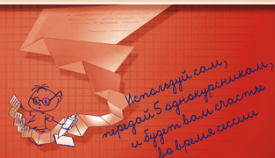


СТОМАТОЛОГИЯ

шпаргалки



**К. М. Капустин
Д. Н. Орлов
Стоматология
Серия «Шпаргалки»**

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=179769
Стоматология. Шпаргалки: Эксмо; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-24051-7*

Аннотация

Информативные ответы на все вопросы курса «Стоматология» в соответствии с Государственным образовательным стандартом.

Содержание

1. Стоматология как наука	4
2. Анатомическое строение челюстно-лицевой области	5
3. Строение зубов	6
4. Иннервация челюстно-лицевой области	7
5. Кариес	8
6. Пульпит	9
7. Периодонтит	10
8. Осложнения периодонтита. Радикулярные кисты челюсти	11
9. Оснащение и оборудование стоматологического кабинета	12
10. Аномалии размеров, формы и числа зубов	13
11. Аномалии положения зубов	14
12. Аномалии прикуса и аномалии зубных рядов	15
13. Повышенная стираемость зубов	16
14. Этиология повышенной стираемости зубов	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

К. М. Капустин, Д. Н. Орлов

Стоматология

1. Стоматология как наука

Стоматология является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась только в 20-х гг. XX в. Ее название происходит от двух греческих корней «stoma» – рот, отверстие и «logos» – учение и в буквальном переводе означает «наука об органах полости рта». В современном понимании стоматология определяется как область клинической медицины, которая занимается изучением болезней зубов, слизистой оболочки полости рта, челюстей, лица и частично шеи, и которая разрабатывает методы их диагностики, лечения и профилактики.

Прообразом современной стоматологии в древности являлись зубоврачевание, не относившееся в те времена к традиционной официальной медицине, и челюстно-лицевая хирургия, считавшаяся отраслью общей хирургии. Представителями зубоврачевания были в основном парикмахеры и ремесленники, а иногда и просто самоучки. Первая книга по зубоврачеванию в России «Дентистика, или зубное искусство о лечении болезней, с приложением детской гигиены» была написана и издана в 1829 г. штаб-лекарем Петербургской медико-хирургической академии (сегодня – Петербургская военно-медицинская академия) Алексеем Соболевым. Но, несмотря на это, развитие зубоврачевания в России происходило очень медленно; первая зубоврачебная школа была основана только в 1881 г. трудами Н. В. Склифосовского, А. А. Лимберга и Н. Н. Знаменского. Первое общество дантистов России было организовано в 1883 г.

В конце XIX – начале XX вв. стоматологическую помощь в основном оказывали в частных платных лечебных учреждениях, услуги их были доступны лишь небольшому кругу общественности, что также не способствовало быстрому развитию зубоврачевания. Только после первой мировой войны и затем Октябрьской революции с изменением социального уклада жизни страны появились условия для быстрого развития практических и научных основ этой области медицины. С расширением и укреплением теоретической базы и накопленным опытом появились предпосылки для слияния зубоврачевания и челюстно-лицевой хирургии в единую дисциплину на основе сходства патологических процессов и подходов к лечению. Большой вклад в развитие стоматологии в России внесли А. А. Лимберг, А. И. Евдокимов, Г. А. Васильев, И. Г. Лукомский, А. Э. Рауэр, Ф. М. Хитров, Д. А. Энтин, Н. М. Михельсон, М. В. Мухин.

В дальнейшем с развитием новой дисциплины в ней сформировались самостоятельные разделы: терапевтическая стоматология, хирургическая, детская и ортопедическая.

2. Анатомическое строение челюстно-лицевой области

Полость рта представлена следующими органами и анатомическими образованиями: ротовой щелью, преддверием полости рта, щеками, губами, твердым небом, мягким небом, языком, деснами, зубами, верхней и нижней челюстями.

Ротовая щель ограничена **губами**, образующими с боковых сторон углы рта. Толща губ представлена круговой мышцей рта и подкожно-жировой клетчаткой. Толщу **щек** составляют жировая ткань (комочек Биша) и пучки щечной мышцы. На внутренней поверхности щек в проекции коронки верхнего второго большого коренного зуба имеется сосочковое возвышение слизистой оболочки, на верхушке которого или под ним в преддверии полости рта открывается выводной проток околоушной слюнной железы. **Преддверие полости рта** образовано спереди – ротовой щелью (или сомкнутыми губами) и щеками по бокам, сзади – верхними и нижними деснами и зубами. Десны – альвеолярные отростки верхних челюстей и альвеолярная часть нижней челюсти, покрытые слизистой оболочкой, они охватывают **зубы** в области шейки. Парными околоушными, подъязычными и подчелюстными, а также многими мелкими железами слизистой оболочки полости рта секретируется слюна (до 1,5 л в сутки). Благодаря ей слизистая и эмаль зубов постоянно увлажняются. **Твердое небо** образовано небными отростками верхних челюстей, перпендикулярными отростками небных костей. **Мягкое небо** представлено мышечными волокнами, покрытыми слизистой оболочкой с большим количеством слизистых желез; по сторонам от него отходят дужки – небно-язычная и небно-глоточная, между которыми находятся скопления лимфоидной ткани (небная миндалина). **Язык** – мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой. В его строении различают корень, более широкую заднюю часть, тело, среднюю часть и верхушку. В шероховатой слизистой оболочке языка выделяют четыре вида сосочков, содержащих вкусовые рецепторы: нитевидные, листовидные, грибовидные, шероховатые.

Верхняя челюсть – парная неподвижная кость. В ее строении выделяют тело, небный отросток, принимающий участие в формировании твердого неба, лобный отросток, участвующий в формировании глазницы, скуловой отросток (соединяется со скуловой костью), альвеолярный отросток, несущий лунки зубов – альвеолы. В теле верхней челюсти располагается полость, называемая гайморовой пазухой, содержащая воздух и выстланная изнутри слизистой оболочкой. В непосредственной близости от нее располагаются верхушки корней больших коренных зубов (особенно шестых), что создает условия для перехода воспалительного процесса с зуба и близлежащих тканей в пазуху и развития гайморита. Нижняя челюсть – непарная подвижная кость, имеющая форму подковы. В ее строении выделяют тело, содержащее на верхнем крае зубные альвеолы, две ветви, завершающиеся мышечковым и венечным отростками; мышечковый отросток, соединяясь с суставной ямкой височной кости, участвует в образовании височно-нижнечелюстного сустава.

3. Строение зубов

В строении временных и постоянных зубов различаются следующие образования:

1) **коронка** – часть зуба, выступающая над десневым краем в полость рта. В свою очередь, в коронке выделяют полость зуба, которая при сужении переходит в канал корня зуба, пульпу – рыхлую ткань, заполняющую полость зуба и содержащую большое количество сосудов и нервов;

2) **шейка** – часть зуба, отделяющая его корень от коронки и расположенная под десневым краем;

3) **корень** – часть зуба, погруженная в альвеолу челюсти, в ней проходит канал корня зуба, заканчивающийся отверстием; основное назначение корня состоит в плотной фиксации зуба в альвеоле с помощью мощного связочного аппарата, представленного прочными соединительно-тканевыми волокнами, которые соединяют шейку и корень с пластинкой компактного костного вещества альвеолы.

Связочный аппарат зуба вместе со снабжающими его кровеносными и лимфатическими сосудами, нервами называется периодонтом. Он обеспечивает плотную фиксацию зуба, а за счет рыхлой клетчатки и межтканевой жидкости между волокнами – еще и амортизацию.

В гистологическом строении зуба выделяют следующие слои:

1) **эмаль** – самая твердая ткань человеческого тела, близкая по прочности к алмазу, она покрывает коронку и шейку зуба, самый толстый ее слой расположен над областью бугорков коронки зуба, по направлению к щеечной области толщина его уменьшается. Прочность эмали обусловлена высокой степенью ее минерализации;

2) **дентин** – вторая по прочности ткань, которая составляет основную массу тканей зуба, состоящая из коллагеновых волокон и большого количества минеральных солей (70 % массы дентина составляет фосфорнокислая известь); в наружном слое основного вещества дентина коллагеновые волокна располагаются радиально, а во внутреннем (околопульпарном) – тангенциально. В околопульпарном дентине, в свою очередь, выделяют преддентин – наиболее глубоко расположенный слой постоянного роста дентинного слоя;

3) **цемент** покрывает корневую часть зуба, по строению близок к костной ткани, имеет в своем составе коллагеновые волокна и большое количество неорганических соединений;

4) **пульпа** представлена рыхлой волокнистой соединительной тканью с большим количеством нервов и кровеносных сосудов, являющихся ветвями соответствующих артерий и нервов челюстей, а также лимфатических сосудов. Нервы и артерии в виде сосудисто-нервного пучка проникают в полость зуба через отверстие канала корня зуба. Пульпа выполняет различные функции: трофическую, регенеративную (за счет запаса камбиальных элементов), проявляющуюся в образовании нового заместительного дентина при кариозном процессе, защитную.

4. Иннервация челюстно-лицевой области

Челюстно-лицевую область иннервируют следующие нервы:

- 1) **тройничный** (V пара черепно-мозговых нервов), выполняющий, кроме чувствительной иннервации, еще и двигательную (для жевательных мышц) и отходящий от тройничного узла в составе трех ветвей: глазного, верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов;
- 2) **лицевой** (VII пара черепно-мозговых нервов), осуществляющий двигательную и вегетативную (для подъязычной и поднижнечелюстной слюнных желез) регуляцию, по своему ходу он отдает ветви височные, скуловые, щечные, нижнечелюстную краевую и шейную.

Высокие регенеративные способности тканей челюстно-лицевой области обусловлены довольно обильным кровоснабжением в основном за счет наружной сонной артерии, которая разветвляется на язычную, лицевую, верхнечелюстную и поверхностную височную.

Лимфатическая сеть челюстно-лицевой области развита довольно хорошо и обеспечивает хороший лимфоотток. Все лимфатические узлы этой зоны разделяются на лимфоузлы лица, поднижнечелюстной области и шеи. Из области бугра верхней челюсти и гайморовой пазухи лимфа направляется в глубокие шейные лимфатические узлы, пропальпировать которые обычно не представляется возможным. На пути оттока лимфы от зубов первый барьер представлен подчелюстными и подподбородочными узлами. От тканей челюстно-лицевой области лимфа через лимфатические сосуды шеи поступает в яремные лимфатические стволы.

Закладка зубочелюстного аппарата происходит у человека на 6—7-й неделе внутриутробного развития из эктодермального и мезодермального листков. В 6—7-месячном возрасте начинается прорезывание временных, или молочных, зубов, которое завершается к 2,5—3 годам. Анатомическая формула зубов временного прикуса имеет вид: 212, т. е. на каждой стороне верхней и нижней челюсти располагаются два резца, один клык и два моляра; общее количество временных зубов равно 20. В 5—6-летнем возрасте начинается прорезывание зубов постоянного прикуса, или коренных, которые к 12—13 годам полностью заменяют молочные; однако процесс этот завершается только к 22—24 годам с появлением третьих больших коренных зубов («зубов мудрости»), а иногда и позже. В постоянном прикусе насчитывается 32 зуба, их анатомическая формула имеет вид: 2123, т. е. два резца, клык, два премоляра и три моляра с каждой стороны на верхней и нижней челюсти. Ротовая полость совместно с зубочелюстным аппаратом выполняет различные функции в организме человека, такие как:

- 1) механическая обработка пищи;
- 2) химическая обработка пищи;
- 3) функция звукообразования;
- 4) функция дыхания;
- 5) чувствительная (анализаторная) функция.

5. Кариес

В настоящее время существует огромное количество теорий возникновения кариеса. Одна из них сводится к тому, что при несоблюдении гигиены полости рта появляется налет, который локализуется на боковых поверхностях зубов, фиссурах, другими словами на тех местах, где при жевании он не удаляется и прочно связывается с поверхностью зубов. В состав налета входят в основном полисахариды, минеральные соли, которые способствуют его уплотнению. В практической стоматологии такое образование называется «зубная бляшка», в состав которой наряду с вышеуказанными компонентами входят микроорганизмы, представленные в основном стрептококками. Бактерии, в свою очередь, продуцируют молочную кислоту, которая деминерализует эмаль и становится началом кариозного процесса. Не подлежит сомнению тот факт, что устойчивость зубов к кариесу связана с естественной защитой организма. Замечено, что у лиц с ослабленной сопротивляемостью активнее образуется мягкий зубной налет. По другой теории полагают, что частота встречаемости кариозного поражения определяется не только состоянием организма, но и свойствами и качественным составом слюны. У лиц, которые подвержены кариесу, слюна более вязкая, содержание минеральных солей в ней изменено. В возникновении кариеса определенную роль играют присутствие углеводов в слюне и проницаемость зубной эмали.

Кариозное пятно (*macula cariosa*) – пятно белесоватого цвета, которое представлено участком помутнения эмали и более слабым светопреломлением. Признаков разрушения эмали не наблюдается. При зондировании данного участка дефекта эмали не обнаруживается. Вероятным исходом этой стадии является переход в следующую стадию поверхностного кариеса (*caries superficialis*). Эта стадия характеризуется появлением шероховатости и пигментации на месте мелового пятна. Помимо этого, можно выявить участки размягчения эмали. Эта стадия заканчивается, когда процесс распространяется на всю толщину эмали. Средний кариес (*caries media*) характеризуется наличием кариозной полости, которая располагается в слое дентина на небольшой глубине. Состояние, при котором образуется кариозная полость значительных размеров, называется глубоким кариесом (*caries profunda*).

Клиническая картина весьма четкая: отсутствие спонтанных болевых ощущений, эпизодические болевые приступы, что обуславливается термическими и химическими факторами. После устранения данных раздражителей болезненность исчезает. Появление боли при механическом давлении говорит о глубоком кариесе.

При **лечении** кариеса в первую очередь необходимо удалить пораженные участки дентина и эмали путем механической обработки при помощи бора и бормашины. После этого образовавшуюся полость, которая больше изначальной кариозной полости заполняют пломбирочным материалом. Лечение поверхностного и среднего кариеса производится в один сеанс, глубокого – в 2–3 сеанса.

6. Пульпит

По мере того как кариозный процесс распространяется на более глубокие слои дентина, наступает момент, когда остается тонкий слой инфицированного дентина между дном кариозной полости и полостью зуба. Способность микроорганизмов проникать через дентинные каналы в еще не разрушенные слои дентина обуславливает инфицирование пульпы задолго до появления первых признаков сообщения между кариозной полостью и полостью зуба.

Острый пульпит. Существует прямая зависимость между остротой развития воспаления пульпы зуба и вирулентностью микроорганизмов. При остром пульпите происходит сдавление экссудатом нервных окончаний, что, в свою очередь, приводит к появлению боли.

Клиника характеризуется появлением острой самопроизвольной и приступообразной боли. Зачастую больные не могут точно указать локализацию зуба, так как боль имеет разлитой характер из-за ее иррадиации по ветвям тройничного нерва. Приступообразность боли обуславливается кровенаполнением сосудов.

В клинике выделяют несколько видов пульпитов: острый серозно-гнойный очаговый и острый гнойный диффузный пульпит. В случае с серозно-гнойным пульпитом боль усиливается от холодной воды, а при гнойном временно утихает.

Благодаря гноеродным бактериям серозный воспалительный процесс быстро прогрессирует в гнойный, что в итоге приводит к гангрене пульпы. В свою очередь, гнойный пульпит сопровождается усилением болевых ощущений.

При **лечении** пульпита для снятия боли используют анальгетики, но эта мера не всегда эффективна.

Хронический пульпит. Данное заболевание протекает значительно медленнее, чем острый пульпит. Оно может сопровождаться периодически возникающими ноющими болями. В некоторых ситуациях какие-либо патологические ощущения могут отсутствовать, что объясняется с патолого-анатомической точки зрения. Происходит замещение погибшей ткани грануляциями. Иногда эти грануляции могут выступать в полость зуба – полип зуба.

Лечение заключается в устранении воспалительного процесса и предупреждении его распространения, купировании боли. Классический способ лечения заключается в применении мышьяковистой пасты, которую накладывают на дно кариозной полости. Мышьяк – это протоплазматический яд, который вызывает некроз и мумификацию пульпы и ее элементов.

После механической ампутации пульпы приступают к следующему этапу, который заключается в медикаментозной обработке с последующим заполнением канала корня зуба жидким цементом, а полость зуба заполняется пломбировочным материалом. Необходимо добавить, что лечение пульпита можно проводить при помощи местного анестетика, что значительно упрощает процедуру, так как мышьяковистая паста в данном случае не применяется.

7. Периодонтит

Микроорганизмы способны вызвать воспаление в **периодонте** – связочном аппарате зуба, а также способны проникать туда разными путями, в том числе гематогенным.

Выделяют острый серозный периодонтит и острый гнойный периодонтит. В первом случае клиника будет характеризоваться ноющими болями с четкой локализацией, чувством удлинения пораженного зуба. При остром гнойном периодонтите будут наблюдаться местные и общие изменения. Боль усиливается, принимает пульсирующий характер с редкими светлыми промежутками. Зачастую возникает иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва. Даже легкое прикосновение способно вызвать сильную боль. Зуб становится подвижным в результате расплавления связочного аппарата.

При лечении в первую очередь необходимо обеспечить отток экссудата путем создания дренажа через кариозную полость. Для этого гангренозная пульпа удаляется экстрактором.

Хронический периодонтит. Как правило, протекает в бессимптомной форме. Выделяют следующие виды: фиброзный, гранулирующий, гранулематозный хронический периодонтит. При фиброзном периодонтите боль практически отсутствует, пульпа замещается грубоволокнистой соединительной тканью. По течению этот вид периодонтита вялый. На рентгенограмме имеет вид узкой равномерной полоски, ограниченный контурами корня зуба и линией пластинки компактного вещества альвеолы. При этом деформация в виде утолщения периодонта наблюдается у верхушки корня зуба. При гранулирующем периодонтите происходит образование грануляционной ткани в периодонте. Происходит разрушение кортикальной пластинки в альвеоле. В отличие от фиброзного периодонтита в данном случае происходит разрушение пластинки компактного костного вещества альвеолы. Данная форма периодонтита наиболее активная, так как ко всему прочему она сопровождается деструкцией периодонтальной щели и инфильтративным ростом грануляций. В ряде случаев могут образовываться свищи, которые могут прорываться на кожу лица в околочелюстной области. При осмотре стоматологом обнаруживаются гиперемия и отечность у корня больного зуба, а наличие свищевого хода облегчает постановку правильного диагноза. При гранулематозном периодонтите происходит образование соединительнотканной оболочки в виде мешочка, прикрепленного к верхушке корня зуба. Это образование получило название гранулемы. Вследствие постоянного увеличения в размерах гранулемы происходит увеличение давления на окружающую ткань, что, в свою очередь, приводит к расплавлению и оттеснению костных элементов альвеолы.

Единственно возможный вариант **лечения** данной патологии – это хирургическое вмешательство, которое направлено на удаление из околозубного очага воспаления патологической ткани.

8. Осложнения периодонтита. Радикулярные кисты челюсти

Выделяют следующие осложнения: местные и общие. К общим осложнениям относят явления интоксикации как следствие всасывания продуктов жизнедеятельности микроорганизмов из очага воспаления. Диссеминация бактерий в различные органы, что, в свою очередь, может привести к возникновению вторичных заболеваний. К местным осложнениям относят такие, как свищевые ходы и кисты. Рассмотрим подробнее несколько нозологических единиц.

Одонтогенные свищи. Они образуются в результате проникновения грануляционной ткани в толщу альвеолярного отростка, под надкостницу, а затем под слизистую. В результате чего образуется свищевой ход на уровне проекции верхушки корня зуба.

Для подтверждения **диагноза** хронического периодонтита необходимо провести тщательную диагностику с максимальной детализацией диагностических приемов. Одним из основных методов является рентгенография больного зуба, а также пальпаторное определение грануляционного тяжа, идущего от альвеолярного отростка в мягкие ткани.

Лечение направлено на санацию очага инфекции (больного зуба). При этом в ряде случаев свищевой ход затягивается самостоятельно, в противном случае производят кюретаж грануляций. Если больной зуб не поддается консервативному лечению, производят резекцию верхушки корня зуба либо реплантацию. В целях избежания рецидива свища производят пересечение тяжа грануляций, для чего выполняют разрез длиной 2–3 см, затем обнажают компактную пластинку альвеолярного отростка и место выхода из кости тяжа грануляций. Данный тяж пересекают, затем рану тампонируют марлей с йодоформом на 3–4 дня.

Радикулярные кисты челюсти – это образования опухолевидной формы, которые возникают в результате воспалительного процесса в периодонте зуба. Данное заболевание является следствием хронического воспалительного процесса, в котором участвуют остатки эмбрионального эпителия, образующего, в свою очередь, внутренний слой оболочки кисты.

Клиника данного заболевания имеет стертый характер, поэтому отсутствие болезненных ощущений зачастую может привести к разрушению челюсти, как в предыдущем случае. Диагностика данного заболевания, как и в предыдущем случае, основывается в основном на данных рентгенологического исследования. Данный вид кисты визуализируется в виде четко ограниченного разрежения костной ткани округлой или овальной формы. Кроме того, существуют такие общепринятые методы исследования как пальпация, при помощи которой можно определить выбухание нижней челюсти.

Лечение только хирургическое, при котором производят частичное иссечение оболочки кисты либо полное удаление оболочки. Перед тем, как приступить к данной операции, решается вопрос о сохранении зуба, явившегося причиной данного патологического процесса, а также зубов находящихся по соседству, корни которых могут быть вовлечены в патологический процесс.

9. Оснащение и оборудование стоматологического кабинета

В поликлиниках и стоматологических отделениях желательно выделять кабинет первичного осмотра, кабинет функциональной диагностики, кабинет для приготовления амальгамы, помещение для мытья и стерилизации инструментов, кабинет физиотерапевтической службы.

Для организации одного рабочего места в стоматологическом кабинете, по возможности, должно быть выделено просторное помещение с хорошей естественной освещенностью: площадь его должна составлять около 15 м² (примерно 4,4 x 3,5 м). Высота потолков в кабинете должна составлять не менее 3,3 м.

В повседневной деятельности при оказании квалифицированной помощи врач-стоматолог пользуется специальным оборудованием. К нему относят:

- 1) стоматологическое кресло для больного;
- 2) электрическую или турбинную бормашину;
- 3) стоматологическую установку;
- 4) стул для врача.

Стоматологическое кресло предназначено для удобного расположения больного, его фиксации в положении сидя или лежа, облегчения врачу доступа к операционному полю, устранения дискомфорта и напряженности больного.

С помощью бормашины врач-стоматолог осуществляет основное мероприятие в клинике терапевтической стоматологии, а именно – препарирование твердых тканей зубов.

Стоматологическая установка предназначена для оказания помощи в стационарных условиях. Снабжена электромотором, светильником, слюноотсосом, диатермокоагулятором, аппаратом для электродиагностики, блоком водяной системы, пистолетами для воды и воздуха. В клинической практике обследования, лечения зубов и слизистой оболочки полости рта врач-стоматолог пользуется специальным набором инструментов. Основные из них:

1) **зеркало стоматологическое**. С его помощью исследуют участки ротовой полости, недоступные прямому зрению, фиксируют щеки, язык, губы, а также предохраняют их от травмы во время работы с острыми инструментами. Стоматологические зеркала бывают двух видов – плоские, дающие истинное отображение рассматриваемого объекта, и вогнутые, увеличивающие его;

2) **стоматологический зонд**. В зависимости от формы он может быть угловым или прямым, острым или притупленным;

3) **стоматологический пинцет**, использующийся в целях удержания и переноса в полость рта ватных тампонов для изоляции зуба от слюны;

4) **гладилки**. При помощи гладилки (лопаточки прямой или изогнутой формы) в кариозную полость зуба вносят лекарственные вещества;

5) **стоматологические крючки**, имеющие вид прямой или изогнутой лопаточки с заостренными ребрами;

6) **экскаватор**, представляющий собой ручку с острыми ложечками на обеих сторонах.

10. Аномалии размеров, формы и числа зубов

Гигантские зубы – это зубы с очень большими, несообразными коронками. Такая патология встречается наиболее часто при постоянном прикусе и несколько реже при молочном. Обычно при этом поражаются резцы верхней или нижней челюсти, но могут страдать и другие зубы. Лечение этого недостатка состоит в удалении гигантских или соседних с ними зубов. В том случае, если после удаления этих зубов и исправления положения остальных остаются промежутки между зубами, прибегают к протезированию и закрывают соответствующие дефекты.

Нередко встречается и прямо противоположная аномалия величины – **мелкие зубы**. Это зубы, имеющие правильную форму, но непропорционально маленькие коронки. Такой дефект в основном встречается при постоянном прикусе, поражаются чаще всего резцы, особенно верхние и боковые. Мелкие зубы, как правило, разделены большими промежутками и искажают своим видом гармонию лица. Для коррекции этого дефекта применяют покрытие таких зубов коронками из пластмассы или удаляют их с последующим протезированием.

Аномалии формы зубов

Уродливые зубы – зубы, имеющие разнообразную, неправильную форму, чаще этот дефект наблюдаются на верхней челюсти в ее фронтальном участке. Лечение является исправление формы уродливого зуба путем протезирования или удаление его.

Шиповидные зубы – это зубы, имеющие коронки, заостренные в форме шипа. Такими могут быть боковые зубы обеих челюстей, центральные и боковые резцы также нередко страдают. Лечение таких дефектов заключается в протезировании; часто шиповидные зубы удаляют и в последующем замещают их различными протезами, которые могут быть как съемными, так и несъемными.

Аномалии числа зубов

Одним из наиболее часто встречающихся примеров этих аномалий является **адентия** – врожденное отсутствие зубов и их зачатков. Различают две формы адентии: частичную и полную. Лечение – протезирование, которому может предшествовать курс ортодонтического лечения.

Сверхкомплектные зубы – избыточные по количеству зубы. Они располагаются чаще всего в области фронтальных зубов и чаще имеют шиповидную форму, но могут походить на соседние зубы. В определении лечебной тактики учитывается расположение лишнего зуба и его влияние на положение комплектных зубов. В случае смещения соседних зубов сверхкомплектные зубы удаляют и проводят соответствующее ортодонтическое лечение. Однако возможно и сохранение сверхкомплектного зуба в том случае, если он расположен в дуге и не оказывает отрицательного влияния на соседние зубы, форму коронки при этом можно исправить протезированием.

11. Аномалии положения зубов

Вестибулярное отклонение – это смещение зубов в сторону кнаружи от зубного ряда, такое отклонение может затронуть один или даже несколько зубов верхней или нижней челюсти. При лечении данной патологии зубы, которые расположены вестибулярно, перемещают в небном направлении.

При высоком или низком расположении зубов проводят их смещение в вертикальном направлении. На верхней челюсти супраокклюзия – высокое расположение зуба, при этом его верхушка не доходит до плоскости, в которой зубные ряды смыкаются; инфраокклюзия – низкое положение зуба. Лечение: зуб и смежную с ним область альвеолярного отростка подвергают вытяжению, для этого используются аппараты для вытяжения.

Под мезиодистальным смещением зубов понимают их неправильное расположение впереди от нормального места положения в зубной дуге или сзади. Подвергаться смещению могут в равной степени фронтально расположенные и боковые зубы. Основной принцип лечения – перемещение, восстановление и фиксация зубов в правильном положении, что достигается применением съемных и несъемных ортодонтических аппаратов.

Оральный наклон – неправильное положение зубов, при котором имеет место смещение зубов кнутри от зубной дуги, в небном направлении или в сторону языка. Обычно при наклоне корень зуба находится в альвеолярном отростке, и только его коронка отклонена в сторону, при корпусной дистопии зуб целиком смещается за пределы зубного ряда. Приемлемым способом лечения является разобщение прикуса и перемещение зубов в вестибулярном направлении.

Диастема – широкий промежуток, разделяющий центральные резцы, наблюдается в основном на верхней челюсти. Развитию диастемы могут способствовать различные факторы. Лечение может быть только ортодонтическое или комплексное, включающее хирургическое вмешательство с последующим аппаратным сближением резцов.

Поворот зуба – неправильное положение, при котором зуб находится на своем нормальном месте, но повернут при этом вызывает косметические и функциональные дефекты. Чаще всего деформации подвергаются резцы верхней и нижней челюсти. Лечение при данном нарушении состоит в развороте зуба в нужном направлении, придании ему правильного положения и в дальнейшей фиксации.

Транспозиция зубов – перестановка зубов в зубном ряду.

Скученное расположение зубов. При этой аномалии зубы располагаются очень тесно, при этом они стоят в повернутом по оси положении и налегают друг на друга.

Тремы – промежутки между зубами. Различают физиологические и патологические тремы. Физиологические возникают как следствие роста челюстей и относятся к особенностям молочного прикуса. Патологические тремы наблюдаются после замены молочных зубов коренными с сопутствующей патологией прикуса.

12. Аномалии прикуса и аномалии зубных рядов

Это нарушение бывает обусловлено сужением участков альвеолярных отростков челюстей или расширением в различных местах и выражается скученностью зубов, вестибулярным или оральным прорезыванием зубов, частичной адентией, поворотами их по оси, наличием сверхкомплектных зубов, диастем. Различают немало форм суженных зубных рядов, вот наиболее часто встречающиеся:

- 1) остроугольная форма;
- 2) общесуженная форма;
- 3) седловидная форма;
- 4) V-образная форма;
- 5) трапецевидная форма;
- 6) асимметричная форма.

Основными причинами деформации зубных дуг являются недоразвитие челюстей, вызванное болезнями раннего детского возраста. Основой лечения является расширение и сокращение зубных дуг и правильное размещение зубов.

Аномалии прикуса

Аномалии прикуса – это отклонения во взаимоотношениях зубных рядов верхней и нижней челюстей. Выделяют следующие отклонения.

Сагиттальные отклонения

Прогнатия (дистальный прикус) – несоответствие зубных рядов, характеризующееся выстоянием верхних зубов или дистального смещения нижней челюсти. Прогнатия может быть частичной или общей.

Прогения (медиальный прикус) – это несоответствие зубных рядов из-за выстояния нижних зубов или медиального смещения нижней челюсти. Он может быть частичным или полным. Причинами могут быть врожденная особенность строения лицевого скелета, неправильное искусственное вскармливание и т. д. Лечение достигается исправление орального наклона верхних резцов.

Трансверзальные отклонения

К ним относятся сужение зубных рядов, несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов. Вертикальные отклонения.

Глубокий прикус – смыкание зубных рядов, при этом фронтальные зубы перекрываются антагонистами. Различают две разновидности прикуса – вертикальную и горизонтальную. Лечение заключается в разобщении прикуса, расширении зубного ряда на отстающей челюсти.

Открытый прикус – наличие щели между зубами. Эта щель бывает чаще в области фронтальных зубов.

Перекрестный прикус – это обратное смыкание зубов правой или левой половины прикуса.

13. Повышенная стираемость зубов

Это естественный процесс стирания верхнего слоя зуба в течение всей жизни, который наблюдается в горизонтальной и вертикальной плоскостях. Стирание в горизонтальной плоскости наблюдается на бугорках клыков, по режущему краю резцов, на жевательной поверхности премоляров и моляров. Связанное с этим понижение высоты коронок зубов следует рассматривать как приспособительную реакцию организма. Дело в том, что с возрастом изменяется сосудистая система и другие ткани пародонта и височно-нижнечелюстного сустава. Под вертикальной стираемостью, в частности, понимают стираемость контактных поверхностей зуба, вследствие чего межзубные контактные части превращаются в контактные площадки с течением времени. Исчезновения контактов между зубами обычно не происходит благодаря медиальному смещению зубов. Известно, что с возрастом происходит оседание (ретракция) десны и межзубного сосочка. Это должно было бы привести к образованию треугольных промежутков между зубами. Однако их возникновение предупреждается появлением площадки контакта. У некоторых людей естественная функциональная стираемость замедлена или отсутствует. Это можно было бы объяснить употреблением мягкой пищи, глубоким прикусом, затрудняющим боковые движения нижней челюсти, слабостью жевательных мышц.

Однако встречаются пациенты, у которых имеется нормальный прикус, и они употребляют самую разнообразную пищу, а стираемость настолько слабо выражена, что с возрастом бугорки моляров и премоляров сохраняются почти неизменными. Причины этого неизвестны. Часто такие пациенты страдают пародонтитом.

Кроме естественной, наблюдается и повышенная стираемость. Она характеризуется быстрым течением и значительной потерей эмали и дентина. Повышенная стираемость зубов встречается у 4 % людей в возрасте от 25 до 30 лет и у 35 % – до 40–50 лет (В. А. Алексеев). Повышенное стирание нарушает анатомическую форму зубов: исчезают бугорки, режущие края резцов, высота коронок при этом уменьшается. При прямом прикусе стиранию подвергаются режущие края и жевательная поверхность всех зубов, а при глубоком прикусе подвергаются стиранию поверхности нижних зубов.

Выделяют три степени стираемости. При первой степени стираются бугорки и режущие края зубов, вторая степень характеризуется стиранием коронки контактных площадок, при третьей – до десны. При этом стиранию подвергаются не только эмаль и дентин, но и вторичный (заместительный) дентин. В ответ на стираемость со стороны пульпы зуба развивается защитная реакция. Она выражается в отложении вторичного дентина, деформирующего полость зуба, а иногда и вызывающего полное ее заращение. При дистрофии пульпы отложение заместительного дентина может не успевать за потерей тканей зуба. Вследствие этого может наступить гибель тканей пульпы без перфорации ее полости.

14. Этиология повышенной стираемости зубов

Стирание эмали может сопровождаться повышенной чувствительностью к термическим и химическим раздражителям.

При сохранности пластических свойств пульпы гиперестезия может быстро исчезнуть, поскольку образуется слой дентина.

При повышенной стираемости иногда обнаруживаются околоворхушечные очаги воспаления.

Повышенная стираемость зубов полиэтиологична. Причинами патологического процесса могут быть следующие.

1. Функциональная недостаточность твердых тканей зубов, обусловленная их морфологической неполноценностью:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.