

Таким чином, парафункціональні зміни розподілені на три основні форми, прояв яких характеризується на стільки скаргами пацієнтів, скільки клінічною картиною і потребують диференціальної діагностики і лікування.

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНОЮ ФОРМОЮ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ**

*Кузь Г.М., Баля Г.М.*

Українська медична стоматологічна академія  
Кафедра ортопедичної стоматології та імплантології

Патологічне стирання твердих тканин зубів супроводжується морфологічними, функціональними і естетичними порушеннями. Клінічна картина при цьому достатньо різноманітна і залежить від ряду чинників: віку хворого, реактивності організму, виду прикусу, наявності дефектів зубних рядів, ступеня виразності патологічного процесу.

Найбільш типовими ознаками патологічного стирання зубів є: порушення їхньої анатомічної форми, гіперестезія, зниження міжальвеолярної висоти й укорочення нижньої третини обличчя, порушення естетичних норм, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, зміна конфігурації і розміру альвеолярних відростків щелеп, ураження тканин пародонту.

Типовим ускладненням генералізованої форми патологічного стирання зубів є прикус, що знижується. На відміну від інших патологічних форм він розвивається в період сформованого постійного прикусу. За даними М.Г.Бушана [1] прикус, що знижується зустрічається у 6% населення віком від 20 років. В своїй класифікації прикусу, що знижується, він виділяє III стадії:

I – початкова стадія

II – розвинута стадія з локалізацією патологічного процесу в зубній дузі:

- а) без помітної деформації зубних та альвеолярних дуг
- б) з деформацією зубних і альвеолярних дуг

III – розвинута стадія з локалізацією патологічного процесу в зубній системі та скронево-нижньощелепному суглобі:

- а) без помітних деформацій зубних і альвеолярних дуг
- б) з деформацією зубних і альвеолярних дуг.

Ортопедичне лікування цієї патології само по собі дуже складне та ускладнюється при наявності дефектів зубних рядів різної локалізації та розмірів. Воно повинно бути направленим на відновлення втраченої міжальвеолярної висоти, усунення дефектів зубних рядів та відновлення анатомічної форми зубів, нормалізацію функції жувальних м'язів.

В зв'язку з цим вважаємо за доцільне навести клінічний випадок, з яким довелось зіткнутися в нашій практиці.

На кафедрі ортопедичної стоматології звернулась пацієнтка Г., 75 років зі скаргами на неможливість пережовування їжі у зв'язку з відсутністю зубів у бічних ділянках на верхній та нижній щелепах, травмування м'яких тканин язика та щік гострими краями зубів, неприємні відчуття в ділянці скронево-нижньощелепного суглобу.

Із анамнезу захворювання виявлено, що зуби видалялись протягом 8 років з приводу ускладненого карієсу. За ортопедичною допомогою звертається вперше.

При об'єктивному обстеженні виявлено зниження нижньої третини обличчя, виразність носо-губних складок, кути рота опущені. При огляді порожнини рота:

- на верхній щелепі двосторонні кінцеві дефекти середнього розміру, обмежені 13, 24, та малі включені дефекти у фронтальній ділянці;

- на нижній щелепі два включених дефекти середнього розміру у бічних ділянках. Зуби, що залишилися, мають ознаки патологічного стирання середнього та важкого ступеню з локалізацією характерних атипових площадок на вестибулярній, піднебінній та жувальній поверхнях. При

змиканні зубних рядів відмічаються ознаки супра- та інфраоклюзії, що супроводжуються вакантною гіпертрофією альвеолярного відростку у фронтальній ділянці.

При електроміографічному обстеженні спостерігається порушення чіткої зміни та періодичності фаз активності та спокою, втрата нормального веретеноподібного залпу активності, зниження його амплітуди.

На підставі скарг хворої, анамнезу захворювання та даних об'єктивного та електроміографічного обстеження поставлений діагноз: дефект зубного ряду верхньої щелепи 1 кл. П підклас за Кеннеді, дефект зубного ряду нижньої щелепи Ш кл. 1 підклас за Кеннеді, втрата жувальної ефективності за Агаповим, генералізоване патологічне стирання твердих тканин зубів, змішана форма, прикус, що знижується, розвинута стадія з деформацією зубної дуги.

В ході ортопедичного лікування встановлено, що для відновлення необхідної висоти прикусу необхідне роз'єднання щелеп на 3 мм. Це було досягнуто шляхом виготовлення зустрічних відновлюючих коронок на всі зуби, що збереглися та часткових знімних пластинкових протезів та обидві щелепи з телескопічною фіксацією.

Таким чином, в результаті ортопедичного лікування хворій Т. відновлені: анатомічна форма зубів, цілісність зубних рядів, функція жування, усунені неприємні відчуття в області скронево-нижньощелепного суглобу завдяки відновленню втраченої висоти прикусу.