**Ортопедическое лечение пациентов с патологическим стиранием зубов**

Патологическая стираемость (ПС) зубов представляет собой прогрессирующий процесс убыли твердых тканей зубов с переходом эмалево-дентинной границы, который сопровождается комплексом изменений эстетического функционального и морфологического характера в зубных и околозубных тканях жевательных мышцах и ВНЧС.

Наиболее полно отражает клиническую картину стираемости зубов классификация предложенная М.Г. Бушаном (1979). Она включает различные клинические аспекты функционального и морфологического характера: стадию развития, глубину, пораженность, плоскость поражения и функциональные нарушения. В зависимости от стадии развития: 1 - физиологическая стираемость в пределах эмали; 2 - переходная - в пределах эмали и частично дентина; 3 - патологическая и пределах дентина (со снижением окклюзионной высоты или без него). В зависимости от степени выраженности и глубины: I степень - до 1/3 длины коронки; II степень - от 1/3 до 2/3 длины коронки; III степень - от 2/3 длины коронки до краев десны. В зависимости от плоскости поражения: горизонтальная, вертикальная, смешанная; по протяженности - ограниченная и генерализованная. В зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции зубочелюстной системы следует различать: декомпенсированная и компенсированная.

Основными целями протезирования при патологической стираемости твердых тканей зубов являются:

1) восстановление эстетических норм;

2) обеспечение множественного равномерного контакта на всем протяжении зубных рядов;

3) восстановление высоты прикуса;

4) предотвращение рецидива снижающегося прикуса;

5) профилактика функциональной перегрузки пародонта;

6) сохранение нормального положения нижней челюсти.

**Ортопедическое лечение** — это восстановление анатомической формы зубов накладками, коронками, мостовидными или съемными протезами. Выбор метода лечения зависит от действующих этиологических факторов, топографии, величины дефектов, наличия дефектов зубного ряда, парафункций и вредных привычек, состояния периодонта, а также механических и эстетических свойств стоматологических материалов.

**Повышенное стирание фронтальных зубов.**

В литературе описаны различные варианты лечения:

1. Предварительная реставрация режущего края композитом и изготовление винира, перекрывающего твердые ткани зуба и композит.

2. Реставрация вестибулярной поверхности керамическим виниром, небной — металлическим.

3. Реставрация вестибулярной и небной поверхностей керамическими винирами. Однако для размещения керамики требуется больше пространства и иногда трудно замаскировать границу между керамикой на режущем крае и оставшимися тканями зуба на вестибулярной поверхности.

4. Изготовление традиционной коронки или цельнокерамического микропротеза с фиксацией композитным цементом.

Для реставрации только небных поверхностей возможно использование металлических виниров. Это наиболее консервативный метод, имеющий свои ограничения и требующий большой точности. Эффективность лечения составляет 92,7–99 %. Никельхромовый сплав имеет большую адгезию к композитному цементу, сплав золота обладает лучшими 42 рабочими характеристиками.

Препарирование зуба минимально: обычно ограничиваются сглаживанием периферических краев эмали. Расширение границ препарирования на режущий край облегчает позиционирование винира во время цементировки и увеличивает поверхность фиксации. Неэстетическое выделение металлической полоски на режущем крае авторы рекомендуют устранять внутриротовой пескоструйной обработкой. При зубоальвеолярном удлинении возможен альтернативный подход — преднамеренная моделировка небных виниров таким образом, чтобы после фиксации окклюзионные контакты были только на винирах (как вариант аппарата с накусочной площадкой). Использование опаковых оттенков композитного цемента может уменьшить серый оттенок режущей трети коронки, возникающий вследствие просвечивания металла. Хотя металлические виниры являются прекрасным консервативным методом лечения повышенного стирания верхних фронтальных зубов, они не приемлемы при уменьшении высоты коронки зуба.

**Повышенное стирание жевательных зубов.** Наиболее консервативный метод лечения повышенного стирания жевательных зубов — использование металлических накладок. Возможно применение керамических накладок с адгезивной фиксацией. Однако при появлении трещин и переломов в отдаленные сроки керамические накладки в области жевательных зубов не поддаются починке. Во время предварительной припасовки накладок проверка окклюзии затруднена вследствие их слабой ретенции до фиксации. Использование лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора уменьшает необходимость значительной коррекции микропротезов. Провизорные накладки могут быть утеряны при использовании временных цементов с небольшой адгезией, а адгезивная фиксация может привести к повреждению твердых тканей зубов при снятии данных накладок. Для профилактики таких осложнений применяется объединение нескольких провизорных накладок в единый блок и фиксация его к пятнам протравленной эмали. Это надежный, но дорогой метод. Керамические виниры и накладки более эстетичны, но стоят дороже и не поддаются починке. В результате исследования срока службы прямых и непрямых реставраций, изготовленных для лечения кариеса зубов, было доказано, что они практически равноценны. Реставрации из композиционных материалов, безусловно, имеют меньший срок службы, чем литые и металлокерамические конструкции. Однако они позволяют свести препарирование к минимуму и сохранить пульпу зуба.