Тема: Протезирование дефектов зубов

Цель; формирование ориентировочной основы для последующего усвоения студентами учебного материала.

 Аннотация лекции:

Адентия - отсутствие нескольких или всех зубов. Различают приобретенную (в результате заболевания или травмы), врожденную наследственную адентию.

В специальной литературе применяют ряд других терминов: дефект зубного ряда, отсутствие зубов, потеря зубов.

Частичной вторичной адентией как самостоятельной нозологической формы поражения зубочелюстной системы называют заболевание зубного ряда или обоих зубных рядов, характеризующееся нарушением целостности зубных рядов сформированной зубочелюстной системы при отсутствии патологических изменений в остальных звеньях этой системы.

При потере части зубов все органы и ткани зубочелюстной системы могут адаптироваться к данной анатомической ситуации благодаря компенсаторным возможностям каждого органа системы. Однако после потери зубов в системе могут наступить значительные изменения, которые относят к осложнениям. Патогенетические основы частичной вторичной адентии как самостоятельной формы поражения зубочелюстной системы обусловлены большими адаптационными и компенсаторными механизмами зубочелюстной системы. Начало болезни связано с удалением зуба и образованием дефекта в зубном ряду и как следствием последнего - изменением функции жевания. Единая в морфофункциональном отношении зубочелюстная система распадает. ся при наличии нефункционирующих зубов (эти зубы лишены антагонистов) и групп зубов, функциональная деятельность которых повышена. Субъективно человек, потерявший один, два и даже три зуба, может не замечать нарушения функции жевания. Однако, несмотря на отсутствие субъективных симптомов поражения зубочелюстной системы, в ней происходят существенные изменения.

Увеличивающаяся со временем количественная потеря зубов ведет к изменению функции жевания. Эти изменения зависят от топографии дефектов и количественной потери зубов: на участках зубного ряда, где нет антагонистов, человек разжевывать или откусывать пищу не может, эти функции выполняют сохраненные группы антагонистов. Перенос функции откусывания на группу клыков или премоляров вследствие потери передних зубов, а при потере жевательных - функции разжевывания на группу премоляров или даже переднюю группу зубов нарушает функции тканей пародонта, мышечной системы, элементов височнонижнечелюстных суставов.

Откусывание пищи возможно в области клыка и премоляров справа и слева, а разжевывание в области премоляров справа и второго и третьего моляров слева.

Если отсутствует одна из групп жевательных зубов, то исчезает балансирующая сторона; имеется лишь фиксированный функциональный центр жевания в области антагонирующей группы, т. е. потеря зубов ведет к нарушению биомеханики нижней челюсти и пародонта, нарушению закономерностей перемежающейся активности функциональных центров жевания.

При интактных зубных рядах после откусывания пищи разжевывание происходит ритмично, с четким чередованием рабочей стороны в правой и левой группах жевательных зубов. Чередование фазы нагрузки с фазой покоя (балансирующая сторона) обусловливает ритмичное подключение к функциональной нагрузке тканей пародонта, характерную сократительную мышечную деятельность и ритмичные функциональные нагрузки на сустав.

При потере одной из групп жевательных зубов акт жевания принимает характер рефлекторно заданного в определенной группе. С момента потери части зубов изменение функции жевания будет определять состояние всей зубочелюстной системы и ее отдельных звеньев.

И. Ф. Богоявленский указывает, что изменения, развивающиеся под влиянием функции в тканях и органах, в том числе в костях, есть не что иное, как «функциональная перестройка». Она может протекать в пределах физиологических реакций. Физиологическая функциональная перестройка характеризуется такими реакциями, как адаптация, полная компенсация и компенсация на пределе. Многообразие вариантов вторичной частичной адентии, оказывающих существенное влияние на выбор того или иного метода лечения, систематизировано многочисленными авторами. Наибольшее распространение получила классификация дефектов зубных рядов, разработанная Кенеди, хотя и она не охватывает возможные в клинике сочетания.

Автор выделяет четыре основных класса. Класс I характеризуется двусторонним дистально не ограниченным зубами дефектом, II - односторонним дистально не ограниченным зубами дефектом; III - односторонним дистально ограниченным зубами дефектом; IV класс - отсутствием передних зубов. Все виды дефектов зубного ряда без дистального ограничения еще называют концевыми, с дистальным ограничением - включенными. Каждый класс дефекта имеет ряд подклассов. Общий принцип выделения подклассов - появление дополнительного дефекта внутри сохранившегося зубного ряда. Это существенно влияет на ход клинического обоснования тактики и выбора того или иного метода ортопедического лечения (вид зубного протеза).

Лечение вторичной частичной адентии проводят мостовидными, съемными пластиночными и бюгельными зубными протезами.

Мостовидным несъемным протезом называется лечебный аппарат, служащий для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Он укрепляется на естественных зубах и передает на пародонт жевательное давление, которое регулируется пародонтомускулярным рефлексом.

Принято считать, что лечение мостовидными несъемными протезами позволяет восстановить до 85 - 100 % эффективность жевания. С помощью этих протезов возможно полноценно устранить фонетические, эстетические и морфологические нарушения зубочелюстной системе. Почти полное соответствие конструкции протеза естественному зубному ряду создает предпосылки к быстрой адаптации пациентов к ним (от 2 - 3 до 7 - 1 0 дней). Любая конструкция зубного мостовидного протеза включает две и более опоры (медиальную и дистальную) и промежуточную часть (тело) в виде искусственных зубов. В качестве опор в клинике чаще применяют искусственные коронки. К более сложным видам опорных элементов относятся вкладки, полукоронки, штифтовые зубы или «культевые конструкции». Общее требование, предъявляемое к опорным зубам под мостовидные протезы - параллельность вертикальных поверхностей опор между собой. Если в отношении двух опор в виде штампованных или литых коронок можно «на глаз» определить их параллельность между собой после препарирования, то при увеличении числа опор оценить параллельность стенок коронок отпрепарированных зубов трудно. Протезирование зубов мостовидными протезами может повлечь за собой ряд осложнений.

Некоторое время после протезирования пациент может испытывать чувство дискомфорта, вызванное появлением инородного тела во рту. При отсутствии других осложнений, ощущение дискомфорта уже через несколько дней проходит.

В какой-то своей точке мостовидный протез может оказаться выше, чем остальные зубы. Кроме того что-то может мешать свободному движению челюстей при смыкании зубов. Данная проблема решается пришлифовыванием у стоматолога-ортопеда. Если этого вовремя не сделать, то осложнение может привести к сильным болям опорных зубов и даже раскалыванию протеза.

Иногда по ряду причин возможно отклеивание моста. В данной ситуации следует сразу же обратиться к стоматологу и прикрепить протез обратно, иначе может произойти смещение опорных зубов и всю конструкцию протеза придется переделывать.

Иногда мостовидный протез спустя какое-то время после установки может начать расшатываться: либо по причине деформации опорных зубов, либо по причине изменения прикуса. В первом случае может помочь лечение и укрепление опорных зубов с последующим перепротезированием. Во втором, возможно, понадобится лишь небольшая пришлифовка.

Еще одно из неприятных последствий момтовидного протезирования – оголение шейки зубов в результате рецессии десны либо других заболеваний десен. В данном случае может понадобиться перепротезирование с использованием коронок из биосовместимых материалов.

4. Форма организации лекции:традиционная

5. Методы, используемые на лекции словесные методы (объяснение), наглядные (иллюстрация, пособия), индуктивные и дедуктивные методы.

6. Средства обучения:

- материально-технические: мультимедийный проектор.