****

**Раздел № 11**

**«Ортопедическая стоматология»**

# Лекция

***Подготовка полости рта к ортопедическому лечению***

До ортопедического лечения проводится комплексное терапевтическое и хирургическое лечение с целью подготовки мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области к протезированию. Это связано с тем, что у пациента могут быть различные заболевания полости рта, которые могут препятствовать протезированию. Например, [кариес](http://www.womenhealthnet.ru/stomatology/543.html), [стоматит](http://www.womenhealthnet.ru/stomatology/619.html) (воспаление слизистой оболочки полости рта), рубцовые изменения слизистой оболочки после перенесенных воспалительных заболеваний и травм, различные аномалии развития зубочелюстной системы.

Стоматолог-терапевт проводит пациентам санацию полости рта, удаляет зубные отложения (зубной налет, зубной камень), лечит заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта. Стоматолог-хирург удаляет зубы и корни зубов, которые не подлежат консервативному (нехирургическому) лечению.

**Комплекс лечебных ортопедических мероприятий перед протезированием**

Ортопедическое лечение включает ряд клинических и лабораторных этапов, численность и последовательность которых диктуется конструкцией протеза и тактикой самого лечения. Ортопедическое лечение может предупредить ряд осложнений со стороны органов полости рта, если проводится своевременно.

Специальная подготовка больного ортопедом-стоматологом включает в себя конкретный план ортопедического лечения в зависимости от вида протеза. Проводится она с целью облегчения процедуры протезирования, создания условий для фиксации протеза, предупреждения травмы протезного ложа. По рекомендации ортопеда в хирургическом кабинете проводится комплекс пластических операций, которые направлены на создание условий для лучшей фиксации протезов (устранение тяжей, рубцов, пластика полости рта, исправление формы альвеолярного отростка, пластика уздечек губ, языка и другие).

## Специальная подготовка полости рта к протезированию

**Складывается из терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий**.  
**К специальной терапевтической подготовке** больного к протезированию относится депульпирование зубов по протетическим показаниям и повторное пломбирование корневых каналов зубов, ранее неудовлетворительно леченных по поводу осложненного кариеса.

**Экстирпация пульпы показана при**:

1. Необходимости удаления массивного слоя твердых тканей для подготовки зуба под коронку (пластмассовую, фарфоровую, металлокерамическую, металлопластмассовую), если рентгенологически определяется широкая полость зуба. В этом случае после радикального препарирования твердых тканей зуба, во-первых, возникает гиперемия пульпы, часто переходящая в острый травматический пульпит. Во- вторых, оставшийся тонкий слой дентина не способен защитить пульпу. Возможно также вскрытие полости зуба во время манипуляций. В частности, широкая полость зуба характерна для детей, подростков и пациентов молодого возраста.  
2. Значительном наклоне зуба, когда необходимо создать параллельность опорных зубов мостовидного или дугового протеза.  
3. Необходимости значительного укорочения коронки вертикально переместившегося зуба, деформирующего окклюзионную поверхность.  
Наклон зуба, препятствующий созданию параллельности опор мостовидного протеза, может быть обусловлен зубочелюстными аномалиями, а также деформацией, возникшей в результате частичной потери зубов или заболевания пародонта.  
Депульпирование зубов, имеющих вестибулярный, оральный, мезиальный или дистальный наклон, с последующим укорочением их коронок показано пациентам с заболеваниями пародонта, поскольку попытки внедрения таких зубов с помощью накусочных аппаратов неэффективны и могут спровоцировать обострение патологического состояния — пародонтита или пародонтоза.  
Вскрытие полости зуба проводится под местной анестезией (проводниковой или инфильтрационной). Дальнейшее лечение заключается либо в экстирпации пульпы зуба с последующим пломбированием корневых каналов, либо в наложении девитализирующей пасты с экстирпацией пульпы и пломбированием корневых каналов в следующее посещение.

## Специальная ортопедическая подготовка полости рта к протезированию включает следующие манипуляции:

1) нормализация межальвеолярной высоты;  
2) исправление зубочелюстных аномалий;  
3) исправление деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов.  
Восстановление высоты нижней части лица (например, при повышенной стираемости твердых тканей зубов) и положения нижней челюсти может осуществляться одномоментно (как в случае протезирования металлокерамическими протезами) или постепенно. Одномоментно межальвеолярная высота может быть увеличена в пределах 4—6 мм в области боковых зубов при отсутствии заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, причем обязательным является сохранение свободного межокклюзионного расстояния не менее 2 мм. Уменьшение межальвеолярной высоты более чем на 6 мм вызывает необходимость поэтапного восстановления ее на лечебных накусочных протезах во избежание патологических изменений жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава и пародонта зубов.  
Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов, как правило, осложняют, а иногда делают невозможным протезирование. Так, при зубоальвеолярном удлинении зубы достигают слизистой оболочки беззубой альвеолярной части челюсти, сокращая тем самым пространство для протеза. При мезиальном перемещении наклон зуба в сторону дефекта нарушает параллельность зубов, что также затрудняет п

**К ортопедическим способам устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов относятся**:  
а) перемещение нижней челюсти;  
б) сошлифовывание зубов;  
в) аппаратурный (ортодонтический) метод.  
Перемещение нижней челюсти осуществляется в тех случаях, когда клинически и рентгенологически определяется дистальный ее сдвиг или имеются анатомо-топографические условия для этого (широкая щель в переднем отделе височно-нижнечелюстного сустава, уменьшение межальвеолярной высоты).  
Привычная, устойчивая задняя окклюзия, развивающаяся годами, делает сложной, а порой невозможной быструю реадаптацию жевательного аппарата при одномоментном восстановлении истинного центрального положения нижней челюсти. Основная опасность при этом заключается в формировании так называемых болтающихся, или разболтанных, суставов, порождающих две привычные окклюзии: центральную и заднюю. Кроме того, у жевательных мышц при перемещении нижней челюсти меняется расстояние между местами прикрепления. Чаще всего мышцы растягиваются вследствие увеличения межальвеолярной высоты. На это они реагируют повышением тонуса (миостатический рефлекс), который к 4—5-му дню превышает в 2—2,5 раза исходный тонус функционального покоя этих мышц (И. С. Рубинов).  
Примерно через неделю после этого начинается снижение тонуса, и на 19—21-й день происходит его нормализация. По истечении 4—6 нед. реадаптация жевательных мышц завершается, однако продолжается реадаптация височно-нижнечелюстных суставов (в среднем 4—7 мес.). По мнению большинства исследователей, нормализованная межальвеолярная высота не должна превышать высоты функционального покоя.  
Для удержания нижней челюсти в истинном центральном положении чаще всего используют пластиночные протезы с выраженными бугорками искусственных зубов. За счет этих бугорков блокируется сагиттальное перемещение нижней челюсти и предупреждается возможный рецидив дистального сдвига. В ряде случаев протез снабжается дополнительной накусочной площадкой или применяются каппы. Изменение положения нижней челюсти должно осуществляться под рентгенологическим контролем сустава.  
Выравнивание окклюзионной поверхности путем сошлифовывания зубов проводится после его планирования на диагностических моделях челюстей и рентгенограммах, в том числе телерентгенограммах. В зависимости от степени вмешательства после сошлифовывания зубов проводят полирование раневой поверхности, импрегнацию соединений кальция и фтора в нее, покрытие укороченных зубов коронками. Если при проведении окклюзионной плоскости на диагностических моделях челюстей или телерентгенограммах она пересекает полость переместившегося зуба, перед сошлифовыванием его депульпируют.  
Для реализации аппаратурного или ортодонтического способа устранения деформации окклюзионной поверхности зубных рядов используются протезы, одновременно являющиеся ортодонтическими аппаратами функционального действия. Они могут быть съемными с системой опорно-удерживающих кламмеров и несъемными.  
Искусственные зубы в протезе ставят с заведомым увеличением межальвеолярной высоты, так что в контакте с ними находятся лишь сместившиеся зубы. Оставшиеся зубы разобщены на 1 — 1,5 мм. Примерно через 2 нед. разобщенные зубы вступают в контакт с антагонистами.  
Это происходит по ряду причин. Одна из них — перестройка альвеолярной части в области переместившихся зубов вследствие функциональной перегрузки на их пародонт. В основе этой перестройки лежат явления атрофии, сопровождающиеся истончением костных балок губчатого вещества и их перегруппировкой. Альвеолярная часть при этом укорачивается, и вместе с ней перемещаются зубы. Другая причина — зубоальвеолярное удлинение в области потери окклюзионных контактов между зубами- антагонистами.  
В процессе лечения проводится серия дезокклюзий путем наслоения быстротвердеющей пластмассы на жевательную поверхность накусочного протеза. Так поступают до тех пор, пока перестройка альвеолярной части не приведет к частичному или полному исправлению окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и не появится возможность рационального протезирования.  
Наряду с терапевтическим аппараты-протезы оказывают побочное действие, которое заключается в атрофии беззубого альвеолярного гребня, внедрении опорных зубов, боковых сдвигах нижней челюсти. Профилактикой этим явлениям служат увеличение числа опорных зубов, четкие отпечатки жевательной поверхности переместившихся зубов на искусственных зубах-антагонистах, введение в конструкцию протезов наклонных плоскостей.  
Время пользования ортодонтическими аппаратами составляет 3—12 мес. Метод показан при вертикальном перемещении зубов у лиц, не старше 40 лет.  
Неудачи аппаратурного (ортодонтического) метода лечения привели к появлению комбинированного аппаратурно-хирургического способа исправления деформаций. Здесь воздействию аппарата предшествует хирургическое пособие, называемое **компактостеотомией**.