
ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ

И.В. Линченко, Ф.Н. Цуканова

Кафедра ортопедической стоматологии
Волгоградский государственный медицинский университет
пл. Павших Борцов, 1, Волгоград, Россия, 400131

Предварительное ортодонтическое лечение с использованием назубной пластмассовой каппы, направленное на перестройку миостатического рефлекса, позволило нам создать протезное пространство для изготовления эстетических коронок и мостовидных протезов у пациентов с генерализованной горизонтальной компенсированной повышенной стираемостью II степени.

Ключевые слова: повышенная стираемость зубов, назубная пластмассовая ортодонтическая каппа, миостатический рефлекс.

Все зубы, участвующие в процессе жевания, со временем поддаются определенной степени естественного стирания. Убыль твердых тканей зубов связана с возрастными процессами, поэтому при диагностировании повышенного стирания на передний план выступают такие факторы, как количество зубов, пространственное расположение зубов в зубных дугах, подвижность зубов и состояние пародонта, предрасположенность к бруксизму, химические и механические качества пищи. Повышенная стираемость встречается в 5—10% случаев. Для нее характерно вовлечение в процесс твердых тканей зубов, пульпы, пародонта, жевательной мускулатуры, височно-нижнечелюстного сустава [1]. Возникающие при этом иногда интенсивные болевые ощущения, нарушения речи и эстетики создают неблагоприятный психоэмоциональный фон, что в совокупности позволяет отнести повышенную стираемость зубов к одному из сложных стоматологических заболеваний.

Стираемость, протекающую без видимых лицевых внешних изменений, но характеризующуюся 4—5-балльной оценкой стертости окклюзионных поверхностей [2], можно отнести к генерализованной горизонтальной без снижения высоты нижнего отдела лица. Она протекает с компенсаторным ростом альвеолярного отростка, поэтому ортопедическое лечение повышенной стираемости второй, а тем более третьей степени, затруднительно вследствие отсутствия места, необходимого для восстановления высоты стертых зубов искусственными коронками и мостовидными протезами.

Цель исследования: подтвердить необходимость поэтапного комплексного лечения генерализованной компенсированной повышенной стираемости зубов второй степени.

Нами за период с 2000 по 2007 гг. было вылечено с данной патологией 9 пациентов 43—65 лет (6 женщин, 3 мужчин), у четверых из которых имелись вклю-

ченные дефекты зубных рядов в боковом отделе. Проводилось комплексное лечение. На первом этапе создавали протезное пространство для восстановления высоты стертых зубов методом последовательной дробной дезокклюзии назубной пластмассовой каппой на нижний зубной ряд. Его мы получили за счет увеличения высоты нижнего отдела лица на 2—2,5 мм путем перестройки миостатического рефлекса. В первые дни в ответ на растяжение жевательных мышц возникает повышение тонуса жевательной мускулатуры, сопровождающееся болезненностью в мышцах. Спустя 21 день, мышечный тонус нормализуется, разобщенность зубных рядов в состоянии относительного физиологического покоя увеличивается на толщину каппы. Затем проводилось повторное наращивание каппы на 2—3 мм. Таким образом мы достигали такого разобщения зубных рядов, которое будет достаточным для восстановления высоты стертых зубов и при отсутствии неприятных субъективных ощущений у пациентов проводили лечение: в боковых отделах изготавливались цельнолитые металлические коронки и мостовидные протезы, в переднем — металлокерамические коронки. Особое внимание уделяли моделированию окклюзионной поверхности, которое проводилось в артикуляторе с учетом предложенного нами индекса площади стирания [3]. Двум пациентам в переднем отделе провели компактостеотомию, а каппу накладывали на 12—14-й день после манипуляции. Под действием нагрузки в костной ткани происходила перестройка, и передние верхние зубы вместе с альвеолярным отростком перемещались, тем самым окклюзионная кривая выравнивалась, и появлялось необходимое протезное пространство для восстановления передних стертых зубов эстетическими коронками. Для определения уровня адаптации пациентов к ортопедическим конструкциям и структуры факторов дезадаптации (боль, дискомфорт, речь, эстетика, жевательная функция) применялся тест дифференцированной самооценки [4]. Пациенты находились на диспансерном наблюдении. Таким образом, положительные отдаленные результаты подтверждают эффективность выбранной нами тактики лечения данной формы повышенной стираемости зубов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Каламкарров Х.А.* Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. — М., 2004. — 178 с.
- [2] *Кибкало А.П.* Индивидуально-типологические особенности жевания и их учет при реабилитации жевательного аппарата: Дисс. ... док-ра мед. наук. — СПб., 1997. — 151 с.
- [3] *Линченко И.В.* Морфологические особенности окклюзионных поверхностей зубов в различные возрастные периоды: Дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1998. — 112 с.
- [4] *Михальченко Д.В.* Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: Дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1999. — 94 с.

**TREATMENT OF COMPENSATIVE
HORIZONTAL INCREASED DENTAL ABRASION
OF THE SECOND DEGREE**

I.V. Linchenko, F.N. Zukanova

Chair of orthopedics stomatology
Volgograd State Medical University
Square of Fallen Fighters, 1, Volgograd, 400131

Preliminary orthodontic treatment with using of ondental plastic cup directed to the reconstruction of myostatic reflex permitted us to find prosthetic space for production of aesthetic crowns and bridge like prostheses in patients with generalized, horizontal, compensative, increased attrition of the second degree.

Key words: Ondental plastic cup, increased attrition, myostatic reflex.