

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ

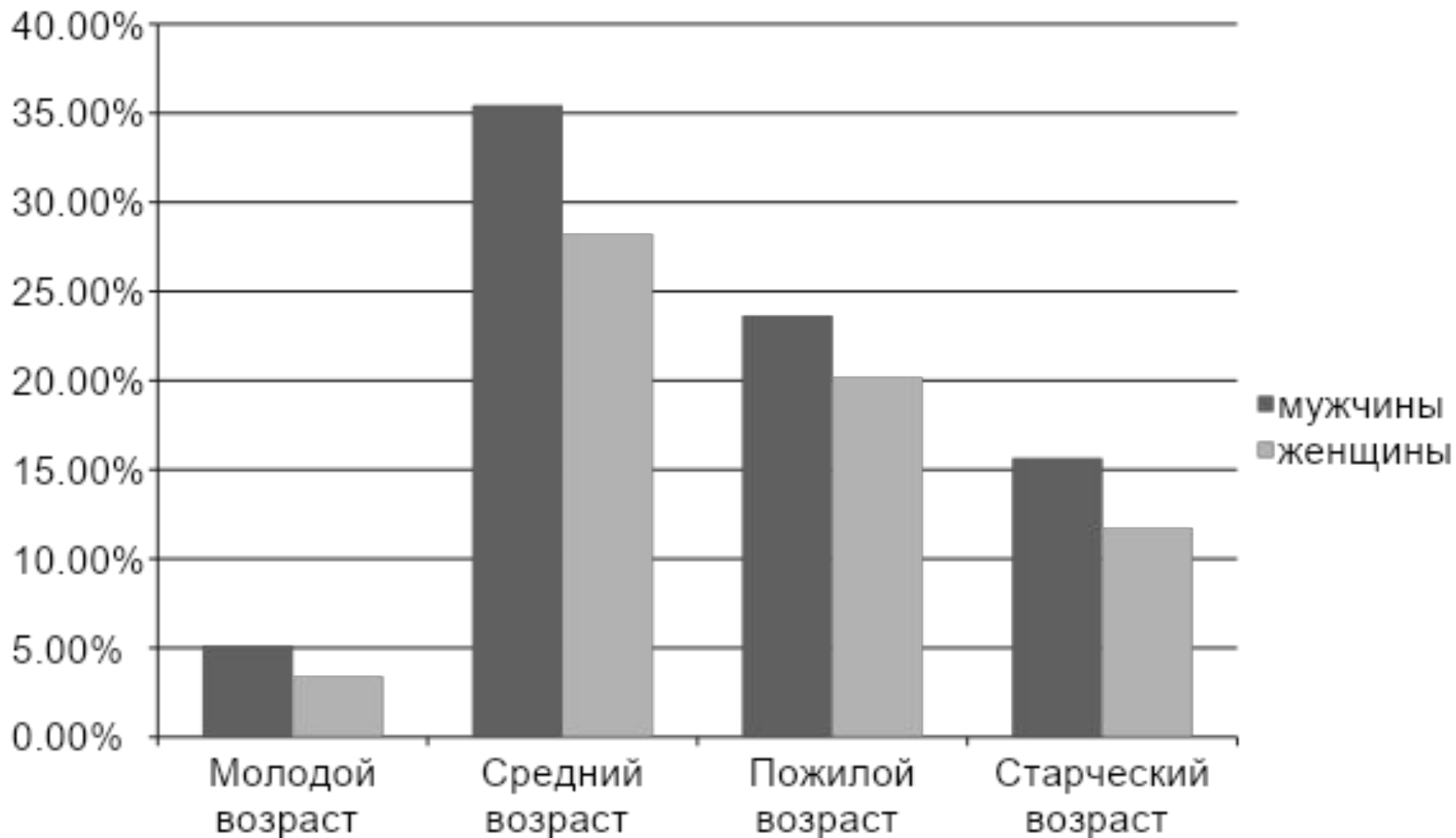
Выполнила: Кайракпай Рабига,  
413 «Б» группа

# ПСТТЗ

**Патологический процесс полиэтиологического происхождения, который характеризуется чрезмерной убылью эмали или эмали и дентина всех или только отдельных зубов, или групп зубов.**



# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА



# ЭТИОЛОГИЯ

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ** (связана с морфологической неполноценностью дентина и эмали)

- наследственная (синдром Капдепона-Стентона);
- врожденная (при нарушении амело- и дентиногенеза, обусловленном болезнями матери и ребенка);
- приобретенная (возникает вследствие нейродистрофических процессов, расстройств функции кровеносной системы и эндокринного аппарата, нарушений обмена веществ различной этиологии).

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ЗУБОВ** (связана с повышенной функциональной и нефункциональной нагрузкой)

- частичная вторичная адентия (вследствие функциональной перегрузки оставшихся антагонизирующих пар зубов);
- парафункции (бруксизм);
- гипертонус жевательных мышц центрального происхождения;
- хроническая окклюзионная травма;
- нерациональное зубопротезирование;
- аномалии прикуса;
- вредные привычки.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ**

- кислотные и щелочные некрозы твердых тканей;
- запыленность помещений;;
- высокие физические нагрузки.

## **ДИЕТА И ПРИНИМАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ**

- систематическое употребление чрезвычайно жесткой пищи;
- частое употребление напитков с пониженным рН (соки, газированные напитки);
- прием медикаментов, вызывающих ксеростомию и гипосаливацию (диуретики, антидепрессанты и др.).

## **ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ОРГАНИЗМА**

- ксеростомия;
- булимия.



# КЛАССИФИКАЦИЯ

***Клинические формы:*** Горизонтальная, вертикальная, смешанная

***По протяженности патологического процесса:*** локализованная, генерализованная  
(компенсированная/субкомпенсированная/декомпенсированная)

***По распространенности:*** Физиологическая (в пределах эмали), Переходная (в пределах эмали и частично дентина зубов), Патологическая (в пределах эмали)

***По глубине поражения(М.Г.Бушан):*** До  $1/3$  длины коронки зуба (1 степень), от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки зуба (2 степень), от  $2/3$  длины коронки зуба до десны челюсти (3 степень)

***По чувствительности дентина:*** в пределах нормы, гиперестезия

**ПСТТЗ**

```
graph TD; PTTZ[ПСТТЗ] --> Overload[Перегрузка твердых тканей зубов]; PTTZ --> ChangeForm[изменение анатомической формы зубов]; Overload --> Wear[стирание твердых тканей зубов]; ChangeForm --> Pressure[большое жевательное давление];
```

**Перегрузка  
твердых тканей  
зубов**

**изменение анатомической  
формы зубов**

**стирание  
твердых  
тканей зубов**

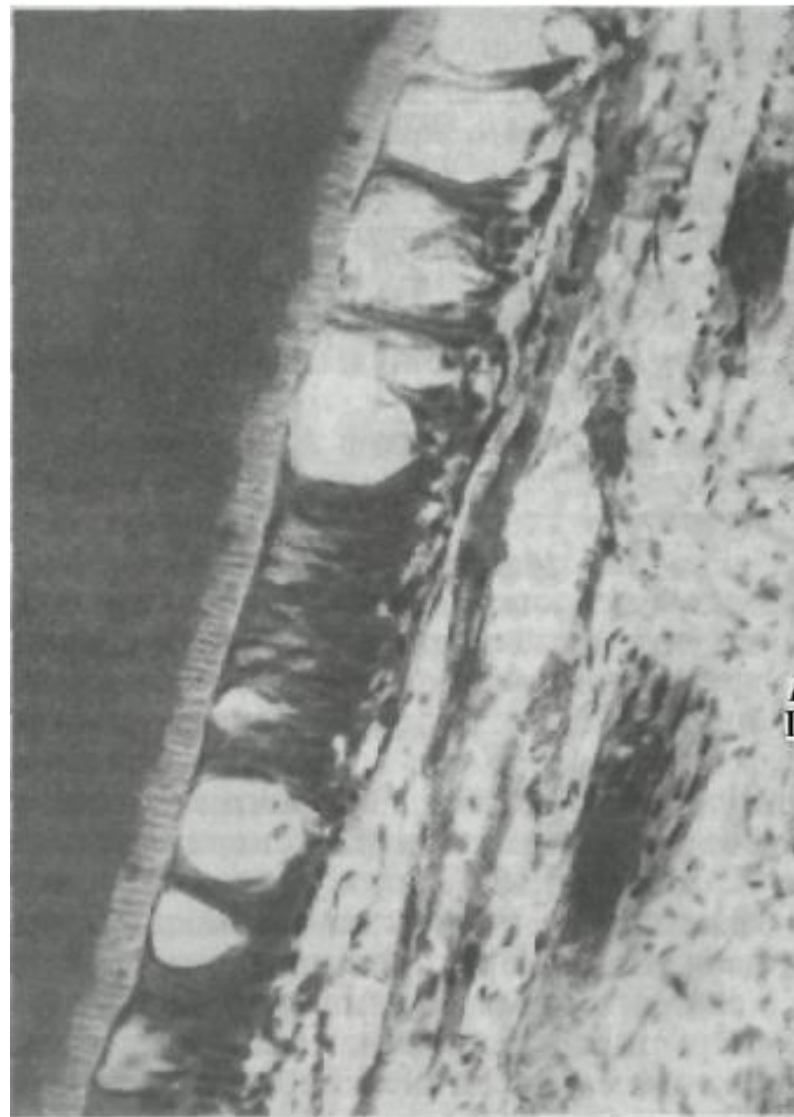
**большое жевательное  
давление**

**образование заместительного дентина**  
**образование дентиклей различной формы,**  
**размеров и степени зрелости.**

**обеднение пульпы сосудами,**  
**склерозирование сосудов; иногда,**  
**наоборот, отмечаются усиленная**  
**васкуляризация, небольшие очаги**  
**кровоизлияний; атрофии одонтобластов,**  
**уменьшении числа клеточных элементов;**  
**в сетчатой атрофии, склерозе, гиалинозе**  
**пульпы.**

**Гиперцементоз**

**неравномерность ширины**  
**периодонтальной щели на протяжении от**  
**десневого края до верхушки корня**



**Вакуолизация слоя одонтопластов**  
**при патологической стертости.**

**Микрофото**





Гиперцементоз зуба при стираемости.  
Микрофото.



Рассасывание верхушки корня зуба. Видна  
также гранулема. Микрофото.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**гиперестезия твердых тканей зубов**

**деформации зубных рядов**

**укорочение межальвеолярного расстояния и нижней трети лица**

**функции жевательных мышц**

**болевая дисфункция височно-нижнечелюстных суставов.**

**В зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции зубочелюстной системы следует различать три клинические формы повышенной стираемости твердых тканей зубов:**

*некомпенсированная*

*компенсированная*

*субкомпенсированная.*

***Локализованная некомпенсированная* повышенная стираемость характеризуется :**

**уменьшением высоты коронок отдельных зубов**

**появлением между ними щели (открытый прикус).**

***Локализованная компенсированная* стираемость:**

**уменьшение высоты коронок отдельных зубов.**

**стертые зубы сохраняют контакт с антагонистами за счет гипертрофии альвеолярной части в этой зоне, которая приводит к зубоальвеолярному удлинению.**

**Межальвеолярная высота и высота лица остаются неизменными.**

***Генерализованная некомпенсированная*** повышенная стираемость твердых тканей зубов приводит к: уменьшению высоты коронок зубов

Лицевой скелет у больных этой формой стираемости по данным рентгеноцефалометрического анализа (В.М.Шульков) характеризуется:

- 1) уменьшением вертикальных размеров всех зубов, в основном, вследствие укорочения их коронок;
- 2) деформацией окклюзионной поверхности;
- 3) уменьшением глубины резцового перекрытия и сагиттального межрезцового Расстояния;
- 4) уменьшением межальвеолярной высоты;
- 5) зубоальвеолярным укорочением в области верхних клыков и первых премоляров;
- 6) уменьшением длины корней передних зубов и премоляров;
- 7) уменьшением альвеолярных частей в области верхних передних зубов, верхних премо-ляров;
- 8) изменением конфигурации нижней челюсти с уменьшением ее угла;
- 9) приближением нижней челюсти к верхней и основанию черепа;
- 10) уменьшением вертикальных лицевых размеров и площади лица;
- 11) сокращением длины зубных дуг;
- 12) увеличением межокклюзионного пространства в положении покоя нижней челюсти.

***Генерализованная компенсированная*** повышенная стираемость твердых тканей зубов проявляется:

**уменьшением вертикальных размеров коронок всех зубов**

**снижением межальвеолярной высоты**

**Лицевой скелет у больных этой формой стираемости характеризуется: 1) уменьшением вертикальных размеров всех зубов; 2) отсутствием изменений в положении нижней челюсти и сохранением вертикальных размеров лица; 3) деформацией окклюзионной поверхности и уменьшением глубины резцового перекрытия; 4) зубоальвеолярным удлинением в области всех зубов; 5) уменьшением межальвеолярной высоты; 6) укорочением длины зубных дуг; 7) увеличением длины основания нижней челюсти;**

***Генерализованная субкомпенсированная*** форма повышенной стираемости зубов является следствием недостаточно выраженного зубоальвеолярного удлинения, которое полностью не компенсирует потерю твердых тканей зубов, что способствует умеренному уменьшению вертикальных размеров нижней трети лица и приближению нижней челюсти к верхней

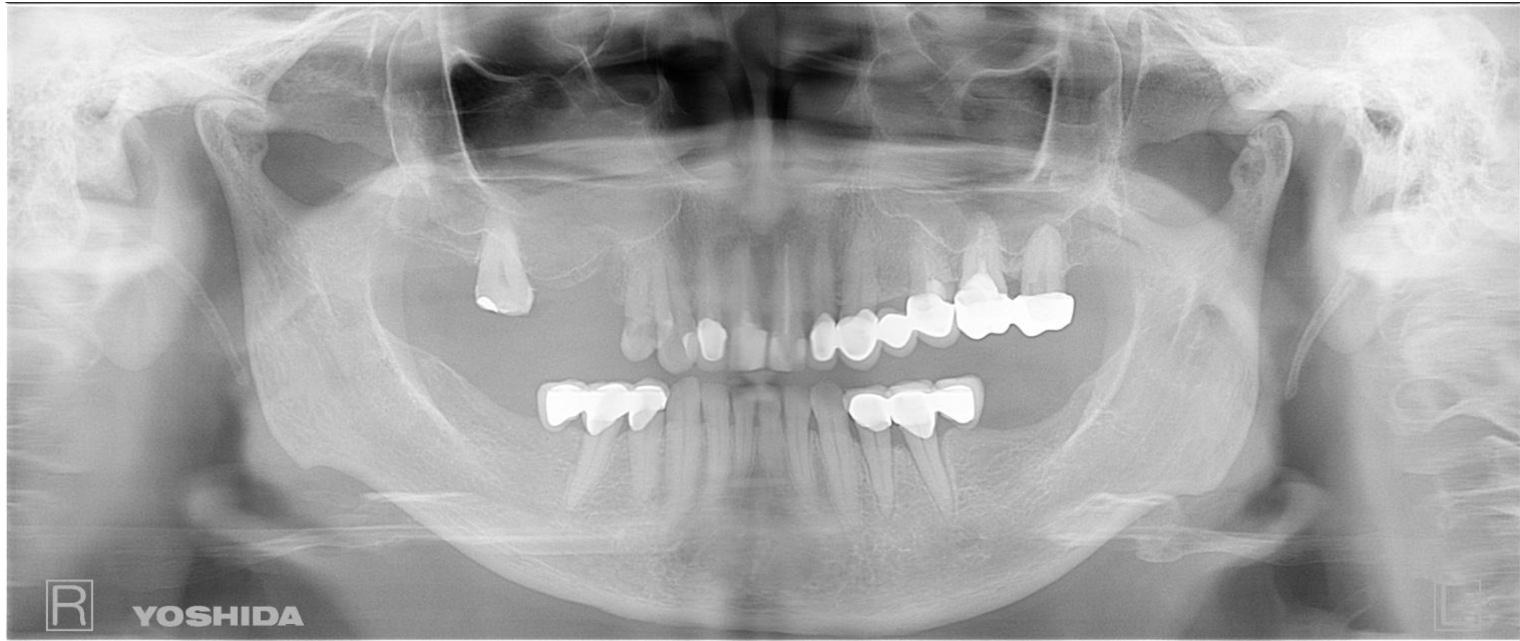


Больной М. 41 год, генерализованная форма повышенной стираемости зубов

ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ МОЖЕТ НОСИТЬ ОГРАНИЧЕННЫЙ И РАЗЛИТОЙ ХАРАКТЕР. ОГРАНИЧЕННОЕ, ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОЕ ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗАХВАТЫВАЕТ ЛИШЬ ОТДЕЛЬНЫЕ ЗУБЫ ИЛИ ГРУППУ ЗУБОВ, НЕ РАСПРОСТРАНЯЯСЬ ПО ВСЕЙ ДУГЕ. ЧАЩЕ ОНО НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ, НО ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ПРЕМОЛЯРЫ И МОЛЯРЫ.



**Больной К. 48 лет. Локализованная форма повышенной стираемости зубов во фронтальном отделе при частичной потере зубов и нерациональным протезированием.**



Ортопантомограмма больного К. 48 лет. Локализованная форма повышенной стираемости зубов во фронтальном отделе при частичной потере зубов и нерациональным протезированием.

**Достигается это при помощи острофокусной рентгеновской трубки малых размеров. Исследование позволяет выявить анатомическое строение коронок зубов, корней и каналов, их число, форму и положение в челюсти, наличие облитерации полости зуба, дентикли, состояние периодонта и самой альвеолярной кости.**

**Этот метод особенно показан для обследования больных с генерализованной формой повышенной стираемости, т. к. из-за чрезмерной функциональной нагрузки при повышенной стираемости нередко наблюдаются множественные кистогранулемы, которые хорошо визуализируются на ортопантограмме.**

**При повышенной стираемости зубов характерны следующие проявления при рентгенологическом исследовании.**

***Изменение твердых тканей зубов:* изменение анатомической формы зубов; гиперцементоз; рассасывание верхушек корней зубов.**

***Изменение в пульповой камере:* облитерация; дентикли в каналах корней зубов.**

***Изменения периодонтальной щели:* расширение периодонтальной щели; возможно возникновение кист; патологические зубодесневые карманы.**

***Изменение в окружающих зубы тканях:* очаги разрежения вокруг корня; атрофия альвеолярного отростка; атрофия межзубных перегородок; патологические костные карманы.**



Локализованная,  
генерализованная



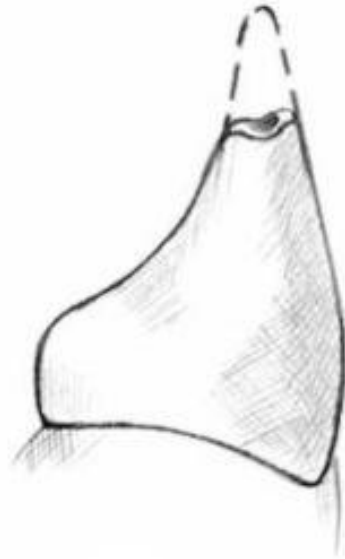
## Классификация А. Л. Грозовского

А.Л. Грозовский (1946) выделяет три клинические формы повышенной стираемости зубов:

А) Горизонтальную

Б) Вертикальную

В) Смешанную



а



б



в

При **вертикальной** форме с нормальным перекрытием передних зубов стирание наблюдается на нёбной поверхности передних зубов верхней челюсти и губной поверхности зубов-антагонистов на нижней челюсти. Ситуация меняется при обратном перекрытии: стирается губная поверхность верхних передних зубов и язычная - нижних.

**Горизонтальная** форма характеризуется укорочением коронок по горизонтальной плоскости: появляются горизонтальные фасетки стирания на режущей и жевательной поверхностях.

При **смешанной** форме повышенное стирание развивается как в вертикальной, так и в горизонтальной плоскостях.

# ДИАГНОСТИКА

**опрос больного, изучение жалоб, истории жизни и истории заболевания;**

**внешний осмотр;**

**осмотр органов полости рта;**

**пальпация жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава и др.;**

**аускультация височно-нижнечелюстного сустава; изучение диагностических моделей**

**рентгенография зубов и челюстей,**

**ЭОД**

**Томография**

**электромиография**

**электромиотонометрия жевательных мышц.**

Прежде чем составить план ортопедического лечения больного с патологической стираемостью зубов, надо подробно обследовать его.

**При обследовании необходимо выяснить:**

- 1) наиболее вероятный этиологический фактор патологической стираемости;
- 2) форму патологической стираемости (локализованная, генерализованная);
- 3) клиническое и рентгенологическое состояние коронок и пародонта зубов;
- 4) характер реакции альвеолярного отростка;
- 5) возможные изменения внешнего вида больного;
- 6) состояние височно-челюстного сустава.

**При сборе анамнестических данных важно уточнить, не было ли подобной патологии у близких родственников, а лиц пожилого возраста опросить относительно их детей. Особое внимание нужно уделить условиям производства.**

**Знание этиологического фактора позволяет более целенаправленно организовать лечение.**