Стоматология ортопедическая:
1. Расписать лечение пациентов с патологическим стиранием твердых тканей зубов тяжелой степени тяжести.

 Ортопедическое лечение предусматривает восстановление высоты нижнего отдела лица, сагиттального и трансверзального положения нижней челюсти в центральной окклюзии, нормализацию формы окклюзионных поверхностей и обеспечение плотного контакта всех зубов в центральной окклюзии. Благодаря такому лечению происходит восстановление нарушенных функций жевания и эстетики, устраняется патология височно-нижнечелюстного сустава. Ортопедические методы обеспечивают практически полное прекращение дальнейшего истирания зубов, потому возможно применение такого лечения с профилактической целью при отсутствии функциональной патологии. Способ лечения патологической стираемости зависит от наличия либо отсутствия патологии височно-нижнечелюстного сустава, выраженных эстетических нарушений, гиперестезии твердых тканей зубов, а также от формы и степени патологической стираемости, возраста пациента. Наиболее сложное и длительное лечение требуется при дисфункциях жевательных мышц и патологии височнонижнечелюстного сустава.

 Патологическая стираемость II степени лечится в два этапа. На первом этапе необходимо нормализовать межальвеолярную высоту и высоту нижнего отдела лица, расположение нижней челюсти в саггитальном и трансверзальном направлениях и перестроить функцию жевательных мышц. На втором этапе ортопедическое лечение заканчивается рациональным зубным протезированием. Двухэтапное лечение необходимо для предупреждения осложнений после зубного протезирования (вторичное снижение высоты нижнего отдела лица, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, перегрузка опорных зубов, внедрение их в альвеолярный отросток, пародонтит), нередко наблюдающихся без такой подготовки.

 Первый этап — перестройка функции жевательных мышц — осуществляется на каппе. При целостных зубных рядах применяется назубная каппа. Обычно она изготавливается на зубной ряд нижней челюсти, где лучше фиксируется и доставляет пациенту меньше эстетических проблем. Хотя при необходимости каппа может быть изготовлена и на зубной ряд верхней челюсти.

 Назубная каппа. Технология ее изготовления следующая. По анатомическим оттискам отливаются модели обеих челюстей, по возможности, из высокопрочного гипса. Далее фиксируется центральная окклюзия при новой, увеличенной межальвеолярной высоте. При этом не следует увеличивать межальвеолярную высоту более чем на 4 мм, так как это может вызывать различные неудобства, а иногда и боли в височно-нижнечелюстном суставе, что нередко является причиной полного отказа пациента от пользования каппой. Также важно чтобы новая межальвеолярная высота была меньше высоты физиологического покоя (на величину около 2 мм), в противном случае будет развиваться гипертонус жевательных мышц. После фиксации центральной окклюзии модели гипсуются в артикулятор или окклюдатор. Рабочая модель покрывается разделительным лаком, и проводится моделирование каппы из воска. Моделирование выполняется с особой тщательностью. Следует помнить, что грубую и толстую каппу больные отказываются применять, к ней трудно, порой невозможно привыкнуть. С вестибулярной и язычной сторон назубная каппа оканчивается на уровне шеек зубов, толщина которой в этой области не должна превышать 0,4 мм. Поверхность смыкания каппы моделируется в соответствии с отпечатками зубов-антагонистов. После моделировки проводится замена воска пластмассой (Синма М) по общепринятой методике. Обработанная каппа припасовывается в полости рта, контролируются расположение ее краев, межальвеолярная высота, обеспечивается множественный и одновременный контакт с антагонистами на всем протяжении каппы. После наложения каппы следует дождаться полной к ней адаптации. В это время назубная каппа выступает как съемный протез и требует соответствующего гигиенического ухода. После полной адаптации пациента к каппе ее можно укрепить на зубах цементом для временной фиксации с последующим регулярным контролем раз в 2–3 нед. на предмет расцементировки. Через один месяц после наложения каппы можно (при необходимости) приступить к дальнейшему увеличению высоты нижнего отдела лица, покрыв поверхность каппы самотвердеющей пластмассой слоем не толще 4 мм, при этом должна сохраняться как минимум двухмиллиметровая разница между высотой нижнего отдела лица и высотой физиологического покоя. После того как необходимая высота достигнута, пациент продолжает пользоваться каппой до полного привыкания и восстановления функции жевательных мышц, то есть, по данным Х. А. Каламкарова, в течение 3 мес. Таким образом, в зависимости от клинической ситуации срок пользования каппой варьируется от 3 до 6 мес.

 Второй этап — протезирование. Вначале каппу укорачивают, сохраняя ее в области передних зубов. Оставшаяся часть каппы служит на время протезирования боковых зубов надежным ориентиром, фиксатором межальвеолярной высоты и положения нижней челюсти в горизонтальной плоскости. Затем изготавливают и фиксируют встречные несъемные протезы (коронки или мостовидные протезы) на жевательные зубы. Для восстановления моляров и вторых премоляров лучше всего применять цельнолитые протезы. После успешного завершения протезирования в области боковых зубов изготавливают и фиксируют встречные коронки с облицовкой в области резцов, клыков и первых премоляров. Отличие в протезировании патологической стираемости II степени состоит в том, что коронками или мостовидными протезами покрываются все зубы обеих челюстей.

 Патологическая стираемость III степени лечится в два этапа, как и стираемость II степени. Первый этап полностью идентичен. На втором этапе лечения — протезировании — возникают дополнительные сложности. При сохранении менее трети высоты коронковых частей зубов укрепление на них коронок не надежно без предварительного восстановления зубов литыми штифтовыми культевыми вкладками. Изготовление таких вкладок не всегда возможно по причине значительной, вплоть до полной, облитерации корневых каналов зубов и соответствующих сложностей с депульпированием. Тактика врача заключается в том, чтобы провести эндодонтическое лечение с последующим восстановлением культевыми штифтовыми вкладками по возможности максимального количества зубов. Такие зубы в дальнейшем следует восстановить несъемными конструкциями протезов, как это было описано выше. Зубы, эндодонтическое лечение которых не представляется возможным (что видно на рентгенограмме по отсутствию видимых просветов корневых каналов), целесообразно использовать в качестве опоры перекрывающих съемных протезов. Такие зубы не следует удалять, так как это вызывает атрофию альвеолярного отростка. Для предупреждения деминерализации культей зубов (часто развивающейся под базисом перекрывающего протеза) их следует покрыть штампованными колпачками. После фиксации несъемных конструкций (колпачки, коронки или мостовидные протезы) изготавливаются полные или частичные съемные пластиночные перекрывающие протезы с границами, доходящими до нейтральных зон.

 Ортопедическое лечение патологической стираемости II и III степени, осложненной дефектами и деформациями зубных рядов, может иметь особенности еще на этапе перестройки функции жевательных мышц из-за невозможности применения назубной каппы при больших включенных или концевых дефектах. В этих случаях изготавливается зубодесневая каппа, отличающаяся от назубной каппы более широкими границами и опорой на альвеолярные отростки челюстей в области отсутствующих зубов. Зубодесневая каппа с язычной стороны нижней челюсти перекрывает шейки имеющихся зубов и оканчивается на расстоянии 1–1,5 мм от места перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка в слизистую дна полости рта. По вестибулярной поверхности в области отсутствующих зубов граница базиса каппы находится на расстоянии 1–1,5 мм от переходной складки. Зубодесневая каппа изготавливается из базисной пластмассы. Процесс использования данной каппы аналогичен описанному ранее для каппы назубной, за исключением невозможности фиксации на временный цемент и более тщательного гигиенического ухода. После полного восстановления функции жевательных мышц каппу срезают таким образом, чтобы обнажились коронки передних зубов. Получается как бы частичный съемный протез, благодаря которому удерживается межальвеолярная высота. Поскольку пациент уже привык к каппе за 3–6 мес., он уже не испытывает особых неудобств. Имеющиеся во рту зубы оказываются разобщенными, что позволяет изготовить на них коронки. В области зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, на искусственных коронках следует предусмотреть место для окклюзионных накладок (если планируется бюгельный протез). Если концевой дефект ограничен премоляром или клыком, окклюзионную накладку следует располагать с мезиально-язычной стороны соответствующего зуба. Это уменьшает перегрузку дистальных опор. После укрепления несъемных конструкций можно приступить к изготовлению съемных протезов, во время подготовки которых пациент должен продолжать пользоваться каппой, дабы не вызвать перегрузку оставшихся зубов. При наложении съемного протеза особое внимание уделяется плотности контакта пластмассовых зубов с антагонистами. Пациент должен быть под систематическим наблюдением и являться на контрольный осмотр через 6 мес. При ослаблении плотности контакта с антагонистами проводится коррекция с использованием самотвердеющей пластмассы. Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Лечение данной патологии должно проводиться комплексно и быть направлено прежде всего на устранение боли. До и в процессе ортопедического лечения полезны физиотерапия, медикаментозная терапия, лечебная физкультура.

Ортопедическое лечение предусматривает: 1) устранение причины заболевания (если она не исключена); 2) избирательную пришлифовку (по показаниям); 3) аппаратурное лечение для нормализации межальвеолярной высоты, положения нижней челюсти и перестройки функции жевательных мышц; 4) рациональное зубное протезирование.

Одной из наиболее действенных мер лечения дисфункции височнонижнечелюстных суставов, обусловленной патологической стираемостью зубов, является восстановление межокклюзионной высоты, после которого постепенно нормализуется функция жевательных мышц. У большинства пациентов с данной патологией уже через неделю после восстановления высоты прикуса уменьшаются боли, а в дальнейшем полностью исчезают явления дисфункции сустава. Восстановление высоты прикуса и положения нижней осуществляют на пластмассовой каппе (по показаниям — назубной или зубодесневой) поэтапно, увеличивая межокклюзионную высоту одномоментно не более чем на 4 мм. Продолжительность лечения каппой при отсутствии бокового сдвига нижней челюсти составляет 3–6 мес. При сочетании сниженного прикуса с боковым сдвигом нижней челюсти необходимо нормализовать и положение челюсти в трансверзальном направлении. Если имеется боковое смещение челюсти до 4 мм, то челюсть можно поставить в правильное положение при помощи той же пластмассовой каппы, на которой восстанавливают высоту прикуса. При закрывании рта пациенту уже будет неудобно ставить челюсть в прежнее привычное положение, так как этому препятствуют имеющиеся на каппе четкие отпечатки зубов-антагонистов. Таким образом, пациент вынужден поставить челюсть в правильное положение. При более значительном смещении нижней челюсти такой способ недостаточно эффективен. При смещении более 4 мм применяют каппу с наклонной плоскостью. Способ ее изготовления в целом аналогичен рассмотренному ранее для назубной или зубодесневой каппы, только на этапе моделирования к уже сформированной восковой модели каппы добавляется наклонная плоскость. Наклонная плоскость моделируется с наружной вестибулярной поверхности каппы на стороне, противоположной смещению нижней челюсти. Наклонная плоскость соприкасается со щечной поверхностью антагонирующих моляров и премоляров, перекрывая 2 /3 длины коронок этих зубов. Продолжительность лечения каппой при наличии бокового сдвига нижней челюсти составляет 6–8 мес. При последующем протезировании закрепляются межокклюзионная высота и нормальное положение нижней челюсти. Больные с патологической стираемостью твердых тканей зубов после ортопедического лечения должны находиться под диспансерным наблюдением по меньшей мере в течение 2 лет. По истечении этого срока высота прикуса стабилизируется, и опасность возникновения осложнений исчезает.

2. Составить таблицу по использованию различных ортопедических конструкций при аплазии эмали.

|  |  |
| --- | --- |
| Некариозное поражение | Лечение |
| Характер лечения при **гипоплазии** зависит от тяжести клиническихпроявлений. | Если пациент не предъявляет жалоб на эстетический дефект, то лечение необязательно. При наличии пятен, расположенныхв поверхностных слоях эмали, можно рекомендовать метод микроабразии — сошлифовывание тонкого слоя эмали с помощью пасты Prema,содержащей хлористо-водородную кислоту, карборунд и кремниевыйгель. При значительных дефектах проводят препарирование и пломбирование дефекта композитными материалами. При тяжелых формахгипоплазии следует рекомендовать ортопедическое лечение. Важнымэлементом комплексного лечения гипоплазии считают проведениекурсов реминерализующей терапии. |
| Выбор метода лечения при **флюорозе** зависит от стадии патологического процесса. | При легкой и умеренной форме флюороза рекомендуются микроабразия эмали, отбеливание, при тяжелых формах — пломбирование, ортопедическое лечение.В целях предотвращения поражения зубов флюорозом в населенныхпунктах необходимо осуществлять комплекс профилактических меробщественного и индивидуального характера. Общественные мерысводятся:– к замене водоисточников с большим содержанием фтора другимис оптимальной его концентрацией;– смешиванию вод водоисточников путем закольцовывания;– очистке питьевой воды солями алюминия, гидроксидом магнияили фосфатом кальция в дефтораторных установках.Индивидуальные меры следует начинать с момента рожденияребенка и до окончания сроков минерализации постоянных моляров.Нежелательны искусственное вскармливание, ранний прикорм детей.Необходимо дополнительно вводить в пищу витамины C и D, глюконаткальция, исключать продукты с большим содержанием фторида (морские сорта рыбы, шпинат, зеленый чай). |
| Лечение **наследственных нарушений развития зубов** | заключается в проведении курсов реминерализирующей терапии, ортопедическом лечении. |
| Лечение **дисколоритов** | мягкий зубной налет удаляют с помощьюпрофилактических паст, щеточек, резиновых чашечек. Плотный налетудаляют с помощью абразивных паст, содержащих цирконий. Для удаления налета с контактных поверхностей используют флоссы. Оченьэффективно удаление налета с помощью аппарата Air-Flow. Для изменения цвета зубов рекомендуют отбеливание, изготовление виниров. |
| Лечение **патологической стираемости** | включает консультацию эндокринолога, седативную терапию, ношение суставных шин, препарирование и пломбирование дефектов, сглаживание острых краев зубов,курсы реминерализирующей терапии, ортопедическое лечение. |
| Лечение **клиновидных дефектов** | комплексное и начинается с устранения причины, а также включает реминерализирующую терапию,пломбиров |
| Принцип лечения **эрозии** | состоит в реминерализации пораженныхучастков, что способствует переходу активной стадии в стабильную,для которой характерны снижение гиперестезии и стабилизация дальнейшей убыли ткани. После курса реминерализации следует провести пломбирование с помощью композитных материалов, компомеров, стеклоиономерных цементов. После пломбирования необходимоповторить курс аппликаций. |