

КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КУРС ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Лекция №6

тема:

«Ортопедические и комплексные методы лечения
деформации зубных рядов.»

Караганда 2011

-
- Какие методы лечения и профилактики используют при деформациях зубных рядов?
 - Выбор ортопедического лечения деформаций?

□ **Лечебные цели заключаются в:**

- 1) нормализации окклюзионных отклонений;
- 2) устранении блокирования движений нижней челюсти;
- 3) устранении функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 4) нормализации функции височно-нижнечелюстного сустава;
- 5) создании условий для изготовления рациональной конструкции протеза.

□ **Профилактика заключается в предупреждении:**

- 1) функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 2) нарушения функции ВНЧС;
- 3) нарушения функции жевательных мышц.

□ **Нормализация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов достигается:**

- 1) сошлифовыванием бугров переместившихся зубов;
- 2) укорочением зубов, мешающих воссозданию окклюзионной плоскости, при необходимости с их депульпацией;
- 3) восстановлением высоты нижнего отдела лица;
- 4) наложением специальных протезов, вызывающих перестройку гипертрофированных участков альвеолярного отростка (аппаратный или ортодонтический метод);
- 5) наложением специальных протезов, вызывающих перестройку альвеолярного отростка, с предварительной компактостеотомией (кортикотомией) (аппаратно-хирургический метод);
- 6) удалением зубов, при необходимости с резекцией (альвеолотомией) части альвеолярного отростка (хирургический метод);
- 7) протезированием.
- **Выбор метода лечения определяется характером клинической картины, формой и степенью деформации, возрастом и общим состоянием организма.**

- При зубочелюстных аномалиях наблюдаются атипичные контакты зубов в центральной, передней и боковых окклюзиях, поэтому для диагностики решающее значение имеют:
- • анализ диагностических моделей в артикуляторе;
 - • функциональный анализ зубочелюстной системы, включающий исследование окклюзии, жевательных мышц, ВНЧС;
 - • диагностическое избирательное сошлифовывание на моделях в артикуляторе. При этом установку моделей нужно проводить с помощью лицевой дуги;
 - • диагностическое восковое моделирование зубов на моделях челюстей в артикуляторе.

□ **Метод сошлифовывания твердых тканей.**

- Этот метод применяют при лечении лиц старше 35-40 лет при смещении зубов за окклюзионную плоскость не более чем на половину вертикального размера зуба (зубов). Показаниями к сошлифовыванию являются вторая форма феномена Попова-Годона и безуспешное применение метода дезокклюзии.
- С целью определения степени сошлифовывания изучают диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, определяют, насколько сместился зуб, от чего зависит количество снимаемых с окклюзионной поверхности тканей. При необходимости производят депульпирование зубов.
- После сошлифовывания недепульпированных зубов необходимо провести курс фторпрофилактики. Если при сошлифовывании необходимо снять часть дентина, то одновременно рекомендуется изготовить коронку.



В

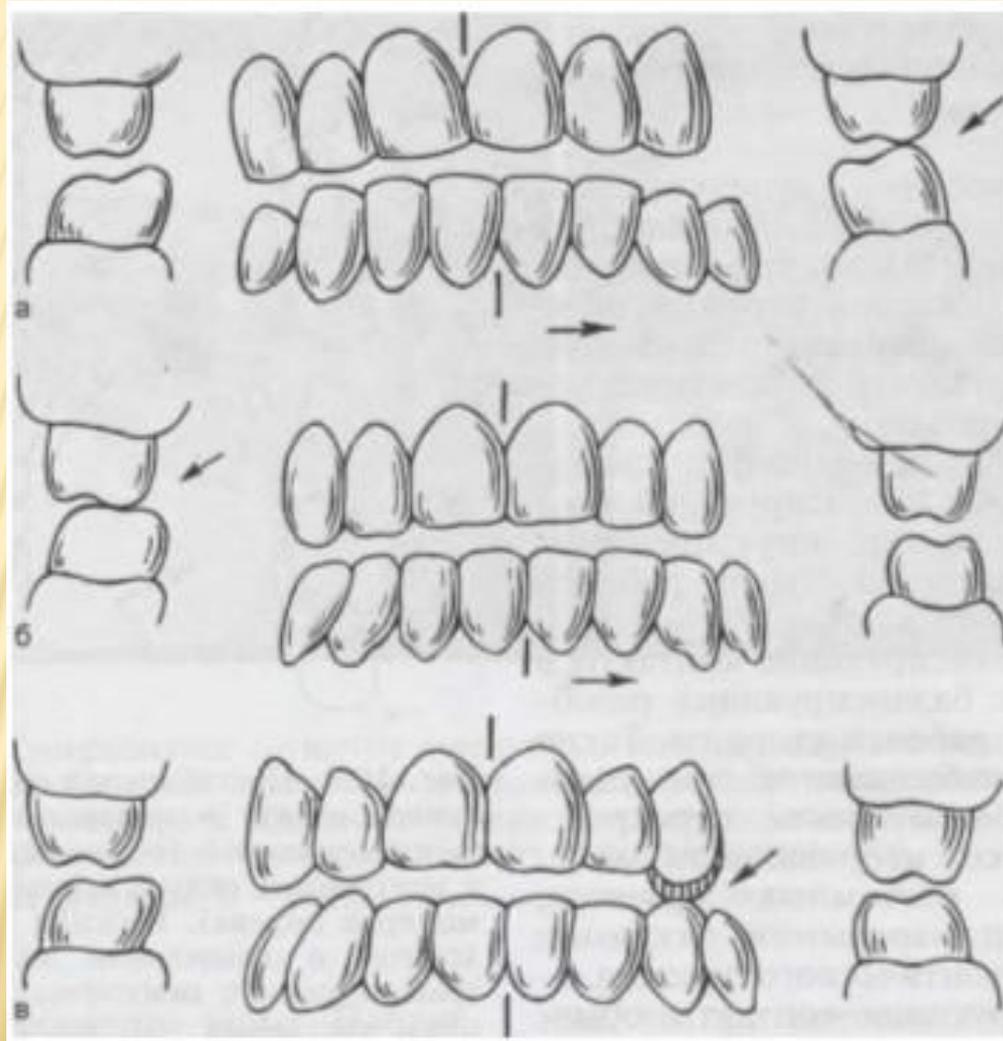


Набор головок и полиров для избирательного сошлифовывания зубов.

□ Рассматривая метод шлифования как вспомогательное мероприятие при ортодонтическом лечении, можно назвать следующие показания к этому методу окклюзионной коррекции:

- • наличие в периоде смешанного прикуса нестершихся бугорков временных клыков чаще на нижней челюсти, вызывающих ее смещение вперед и в сторону;
- • сужение верхнего зубного ряда, перекрестный прикус. Метод сошлифования бугорков временных клыков и моляров облегчает расширение верхнего зубного ряда;
- • значительное различие мезиодистальных размеров коронок первых и вторых временных премоляров верхней и нижней челюстей и как следствие этого неправильное смыкание первых постоянных моляров (сошлифование проксимальных поверхностей);
- • необходимость при припасовывании регулятора функции Френкеля I или II типа расположить проволочные детали на мезиальной поверхности временных клыков и первых временных моляров, а также на дистальной поверхности вторых временных премоляров;
- • преждевременные контакты при различных видах смыкания зубов.

МЕТОДЫ И ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ.



▣ **Метод дезокклюзии.**

- ▣ Метод показан лицам не старше 35—40 лет. Он основан на создании прерывистого действия повышенного давления на вовлеченные в процесс зубы с помощью несъемного мостовидного протеза или лечебного съемного протеза с опорно-удерживающими кламмерами. Вторичные деформации, развившиеся в интактных зубных рядах, устраняют с помощью временных капп.
- ▣ При моделировании окклюзионной поверхности важно создать такие участки, которые действовали бы в направлении, необходимом для перемещения выдвинувшихся зубов.
- ▣ При смыкании зубов, лишенных антагонистов, с накусочной площадкой высоту нижнего отдела лица устанавливают для каждого случая индивидуально, исходя из того, что щель между антагонизирующими естественными зубами должна составлять не более 2 мм.
- ▣ Действие лечебного аппарата (разобщающей пластинки) продолжается до тех пор, пока естественные зубные ряды не вступят в контакт.

- Первичная дезокклюзия естественных зубных рядов на 2 мм после перестройки зубочелюстной системы не всегда обеспечивает полное выравнивание окклюзионной поверхности в области зубов, лишенных антагонистов, поэтому процесс лечения проводят в несколько этапов.
- Ко второму и последующим этапам лечения переходят после того, как аппарат перестает действовать вследствие установления контакта между зубами. При этом форма окклюзионной поверхности еще недостаточно выровнена и не полностью устранено смещение зубов.
- Второй этап лечения заключается в том, что на накусочную площадку наращивают быстротвердеющей пластмассой новый слой пластмассы толщиной 1—2 мм. Слой пластмассы должен обеспечить разобщение естественных зубов также не более чем на 2 мм. Окклюзионное соотношение зубов регулируют таким образом до тех пор, пока не будет полностью ликвидировано смещение зубов. После выравнивания окклюзионной поверхности зубного ряда дефект зубного ряда противоположной челюсти замещают протезом, конструкцию которого определяют по показаниям.

- Выравнивание окклюзионной поверхности происходит вследствие перестройки костной ткани, а не за счет погружения или «вколачивания» сместившихся зубов. Об этом свидетельствует тот факт, что величина клинической коронки не изменяется, а объем альвеолярного отростка значительно уменьшается. В основе перестройки костной ткани лежит процесс перегруппировки костных балочек губчатого вещества в соответствии с направлением сил жевательного давления, а также их зональное истончение и уменьшение их количества.
- Явления атрофии происходят на фоне активного обновления костных структур, т. е. процесс костеобразования не угнетается. Длительность лечения индивидуальна и зависит не только от степени деформации, но и от количества сместившихся зубов, состояния пародонта зубов-антагонистов и особенно возраста пациента.



▣ Аппаратурно-хирургический метод.

- ▣ В случае развития воспалительной реакции в группе сместившихся зубов и отсутствия явлений перестройки в альвеолярном отростке в течение 3—4 недель от начала лечения показано применение и других методов лечения.
- ▣ К ним в первую очередь следует отнести аппаратурно -хирургический. Метод заключается в проведении частичной компактоостеотомии и применении лечебного аппарата для дезокклюзии. Частичную компактоостеотомию (кортикотомию) проводят под местным обезболиванием.

ПОСЛЕ КОРТИКОТОМИИ ПРОКОЛОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОКРАЩАЕТСЯ В 2 РАЗА. ТАК, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЗУБА ВДОЛЬ НЕПОВРЕЖДЕННОЙ КОСТИ НА РАССТОЯНИЕ 4-7 ММ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ АППАРАТОМ ПРОДОЛЖАЕТСЯ 60-80 СУТОК, А ПОСЛЕ КОРТИКОТОМИИ ПРОКОЛОМ ЛЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ 20-40 СУТОК.



▣ Хирургический метод

- ▣ Удаление зубов как метод исправления деформаций применяют при значительном нарушении окклюзионной плоскости, а также при выраженной подвижности зубов или наличии хронических периапикальных процессов, не поддающихся консервативному лечению.
- ▣ В случае резкой гипертрофии альвеолярного отростка, когда описанные выше методы не приводят к желаемым результатам или не могут быть применены, показано удаление зубов, а также частичная резекция альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти. Уровень резекции зависит от расположения верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, поэтому перед операцией необходимо получить боковые рентгеновские снимки пазухи с целью определения возможного объема оперативного вмешательства.

- Чем руководствоваться при выборе ортопедического лечения деформации зубных рядов?
- Какие аппараты и методы используют при лечении данной патологии?

ЛИТЕРАТУРА

- Систематизированная механика ортодонтического лечения. Маклафлин, Беннетт, Тревизи 2005 г
- В. Н. Трезубов, А. С. Щербаков, Р. А. Фадеев Ортодонтия — 2001г
- <http://stomfak.ru/ortopedicheskaya-stomatologiya>
- Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии для студентов 5 курсов - Лебедеико И.Ю. 2005 г
- Терапевтическая стоматология: учебник. ч2. Болезни пародонта Барер Г.М. 2008 г