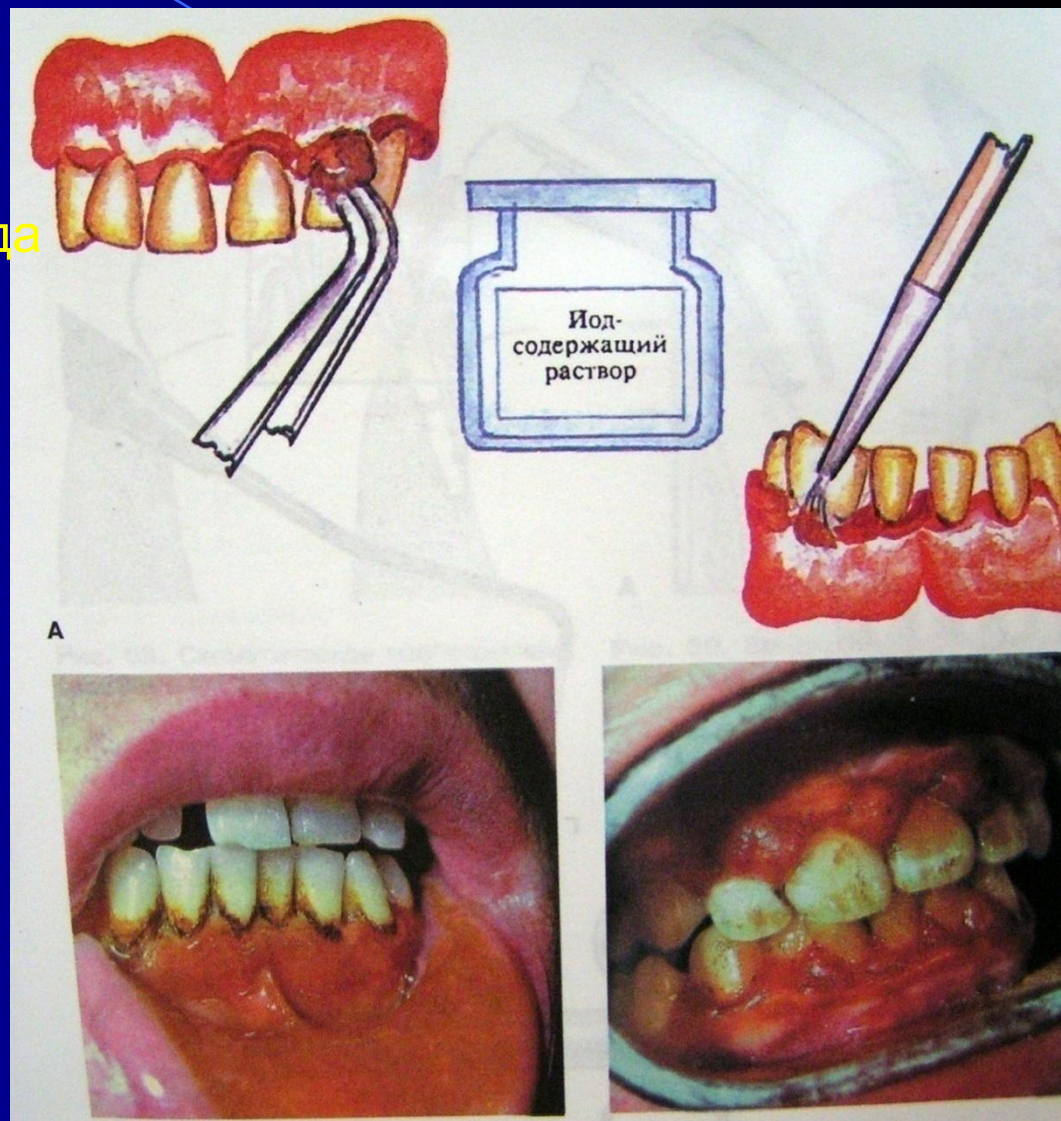
# Лабораторные методы

- **Цитологическое** исследование содержимого пародонтальных карманов позволяет судить о защитных реакциях организма, степени фагоцитоза.
- **Бактериологическое** определение микрофлоры полости рта позволяет правильно подобрать антибактериальные средства.
- Для оценки тяжести и активности процесса в пародонте, прогнозирования течения заболевания применяют **иммунологическое исследование**, определяют активность Т и В-лимфоцитов, титр комплемента в сыворотке крови, содержание циркулирующих иммунных комплексов, изучают аллергологический статус организма.



# Проба Шиллера-Писарева (индексная оценка пародонта).

- Основана на прижизненной окраске гликогена десны йодсодержащим раствором.
- Состав - 1 г йода, 2 г калия йодида и 40 мл дистиллированной воды.
- Показана для выявления зубного налета и степени воспаления десны
- Может служить объективным тестом оценки эффективности проведенного лечения;
- для дифференциальной диагностики.

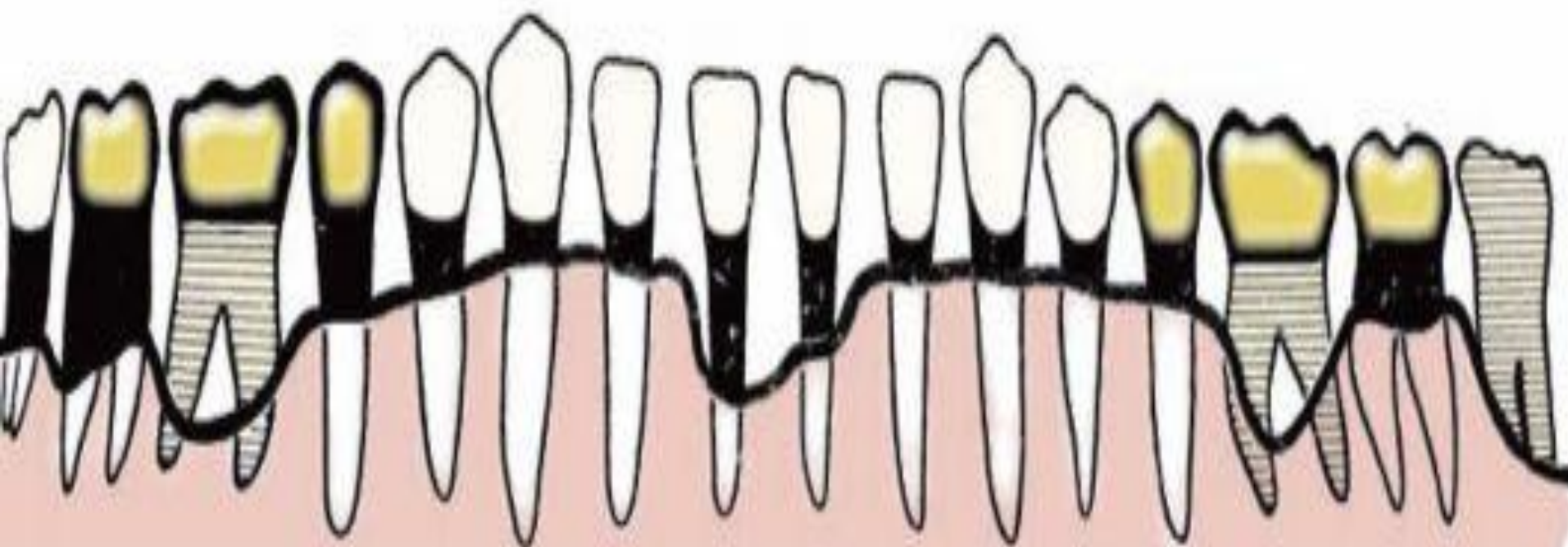
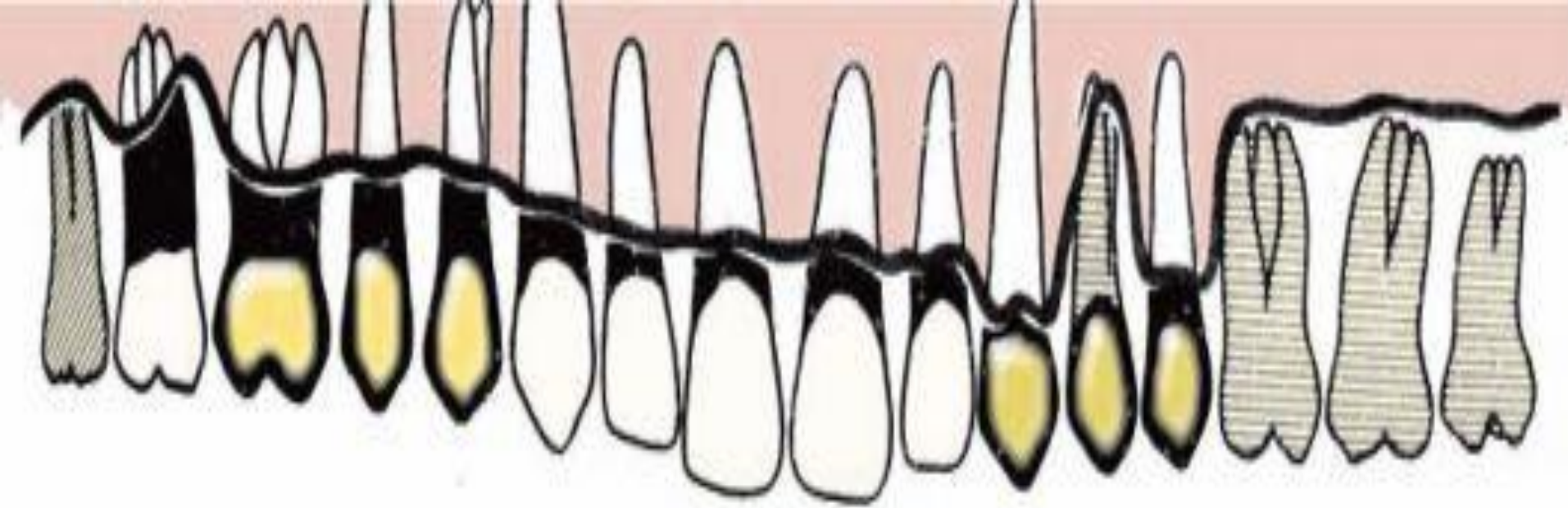


## *Графическая регистрация результатов исследования*

- **Пародонтограмма** - упрощенная графическая форма регистрации клинических параметров, полученных в ходе инструментального исследования пародонта и зубных рядов.
- Для оформления пародонтограммы используют данные зондирования кармана и определения патологической подвижности зуба и рецессии десны.







## Графическая регистрация результатов исследования

- Система «**Florida Probe**» представляет собой современный программно-диагностический комплекс, позволяющий провести точное исследование состояния десен (пародонта) пациента результаты записываются в компьютер в виде электронной пародонтограммы.





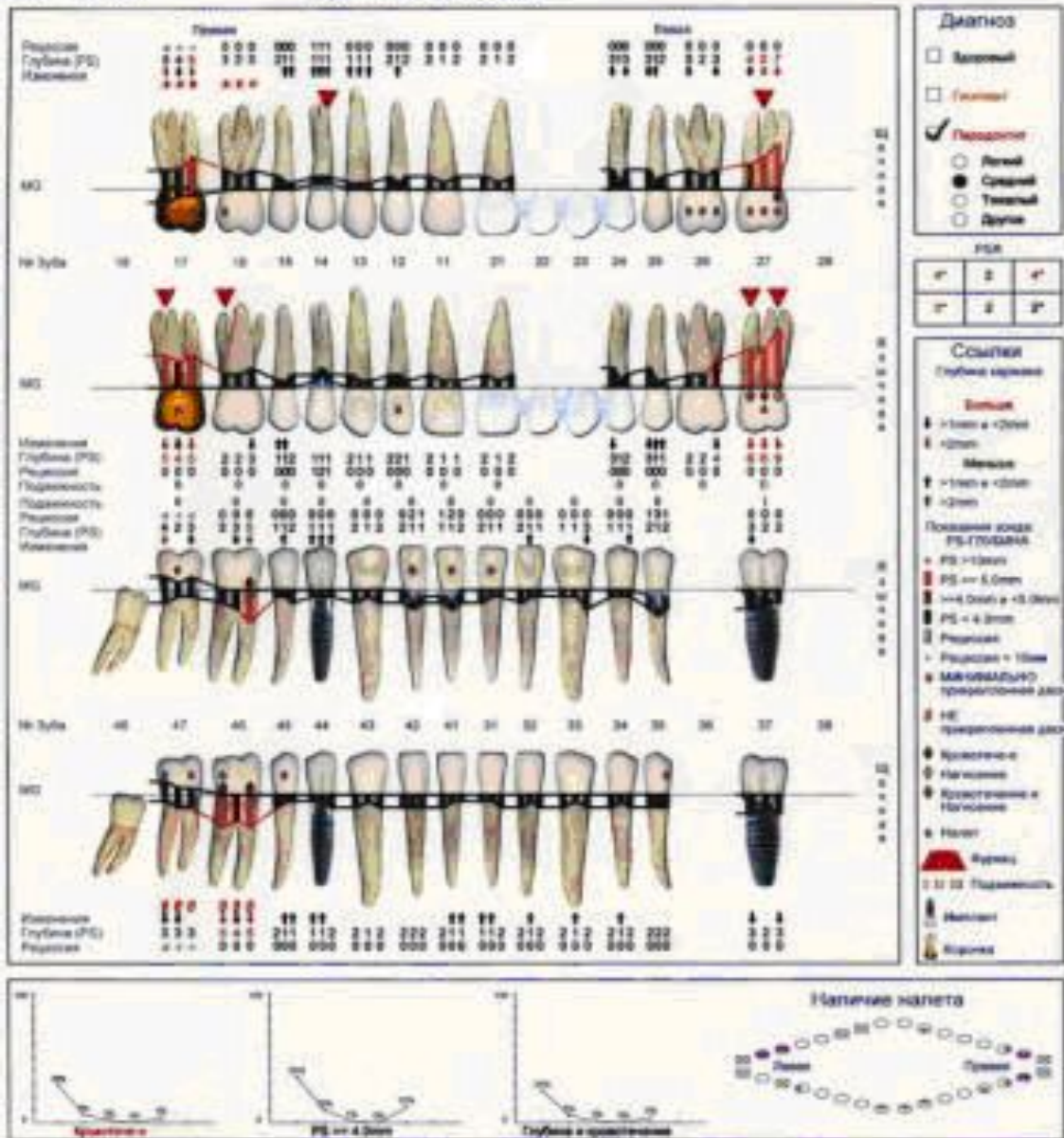


**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ**

№ карты:  
Ф.И.О.: Иванова Елена Петровна  
Обследоват:  
Дата: 14.08.2008 Сравните с данными от:

# электронная пародонтограмма

Перед креслом пациента установлен монитор, на который выведено схематичное изображение его зубов. Когда врач при помощи пародонтологического зонда присоединённого к датчику, исследует тот или иной зуб, компьютер озвучивает диагноз (например: «нагноение в 27 зубе» и т.д.). При этом на экране зуб окрашивается определённым цветом — в зависимости от вида поражения десны и зуба.



- **Результат диагностики Florida Probe** – индивидуальная пародонтическая карта, представляющая следующие данные:
- глубину пародонтальных карманов с точностью до 0,2 мм;
- состояние костной ткани в областях бифуркации корней;
- степень подвижности зубов;
- атрофию десны в цервикальных областях зубов (рецессия десны);
- наличие зубного налета;
- наличие воспалений и кровотечений в десневых карманах.

# «Florida Probe»

- Пародонтограмма в распечатанном виде может быть передана пациенту.



# Рентгенологические методы

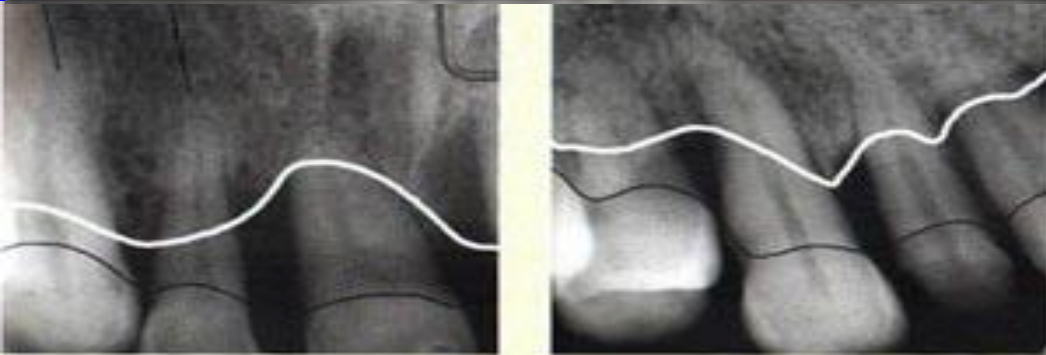
- позволяют определить наличие, характер, степень и распространенность патологических изменений в костной ткани челюстей, провести дифференциальную диагностику болезней пародонта.
- Для диагностики изменений пародонта оценивают:
- **внутриротовые контактные и интерпроксимальные рентгенограммы;**
- **внеротовые - панорамные рентгенограммы и ортопантомограмму,**
- **проводят трехмерное томографическое исследование**
- **радиовизиографию**
- **компьютерную томографию челюстей.**





**Ортопантомография** - позволяет получить изображения обеих челюстей на одной пленке в состоянии окклюзии, тела челюсти, зубных рядов, полости носа, верхнечелюстных синусов.

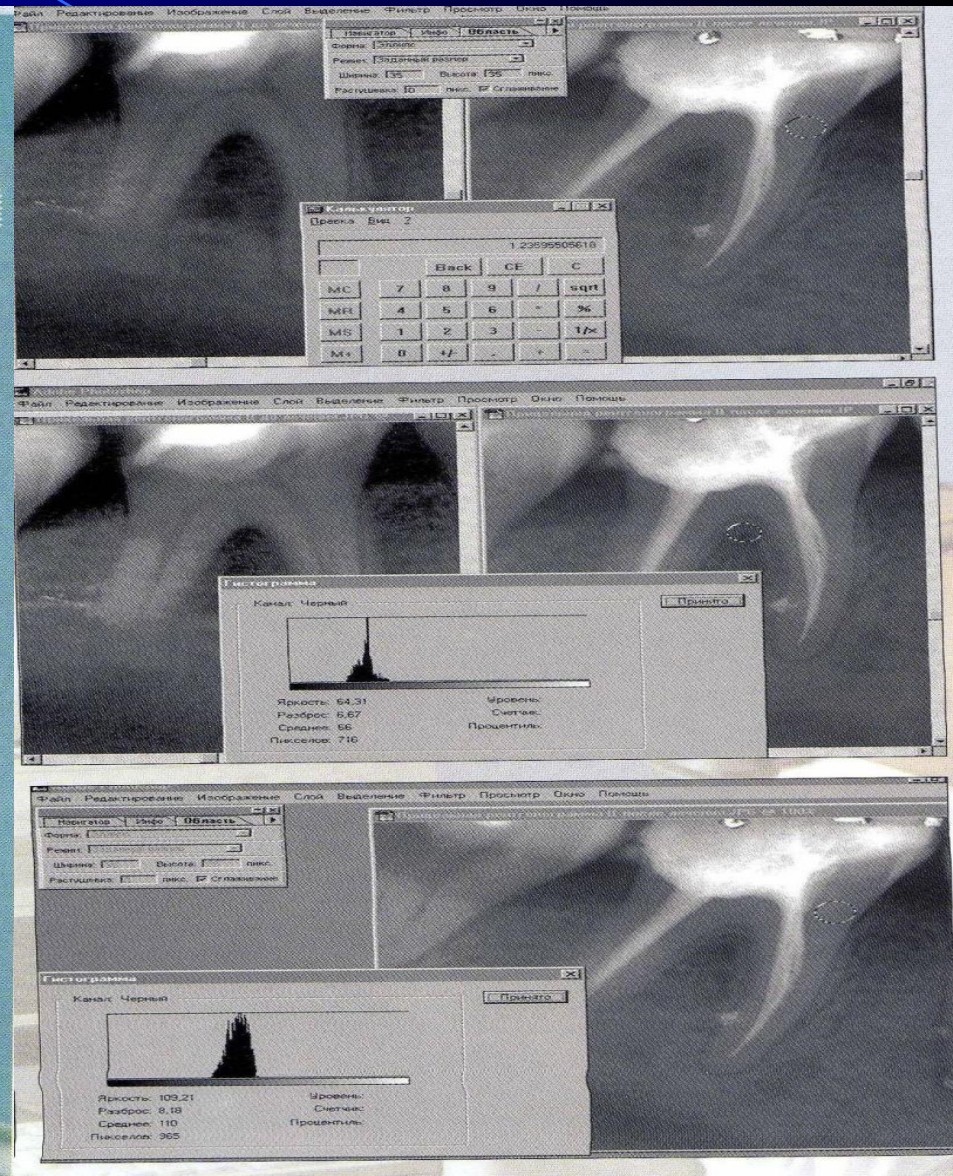
Ортопантомограмма дает полную информацию о состоянии губчатого вещества костной ткани и четко отображает изменения альвеолярной кости при заболеваниях пародонта



- Рентгенологическая картина здорового пародонта - уровень костной ткани в норме
- Разрушение кости при пародонтите.
- Белой линией показан уровень костной ткани при пародонтите.
- Черной — уровень костной ткани в норме.



# Цифровая панорамная рентгенография



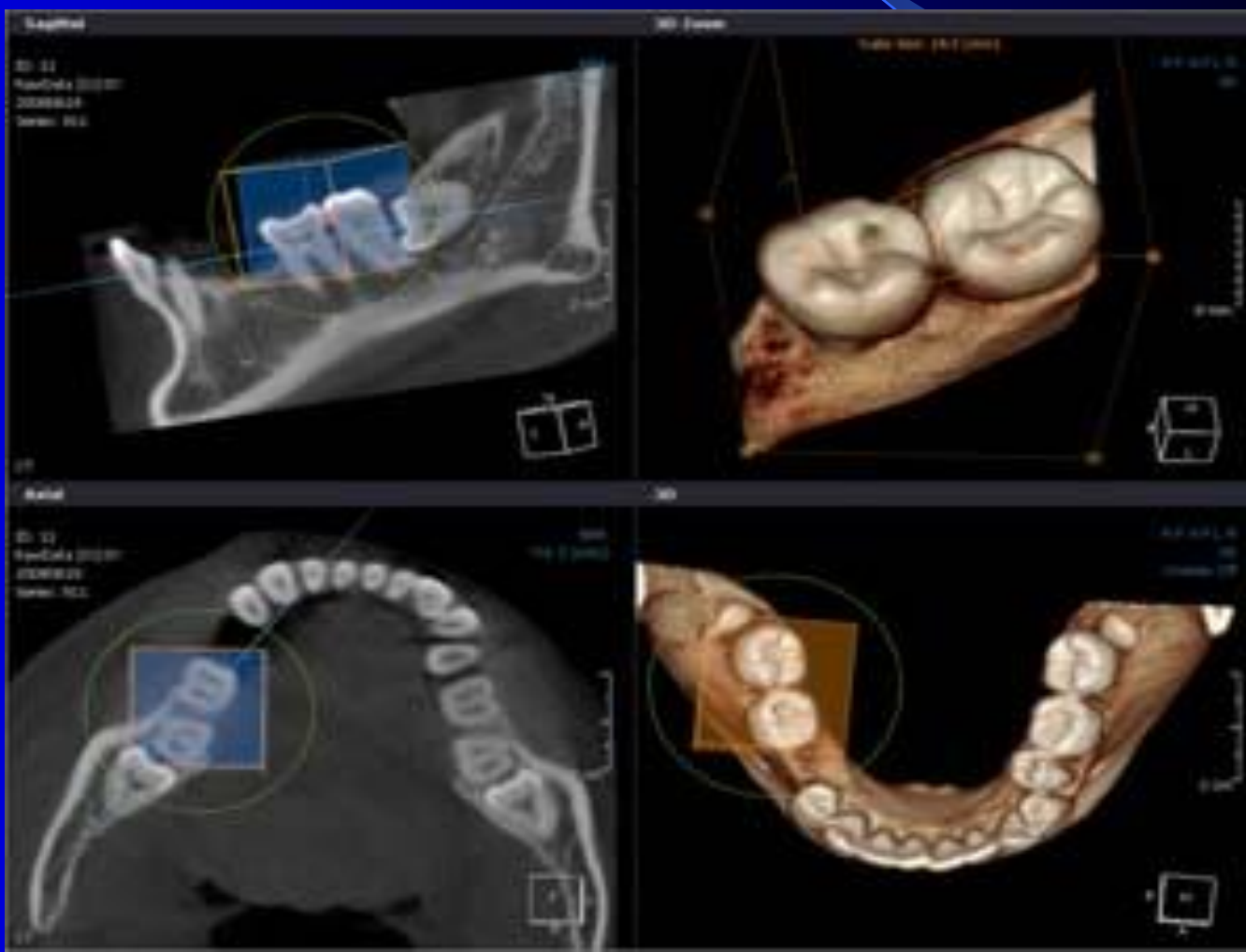


# 3D PLANMEGA



- Цифровой панорамный рентген с сенсорным интерактивным управлением с полноценными томографическими функциями

**Трехмерная компьютерная томография** - это современное рентгенологическое исследование, при котором изображение получают с помощью ограниченного луча компьютерного рентгеновского томографа.



## Функциональные методы исследования

**Гнатодинамометрия** измеряет силу давления на зубы-антагонисты при максимальном произвольном сжатии челюстей.

Гнатодинамометрия измеряет только вертикальную силу, не учитывая горизонтальную.

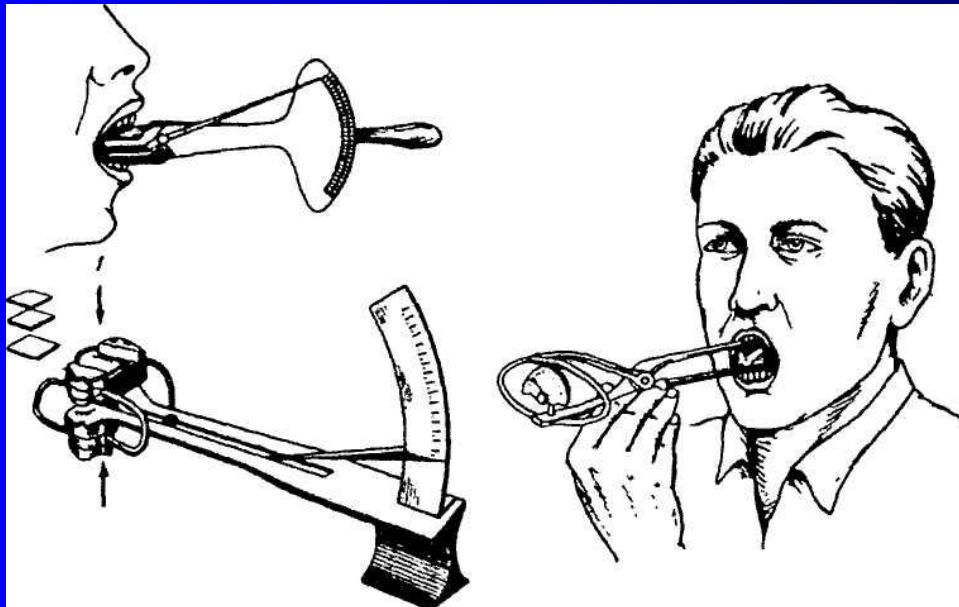


Рис. 48. Электронный гнатодинамометр И. С. Рубинова и Л. М. Перзашкевича.



# Гнатодинамометрия

- Каждый зуб имеет резервные силы неиспользуемые при дроблении пищи.
- Эти силы примерно равны половине возможной нагрузки , выносимой пародонтом в норме.
- Пародонт зуба может вынести нагрузку в два раза больше , чем она развивается во время прожевывания пищи.

# Графическая регистрация результатов исследования

## исследования

- **Одонтопародонтограмма** это графическое изображение зубного ряда и пародонта, которое дает наглядную картину состояния опорного аппарата сохранившихся зубов. представляет собой схему-чертеж, в которую заносят данные о каждом зубе после клинических, рентгенологических исследований и гнатодинамометрии.
- К условным обозначениям относятся:
  - N - без патологических изменений;
  - 0 - зуб отсутствует;
  - 1/4 - атрофия первой степени;
  - 1/2 - атрофия второй степени;
  - 3/4 - атрофия третьей степени.
- Атрофию более 3/4 относят к четвертой степени, при которой зуб удерживается мягкими тканями и подлежит удалению.
- Выносливость опорных тканей пародонта обозначают условными коэффициентами, которые определяют путем гнатодинамометрии у людей, не имеющих болезней пародонта.

# Подготовленная к анализу одонтопародонтограмма

9,3					6,6						9,3					
2,0	3,0	3,0	1,3	—	1,1	1,0	1,2	1,2	1,0	1,1	—	1,3	3,0	3,0	2,0	25,2
N	N	N	1/4	0	1/4	N	N	N	N	1/4	0	1/4	N	N	N	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1/4	0	1/4	1/4	N	1/4	0	1/4	1/4	0	1/4	1/4	N	1/4	N	N	
1,5	—	2,25	1,3	1,75	1,5	0,5	0,75	0,75	—	1,1	1,3	1,75	2,25	3,0	2,0	21,7
6,8					4,6						10,3					

# Одонтопародонтограмма

- Посредине чертежа располагается ряд клеток с обозначением зубной формулы,
- а над и под этим рядом расположены клетки в которые заносятся данные о состоянии зубов и костной ткани пародонта ( норма, степень атрофии, отсутствие зубов).
- Затем идёт ряд клеток, в которых выставляют данные остаточной силы опорных тканей, выраженных в условных коэффициентах.
- После заполнения схемы-чертежа условными обозначениями проводят сложение коэффициентов верхней и нижней челюсти. На основании суммарных данных определяют силовые соотношения между зубными рядами челюстей.



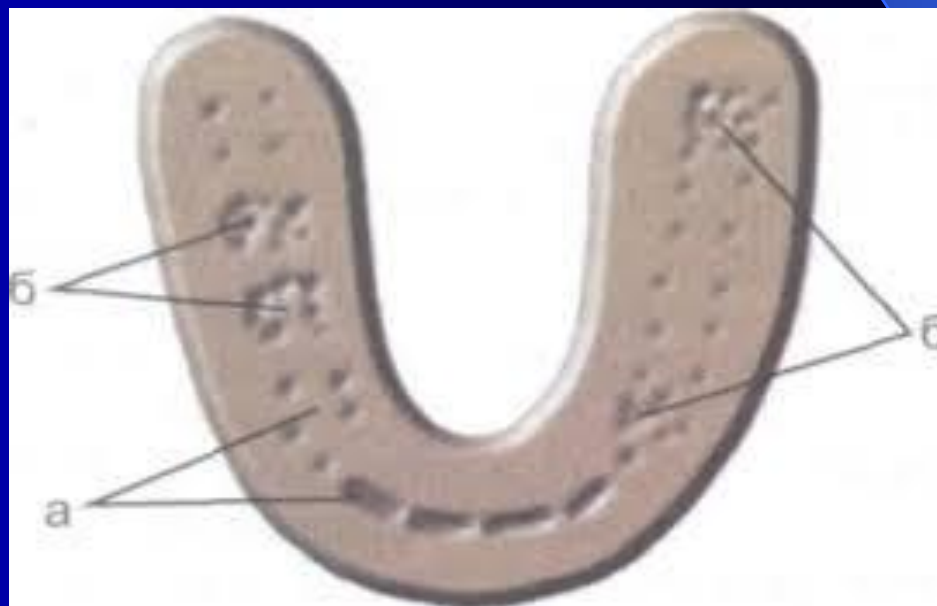


# Одонтопародонтограмма

- Дает возможность:
- 1. определить протяженность шинирующих конструкций.
- 2. Установить количество опорных зубов для мостовидного протеза и кламмеров для съемных протезов.
- 3. Сравнить силовые отношения между группами зубов и зубных рядов , для их выравнивания.



- **Окклюзиография** – метод получения окклюзионных контактов на тонких пластинках воска при смыкании зубных рядов.



# Характер окклюзионных контактов уточняют с помощью метода окклюдзиографии.



**Слабое давление**      **Сильное давление**

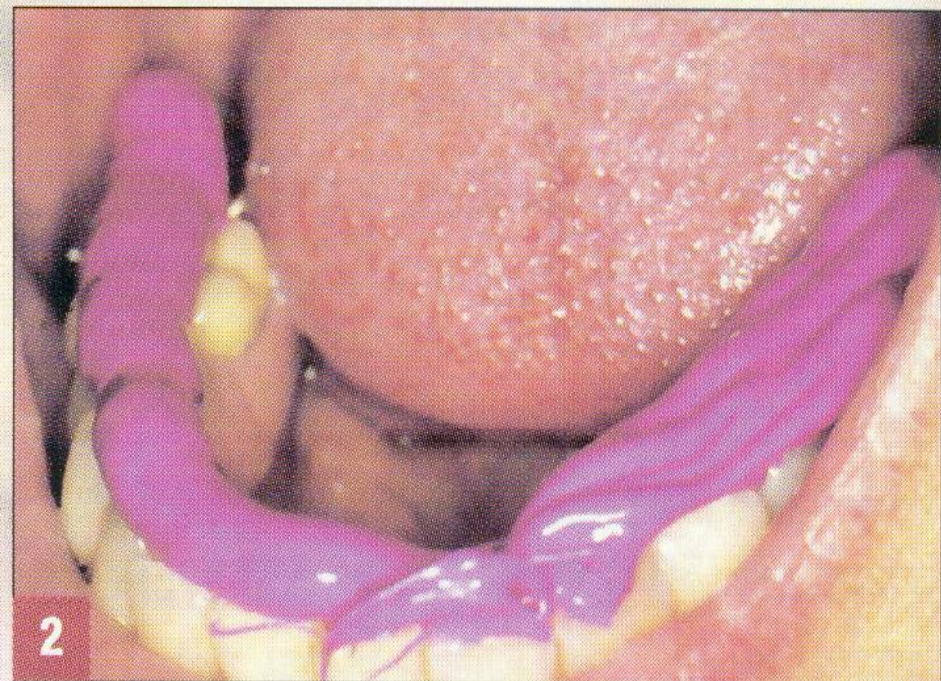
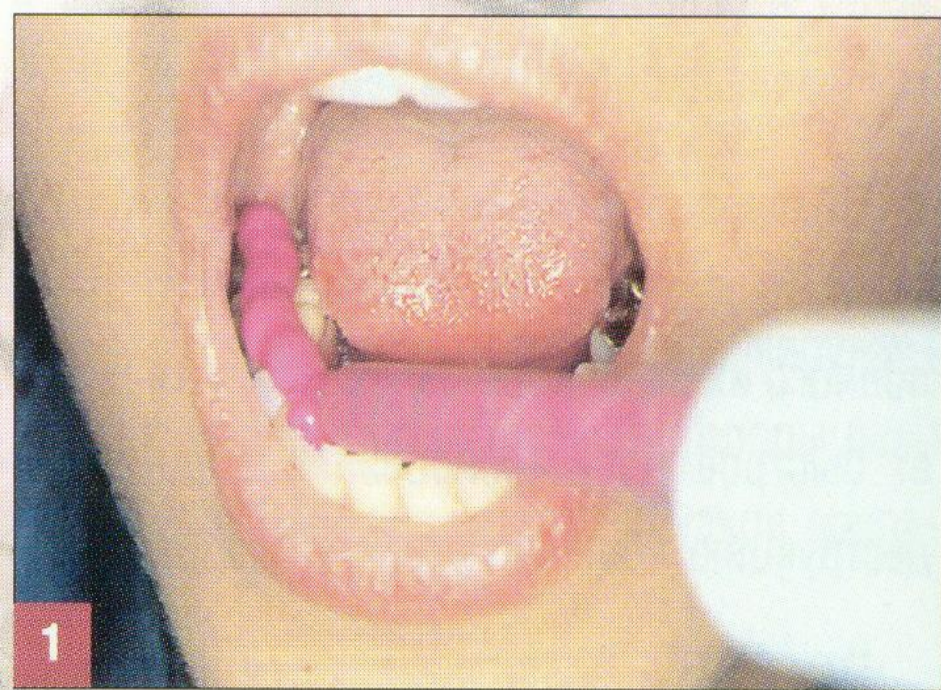
При выраженных преждевременных контактах зубов (= высокое давление при накусывании) высвобождается значительное количество краски, в то время как при нормальных контактах (= низкое или нормальное давление при накусывании) высвобождается соответственно меньшее количество краски.

# Преждевременный контакт на 41



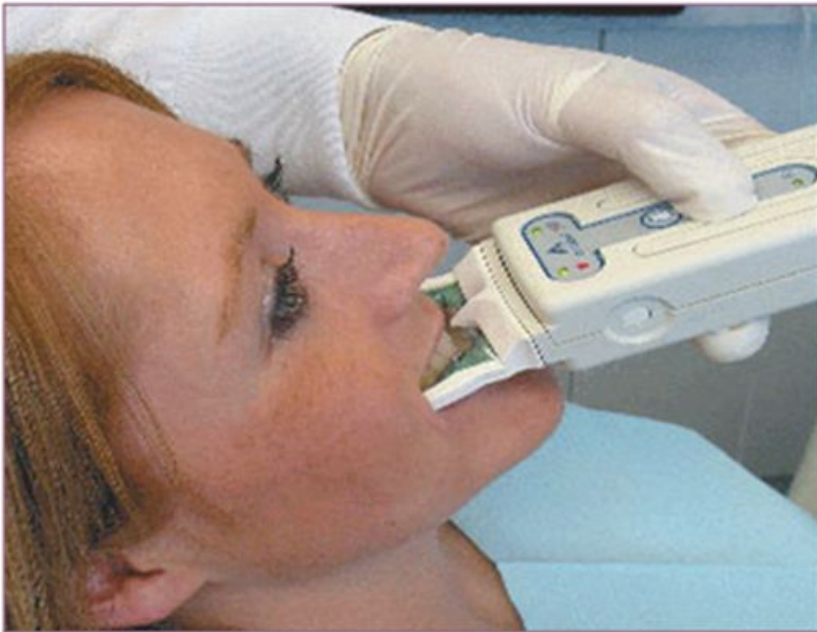








С помощью аппарата T-Scan , провести компьютерную диагностику окклюзии и повысить ее точность.





# диагностическая модель

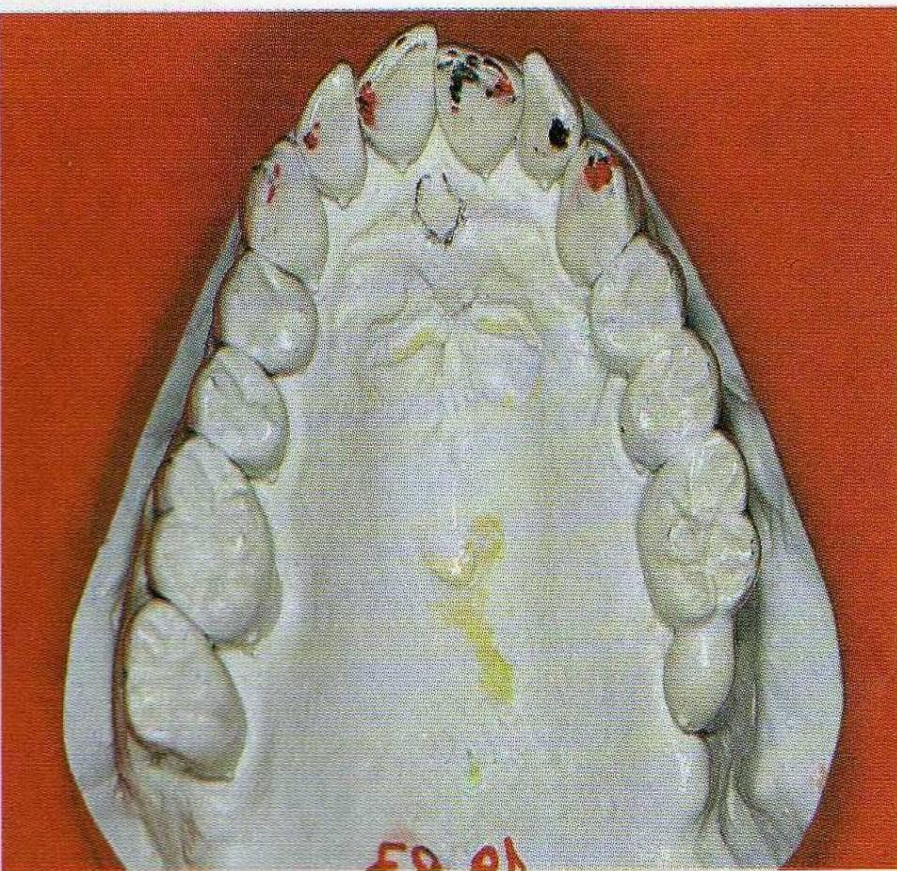


Рис. 28. Контроль окклюзии на верхней челюсти перед окончательной фиксацией протеза (из артикулятора удалена модель верхней челюсти с обозначенными преждевременными контактами).

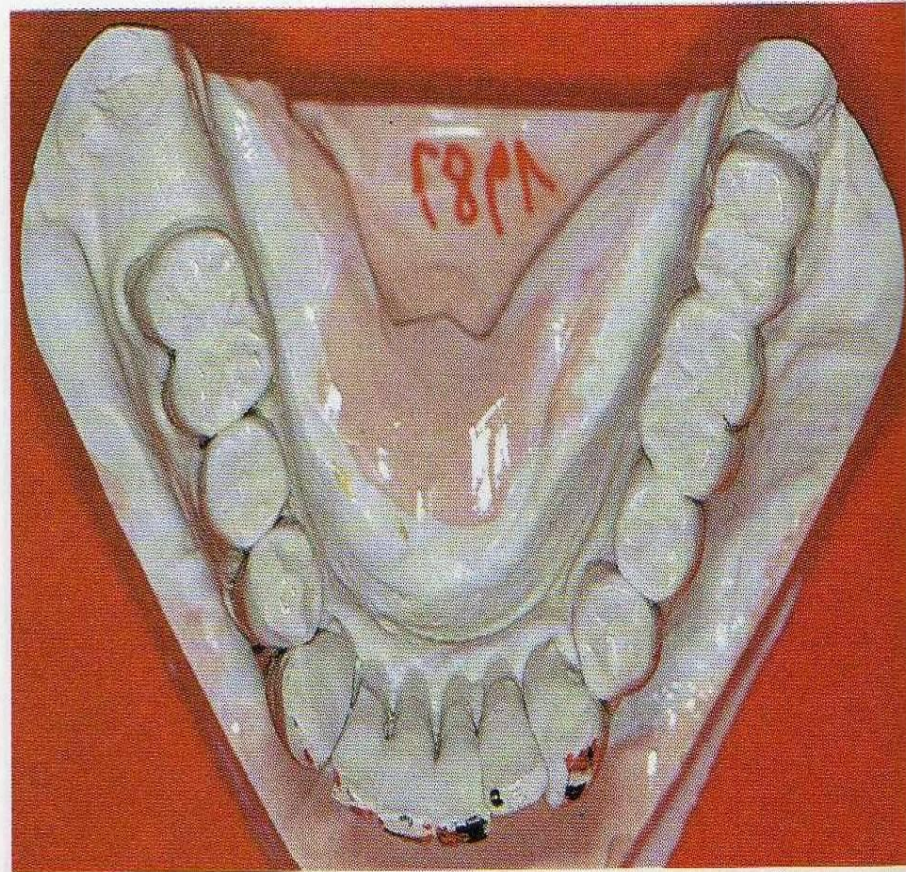
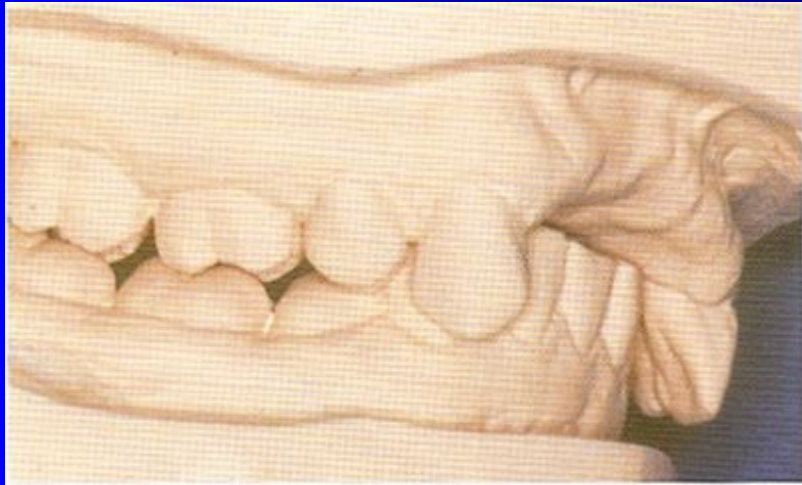


Рис. 29. Контроль преждевременных контактов на модели нижней челюсти как основание для небольшого пришлифовывания в полости рта пациента.



# Анализ диагностических моделей

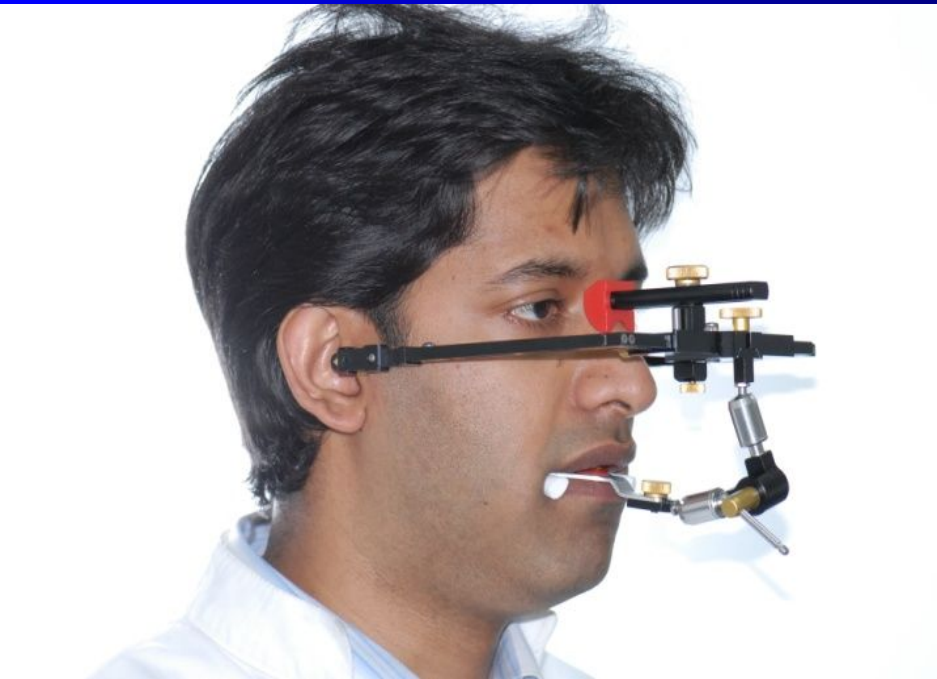
- Проводя исследование зубов, зубных рядов, с целью изучения окклюзионных контактов, для уточнения диагноза
- На диагностических моделях можно установить степень наклона зубов, наличие промежутков между ними, замерить степень смещения зубов в вертикальной плоскости.





# Анализ диагностических моделей

Изучение моделей в артикуляторе позволяет определить характер окклюзионных контактов при движениях нижней челюсти. Это повышает информативность изучения диагностических моделей.



# Окклюзионный анализ моделей в артикуляторе

- может быть успешно осуществлен при **следующих условиях:**
  - наличии точных слепков и моделей челюстей;
  - использовании лицевой дуги;
  - когда определено центральное соотношение челюстей посредством прикусных валиков .

## **Функциональные методы исследования**

**Фотоплетизмография** - метод исследования кровенаполнения и кровообращения тканей пародонта, основанный на регистрации пульсовых колебаний и изменения оптической плотности тканей, их светоотражения при прохождении через них светового потока.

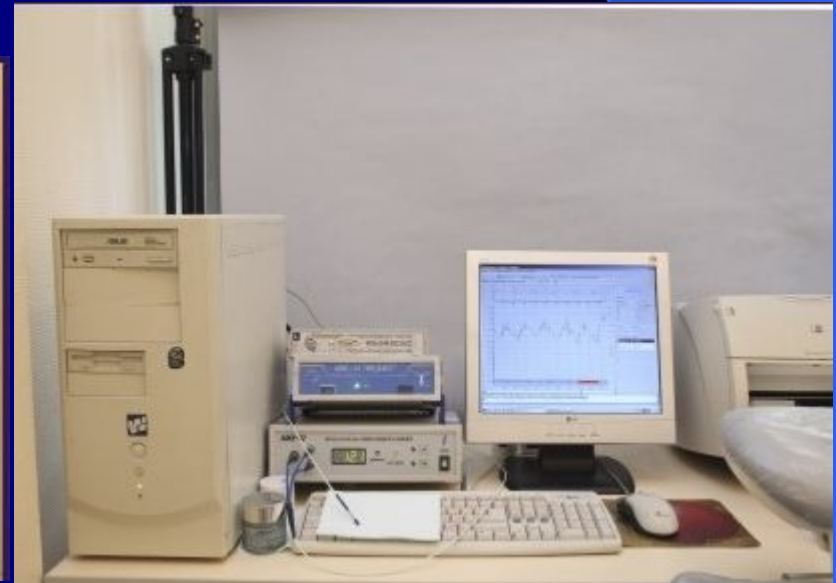
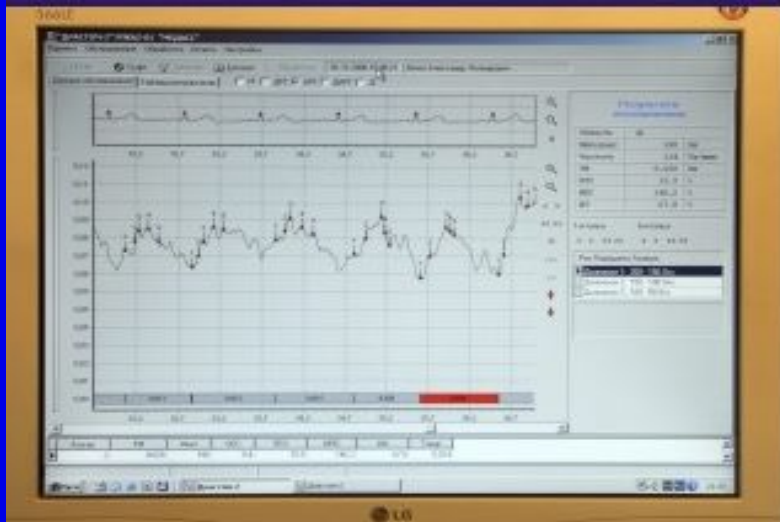


Для выполнения метода используют фотоплетизмографы семи моделей серии ФП (ФП-1 - ФП-7).

# Функциональные методы исследования

**Реопародонтография** - метод исследования функции кровообращения, основанный на регистрации изменений сопротивления живых тканей проходящему через них электрическому току высокой частоты.

Реопародонтография позволяет оценить как состояние сосудистой стенки - эластичность, тонус, степень повреждения, органические и функциональные изменения и кровообращение тканей пародонта.





# Диагностика пародонта включает

- измерение глубины карманов,
- оценку количества потерянной костной ткани, подвижности зубов.
- Обзорный снимок делается для общей оценки состояния зубов и костной ткани.
- Более подробно состояние кости вокруг зубов видно на прицельных рентгенограммах
- Данные измерений заносятся в специальную карту.

## Диагностика пародонта включает:

- В целях обследования понадобится провести анализ моделей, провести лабораторное исследование содержимого карманов и определить чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.
- При наличии заболеваний сс, щитовидной железы, гипертонической болезни, сахарного диабета или остеопороза потребуются консультации специалистов соответствующего профиля и дополнительные обследования.

# Форма записи клинического диагноза

- 1. Основное заболевание
- 2. Осложнение этого заболевания
- 3. Сопутствующие заболевания
- На первом месте ставится заболевание то , с чем обратился больной.

# Пример Диагноза

- Генерализованный пародонтит в стадии ремиссии, средней степени тяжести ,
- протрузия центральных зубов на верхней челюсти,
- диастема между центральными зубами на в/ч.
- Сахарный диабет.



# Травматическая окклюзия

Это смыкание зубов ,при котором возникает функциональная перегрузка пародонта(Штильман)

Развитие травматической окклюзии может вызываться 2-мя факторами:

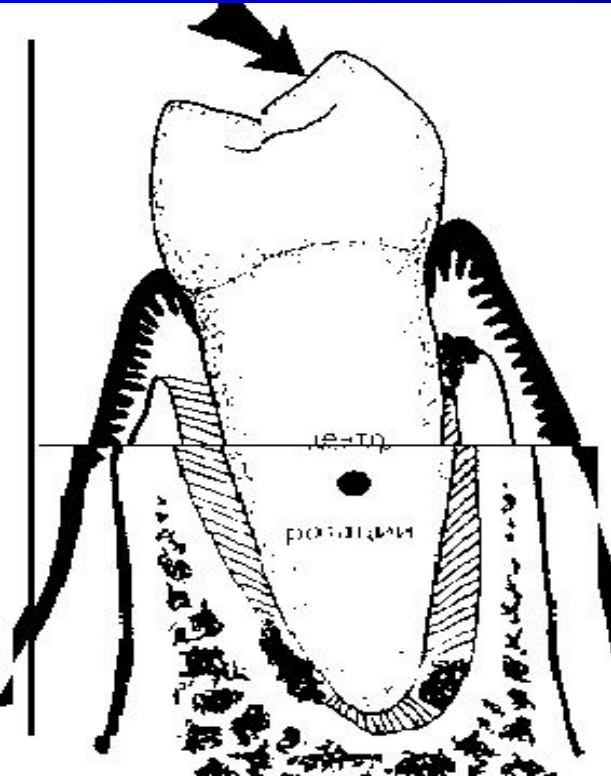
увеличением жевательной нагрузки на зуб;  
уменьшением фиксирующей способности

пародонта.

В зависимости от изменения этих факторов различается 3 формы травматической окклюзии:

- первичная,
- вторичная,
- комбинированная

# Травматическая окклюзия



- **Первичная** – возникает в результате действия на зубы чрезмерной жевательной нагрузки или изменении ее направления при здоровом пародонте. Является обратимым патологическим процессом.

# Первичная травматическая

## ОККЛЮЗИЯ

- Первая стадия (компенсированная) характеризуется наличием повышенной стираемости твердых тканей, изменением положения зубов при сохранении ими устойчивости в не измененном пародонте.
- Во второй стадии (декомпенсированной) вторая стадия является логическим завершением первой. Воспаление маргинального пародонта, появление патологической подвижности.

# Клиника первичной травматической ОККЛЮЗИИ

- Локализованность поражения
- Наличие дефектов зубных рядов, зубо-челюстных аномалий, деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов, пломб, протезов
- Преждевременные окклюзионные контакты
- Локализованная повышенная стираемость зубов
- Изменение положения отдельных зубов
- Карманы обнаруживаются на стороне наклона зубов
- Десневой край в этих участках гиперемирован (участок гиперемии в виде полумесяца), никогда не бывает синюшным, отечным и не отстаёт от зуба



## Вторичная травматическая окклюзия

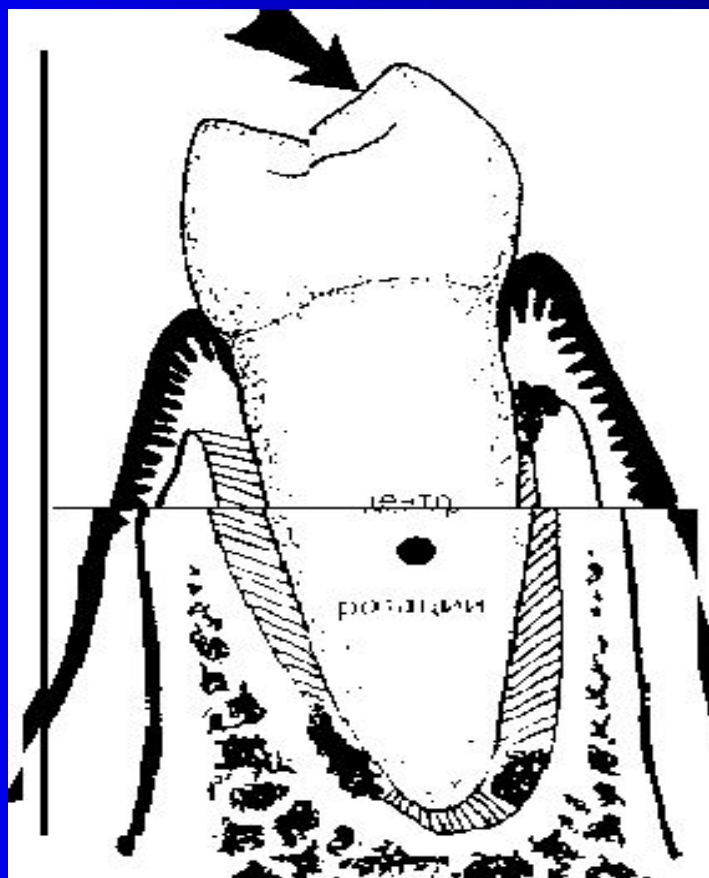
- -На фоне патологического процесса в тканях пародонта обычная жевательная нагрузка превышает резервные силы пародонта.
- --Изменяется соотношение между высотой клинической коронки и длиной корня. Высота клинической коронки при горизонтальной нагрузке, работает как рычаг, вызывает перегрузку костных стенок альвеолы, что приводит к резорбции костной ткани лунок, выдвиганию зубов из альвеол на пораженном участке.

- **Поэтому такие зубы первыми вступают в контакт с зубами-антагонистами, что вызывает их дополнительную перегрузку и приводит к смещению зубов в разные стороны.**
- **Конечным результатом является полное разрушение тканей пародонта, сочетающееся атрофией цемента и дентина корней зубов. Наиболее часто встречается при генерализованном пародонтите**

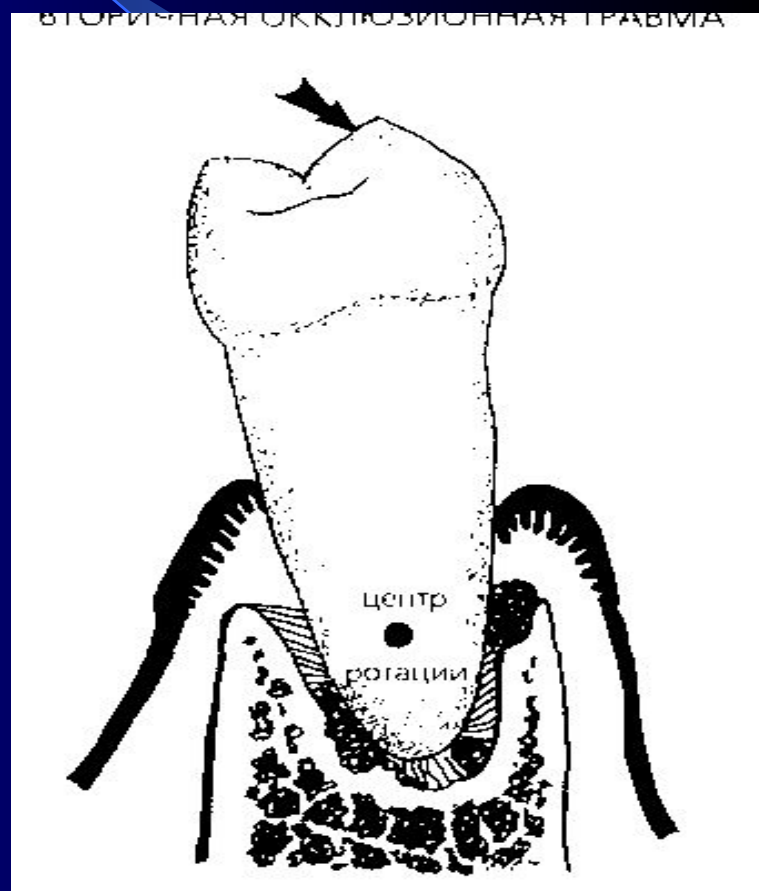
# Клиника вторичной травматической ОККЛЮЗИИ

- Поражение носит генерализованный характер
- Подвижность зубов.
- Могут наблюдаться десневые карманы с гнойным отделяемым.
- Глубокая ретракция десневого края с обнажением корней.
- Передние зубы веерообразно расходятся, образуя диастемы, тремы.

# Первичная травматическая окклюзионная



# Вторичная травматическая ОККЛЮЗИЯ





Существует множество методик избирательного пришлифовывания зубов. Наиболее известны из них методики Дженкельсона и Шулера.

**Метод Jankelson** - избирательное пришлифовывание зубов направлено на устранение преждевременных контактов (супраконтактов) только в центральной окклюзии. Главной особенностью ее является то, что смыкание зубных рядов осуществляется самим больным (без помощи врача) в наиболее удобном для него положении.

**Метод Schuyler** - основан на том, что переднее и боковые положения нижней челюсти являются физиологическими состояниями окклюзии и имеют место при жевании. Особенность его заключается в том, что врач контролирует и направляет мануально различные движения нижней челюсти.

# Избирательное пришлифовывание

Любая методика избирательного пришлифовывания зубов предполагает:

- коррекцию окклюзии и артикуляции путем **устранения выявленных супраконтактов (преждевременных контактов)** на естественных и искусственных зубах.

- проводят в несколько сеансов, обычно 3-5, с интервалом в 5-7 дней, каждый сеанс длится 30 мин. заканчивая ремтерапией.

- **недопустимо выключение зубов из окклюзионных контактов.**

- **недопустимо сошлифовывание вершин бугров жевательных зубов, удерживающих окклюзионную высоту (небных верхних зубов и щечных нижних).**

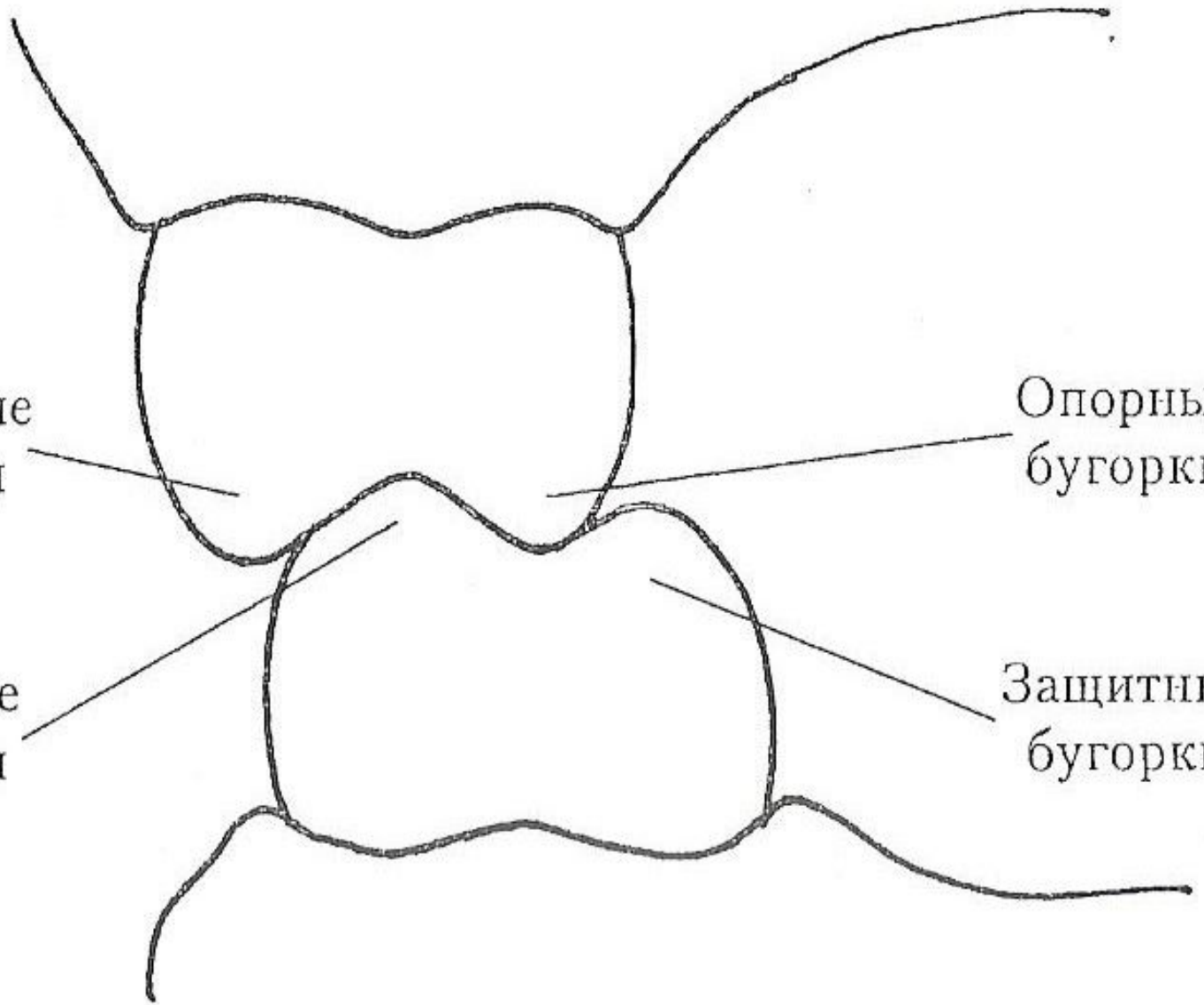
- Сошлифовывают скаты бугорков, мешающие динамической окклюзии, не стершиеся участки зубов, углубляют фиссуры, сглаживают острые края.

Защитные  
бугорки

Опорные  
бугорки

Опорные  
бугорки

Защитные  
бугорки

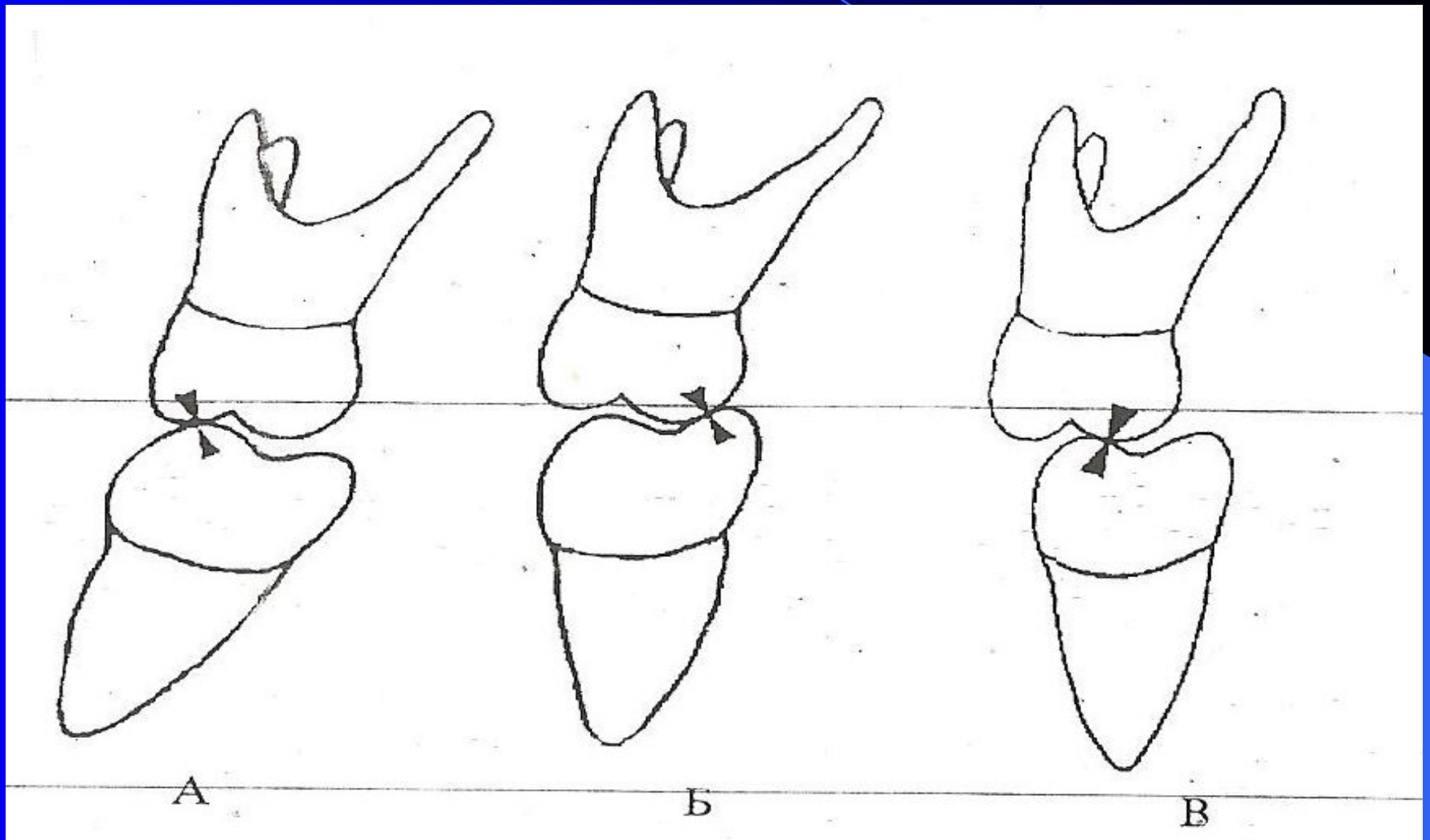


# Избирательное пришлифовывание по Дженкельсону

- Выделяют **3 класса**.
  - I – щечные поверхности вестибулярных бугров н/ч., вестибулярные поверхностей режущих краев резцов и клыков.
  - II – оральные поверхности небных бугров в/ч.
  - III – щечные поверхности небных бугров в/ч.
- 
- The diagram shows two dental models. The upper model (maxilla) has two shaded areas labeled 'II' and 'III' on the palatal surface of the cuspids. The lower model (mandible) has a shaded area labeled 'I' on the buccal surface of the cuspids.
- По методике, предложенной В. А. Jankelson , устраняют преждевременные контакты, появляющиеся только при центральной окклюзии. Боковые и передние артикуляционные движения нижней челюсти по этой методике не корректируют.



# Классификация преждевременных контактов по Дженкельсону



# Метод избирательного пришлифовывания.

После правильно выполненного **избирательного пришлифовывания** зубов в центральной окклюзии восстанавливается одновременный, двусторонний множественный контакт зубных рядов верхней и нижней челюсти.

Важно помнить, что результатом пришлифовывания должно быть достижение **равномерного двух-, трех-пунктного контакта** на окклюзионной поверхности группы **жевательных зубов** и **линейного контакта в группе передних зубов**, независимо от использованных методов.

## Задачи ортопедического лечения при заболеваниях тканей пародонта

- -вернуть зубному ряду утраченное единство и превратить в единое целое
- Правильно распределить жевательное давления, разгрузив зубы с пораженным пародонтом
- Предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки.

# Использованная литература

- Руководство к практич. занятиям по ортопедической стоматологии для студ. 4-го курса: учеб. пособ. / под ред. И.Ю. Лебеденко. М.: Практическая медицина, 2009-С.132-175
- Ортопедическая стоматология : учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. - 2011. – С. 324-386.
- Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта - Цепов Л.М. - Практическое пособие - М.: Практическая медицина, 2010. – С.12-27.
- Клиническая гнатология: Учебное пособие/ Хватова В.А. - М.: Медицина, 2008. – 164-173.
- Ортопедическая стоматология. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М., Фадеев Р.А. : учебник. СПб. : Фолиант, 2010.- С.237-285
- Пропедевтическая стоматология: Учебник для медицинских вузов / Под редакцией Э.А. Базикяна. - 2008. – С.587- 598
- «Руководство по ортопедической стоматологии.» под редакцией В.Н. Копейкина.- М.:Триада-Х, 2006.-495с.
- Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс) : учебник. СПб. : Фолиант, 2005
- А.Д. Шварц «Биомеханика и окклюзия зубов», М., Медицина, 1994.- с.139-144.





***Благодарю за  
внимание***