

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА**

Факультет: післядипломної освіти, курс стоматології

Кафедра: ортопедичної стоматології

Автор: к.мед.н., доц. Беляєва Л.Г.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач курсом ФПО Чепель Л.І.

“ _____ ” _____ 2023 р.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

Практичні заняття на кафедрі

Тема: Особливості клініки, діагностики й ортопедичного лікування при патологічному стиранні зубів

ВІННИЦЯ-2023 р.

1.ТЕМА: Особливості клініки, діагностики й ортопедичного лікування при патологічному стиранні зубів

1.1 Актуальність теми

Патологічне стирання на сьогоднішній день є досить актуальною проблемою, яка може призводити до багатьох ускладнень, зокрема з боку скронево-нижньощелепного суглоба.

Протезування пацієнтів з патологічним стиранням зубів дозволяє усунути негативні симптоми викликані цим захворюванням та забезпечує повноцінну естетику та функцію.

Загальна мета: Вдосконалити знання лікарів-інтернів з питань обстеження пацієнтів з патологічною стертістю зубів, діагностики даної патології, особливостей стоматологічної допомоги даним пацієнтам. Ознайомити з сучасним станом проблеми патологічної стертості зубів, комплексними методами лікування, особливостями ортопедичного лікування.

Конкретні цілі	Вихідний рівень знань-умінь
Вміти:	
1. Ознайомитись з клінікою патологічного стирання зубів	1.Вміти підготувати зубощелепну систему пацієнта до протезування при наявності патологічного стирання.
2. Оволодіти методами ортопедичного лікування патологічного стирання зубів.	2. Вміти розрізняти клінічні прояви патологічної стертості зубів.
3.Оволодіти профілактичними заходами для попередження виникнення патологічної стертості зубів	3. Розуміти різницю між фізіологічним і патологічним стиранням
	4. Вміти правильно обирати методи лікування для лікування патологічної стертості зубів.

1.2. Задачі для перевірки вихідного рівня знань

Задача 1.

У хворого 40 років, патологічне стирання зубів, викликане функціональним перевантаженням після втрати великої кількості антагоністів. При прямому прикусі вертикальне стирання верхніх передніх зубів привело до висування нижньої щелепи. Міжальвеолярна відстань знижена, нижня третина обличчя вкорочена. Який метод лікування доцільно використовувати у даному випадку?

*А.Протезування із збільшенням міжальвеолярної висоти

В.Вкорочення зубів

С.Протетичним методом

Д.Ортопедичним методом

Е.Апаратурно – хірургічним методом.

Задача 2. Хворий Л., 45 років, звернувся до стоматологічної клініки зі скаргами на “зменшення” зубів. Об’єктивно: емаль зубів стерта з оголенням поверхневих шарів дентину. Встановлено діагноз: патологічне стирання зубів, II ступінь. Назвіть найбільш поширений план лікування патологічного стирання зубів?

A. Усунення причини стертості

B. Вітамінотерапія.

C. Поновлення стертих тканин за допомогою композиційних матеріалів

***D.** Усунення причини та заміщення стертих тканин ортопедичними методами

E. Ремінералізаційна терапія

Задача 3.

У пацієнта 52 роки встановлено діагноз: генералізоване патологічне стирання зубів на $\frac{1}{3}$ висоти коронки зуба. Нижній відділ обличчя зменшений, прикус знижений. Який метод лікування найбільш раціональний ?

***A.** Відновлення висоти прикусу ортопедичним лікуванням

B. Лікування не потрібне

C. Відновлення висоти прикусу за допомогою внутріканальних анкерів з подальшим пломбуванням

D. Відновлення анатомічної форми зубів пломбувальними матеріалами

E. Відновлення коронок зубів парапуль-парними штифтами та композитними матеріалами

Задача 4.

При патології тканин пародонту патологічне стирання твердих тканин зубів спостерігається при :

A. Вторинній травматичній оклюзії

***B.** Первинній травматичній оклюзії

C. Комбінованій травматичній оклюзії

D. Не спостерігається ніколи

Задача 5.

Хвора, 45 років скаржиться на стирання зубів, косметичний дефект, підвищену чутливість. Об’єктивно: всі зуби більш як на $\frac{1}{3}$ довжини коронки стерті, міжальвеолярна висота знижена на 6-7 мм. Прикус ортогнатичний. Всі зуби стійкі. Який вид конструкції найбільш раціональний в даному випадку ?

***A.** Суцільнолиті конструкції

B. Золоті коронки

C. Фарфорові коронки

D. Металокерамічні коронки

E. Пластмасові коронки

1.3. Джерела інформації для поповнення вихідного рівня знань

1. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. -3-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина, 1984.- 576с.
2. Жулев Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника 2-е издание Нижний Новгород 1998.
3. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии, 1-е издание Львов 1999.
4. Рыбаков А.И. Материаловедение в стоматологии.- М. : Медицина, 1984.- 418 с.

2. ЗМІСТ НАВЧАННЯ

Теоретичні питання:

1. Патологічне стирання зубів, клінічні прояви та класифікація.
2. Етіологія та патогенез патологічного стирання зубів. Фактори виникнення патологічного стирання зубів.
3. Особливості обстеження хворих з патологічною стертістю зубів.
4. Особливості ортопедичного лікування хворих з патологічною стертістю зубів.
5. Підготовка зубощелепної системи до протезування при наявності патологічного стирання.
6. Локалізована форма підвищеного стирання, клініка та діагностика, клінічне застосування лікувально-діагностичної капи.
7. Методи ортопедичного і комплексного лікування при інтактних зубних рядах і частковій відсутності зубів.
8. Генералізована форма підвищеного стирання зубів зі зниженням висоти нижнього відділу обличчя при інтактних зубних рядах і частковій відсутності зубів.
9. Методи ортопедичного і комплексного лікування підвищеного генералізованого стирання зубів зі зниженням нижнього відділу обличчя.
10. Профілактика патологічного стирання зубів.

3. Основні джерела інформації

1. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. -3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 1984.- 576с.
2. Жулев Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника 2-е издание Нижний Новгород 1998.
3. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии, 1-е издание Львов 1999.
4. Рыбаков А.И. Материаловедение в стоматологии.- М. : Медицина, 1984.- 418 с.

4. Допоміжні джерела інформації

- 1.Трезубов В.Н., Штейнгарт М.З., Мишнев Л.М Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: Учебник для медицинских вузов. – С.Пб.: Специальная литература, 1999. – 324 с.

Зміст теми заняття

1.Патологічне стирання зубів, клінічні прояви та класифікація.

Патологічне стирання – це порівняно швидкопротікаючий процес, який супроводжується змінами в зубних і навкол зубних тканинах, порушенням функції м'язів і СНЩС суглоба. Найбільш типовими ознаками патологічного стирання зубів є: порушення їх анатомічної форми, гіперестезія дентину, зниження міжальвеолярної висоти і вкорочення нижньої третини обличчя, порушення естетичних норм, дисфункція СНЩС.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ

Класифікація патологічної стертості зубів за М. Г. Бушаном.

Залежно від стадії розвитку розрізняють:

- 1) фізіологічну стертість - у межах емалі;
- 2) перехідну стадію розвитку - в межах емалі і частково, дентину;
- 3) патологічну стадію розвитку - в межах дентину (зі зниженням оклюзійної висоти та без зниження).

Залежно від ступеня вираженості та глибини:

- I ступінь - до $\frac{1}{3}$ висоти коронки;
II ступінь - від $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ висоти коронки;
III ступінь - від $\frac{2}{3}$ висоти коронки до ясен.

Залежно від локалізації ураження:

- 1) локалізовану патологічну стертість;
- 2) генералізовану патологічну стертість.

Залежно від зміни чутливості дентину:

- 1) у межах норми;
- 2) з гіперестезією.

2.Етіологія та патогенез патологічного стирання зубів. Фактори виникнення патологічного стирання зубів.

Причинами патологічної стертості зубів можуть бути: перевантаження внаслідок втрати зубів, неправильна конструкція зубних протезів, аномалії прикусу, бруксизм, професійні шкідливі впливи, а також недостатня твердість зубних тканин (флюороз, гіпоплазія). У робітників, зайнятих на виробництві органічних і особливо неорганічних кислот виявляється рівномірне стирання всіх груп зубів. Підвищений стирання зубів також спостерігається у осіб, які працюють на підприємствах, де в повітрі є в надлишку механічні частки.

3.Особливості обстеження хворих з патологічною стертістю зубів.

У процесі збору анамнезу необхідно вияснити, чи не було подібної патології у близьких родичів. У людей похилого віку вияснюють, чи немає даної патології у їх дітей. Особливу увагу необхідно приділити в'ясненню умов праці.

4. Підготовка зубощелепної системи до протезування.

Підготовка хворих до ортопедичного лікування обов'язково включає санацію ротової порожнини. Видалення зубів проводиться після детального вивчення стану кісткової тканини та тканин пародонта зі включенням у комплекс обстеження електростимуляції пульпи, яка за даної патології звичайно знижена. Видаленню підлягають зуби зі змінами біля верхівкових тканин, з непрохідними каналами, зуби, які не мають функціональної цінності, на які неможливо виготовити куксові вкладки.

5.Локалізована форма підвищеного стирання, клініка та діагностика, клінічне застосування лікувально-діагностичної капи.

Локалізоване стирання проявляється на окремій ділянці, зазвичай на передніх коронках. Скарги пацієнтів при патологічній стертості твердих тканин зубів зводяться до появи гіперчутливості зубів, естетичних недоліків коронкової частини зубів. При виникненні патологічної стертості твердих тканин внаслідок значної адентії і перевантажені зубів, які залишилися в прикусі виникають скарги на больові відчуття і запальні явища в періодонті. Широкого застосування набуло відновлення оклюзійної висоти за допомогою пластмасових назубних кап, зубонадесневих кап, знімних або бюгельних протезів з перекриттям жувальної поверхні стертих зубів.

6.Методи ортопедичного і комплексного лікування при інтактних зубних рядах і частковій відсутності зубів.

Ортопедичне лікування проводять у такому порядку:

- визначають міжкоміркову висоту або фізіологічний стан спокою нижньої щелепи.
- фіксація визначеної міжкоміркової висоти одним із способів (валики з воску, термопластичної або силіконових мас тощо).
- рентгенологічне дослідження елементів скронево-нижньощелепного суглоба.
- силіконовими масами знімають подвійні відбитки.
- відливання розбірних моделей.
- виготовляють куксові вкладки.

7. Генералізована форма патологічного стирання

Розрізняють дві форми генералізованої стертості зубів:

компенсовану та декомпенсовану.

До першої групи (компенсована форми) відносять хворих, у яких генералізована стертість охоплює усі зуби, але зменшення висоти нижньої третини лиця не відбувається за рахунок компенсаторного збільшення коміркового відростка і частини, що стають масивними і збільшуються в обсязі. Зміни в скронево-нижньощелепному суглобі у таких хворих відсутні.

До другої групи (декомпенсована форма) відносять хворих, генералізована форма патологічної стертості у яких не компенсується ростом і збільшенням в обсязі коміркових відростка чи частини.

8.Методи ортопедичного і комплексного лікування підвищеного генералізованого стирання зубів зі зниженням нижнього відділу обличчя.

Лікування патологічної стертості I ступеня без дефектів зубних рядів Абсолютне показання для двохетапного лікування є дисфункція СНЩС.

На першому етапі використовують капи для поступового підняття міжальвеолярної висоти.

Другий етап полягає в адекватному протезуванні коронками, напівкоронками чи вкладками.

Лікування патологічної стертості II-III ступеня обов'язково проводиться в два етапи:

1. Нормалізація міжальвелярної висоти, правильне розміщення нижньої щелепи в сагітальному, трансверзальному і вертикальному напрямі, а також перебудова функцій жувальних м'язів.

2. Рациональне протезування зубних рядів.

Найдосконалішими конструкціями зубних протезів у разі лікування хворих з патологічною стертістю зубів є суцільнолиті конструкції з облицюванням сучасними матеріалами (фотополімерні пластмаси, керамічні маси).

9. Профілактика патологічного стирання зубів

Основними профілактичними заходами є:

- своєчасне заміщення дефектів оклюзійної поверхні зубів, дефектів зубних рядів та створення множинних контактів між ними;
- проведення лікування зубощелепних аномалій у дітей;
- своєчасне виявлення перехідної стадії стертості зубів та проведення відповідних лікувальних заходів;
- боротьба зі шкідливими професійними звичками, що спричиняють порушення цілісності коронкової частини зуба;
- лікування захворювань органів та систем, які патогенетично пов'язані з підвищеним стиранням зубів (бруксизм, патологія залоз внутрішньої секреції, порушення фосфорно-кальцієвого обміну в організмі).

Курація тематичних хворих.

Опитування хворих, збирання скарг, анамнезу хвороби та життя, огляд (використовуючи основні та додаткові методи дослідження), виділення ведучого клінічного синдрому. Під контролем викладача проведення диференційної діагностики та встановлення попереднього і остаточного діагнозу, складання плану остаточного обстеження та лікування. Після закінчення прийому хворих лікарі-інтерни заповнюють амбулаторну картку хворого, журнал щоденного обліку

5. Завдання для перевірки досягнення конкретних цілей навчання

Задача 1.

Хворий 40 років, скаржиться на естетичний дефект, порушення жування, мови. Об-но: зуби верхньої та нижньої щелепи стерті до ясеневого краю. Фасетки стертих зубів мають плоску форму. Яка форма патологічного стирання?

- A. Генералізована горизонтальна III ступеня
- B. Генералізована горизонтальна II ступеня
- C. Генералізована вертикальна II ступеня
- D. Змішана форма
- E. Генералізована вертикальна III ступеня

Задача 2.

Пацієнт 32-х років скаржиться на стирання передніх зубів. Об'єктивно: на піднебінній поверхні 12, 11, 21, 22 зубів та губній поверхні 42, 41, 31, 32 зубів ділянки стирання емалі до дентино-емалевої межі, висота коронок не змінена. В ділянці молярів і премоларів відмічається стирання жувальних горбків наполовину. Висота прикусу не змінена. Яка форма патологічного стирання у даного пацієнта?

- A.**Вертикальна, генералізована, компенсована
- B.**Змішана, генералізована, субкомпенсована
- C.**Вертикальна, локалізована, компенсована
- D.**Змішана, локалізована, компенсована
- E.**Горизонтальна, локалізована, компенсована

Задача 3.

Пацієнтка з'явилася з метою протезування. Об'єктивно: нижня третина обличчя зменшена, носо-губні складки поглиблені, фронтальна група зубів верхньої та нижньої щелеп відсутня, коронки 17, 15, 26, 27, 36, 37, 45, 47 зубів стерті на $\frac{2}{3}$ висоти, жувальні поверхні цих зубів гладенькі, пігментовані, альвеолярний відросток не гіпертрофований, міжальвеолярна висота знижена. Визначте форму патологічного стирання у даної пацієнтки:

- A.**Вертикальна, некомпенсована, III ступеня важкості
- B.**Вертикальна, компенсована, III ступеня важкості
- C.**Горизонтальна, компенсована, II ступеня важкості
- D.**Змішана, некомпенсована, III ступеня важкості
- E.** Горизонтальна, некомпенсована, III ступеня важкості

Задача 4.

Жінка 54-х років скаржиться на стирання 35, 36 зубів, біль від термічних і хімічних подразників. Об'єктивно: коронки 35, 36 зубів стерті на $\frac{1}{2}$ висоти за горизонтальним типом, 24, 25, 26 зуби вкриті суцільнолитими коронками. Які коронки доцільно виготовити на 35 і 36 зуби?

- A.**Суцільнолиті
- B.**Металічні штамповані
- C.**Комбіновані за Белкіним
- D.**Пластмасові
- E.**Металокерамічні

Задача 5.

Хвора М., 53 років скаржиться на стирання зубів на нижній щелепі, хрускіт в скронево-нижньощелепному суглобі, зміну рис обличчя. Об'єктивно: висота нижньої третини обличчя знижена, носогубні складки різко виражені, кути рота опущені. Зуби 48, 47, 46, 36, 37, 38 відсутні. Зуби на нижній щелепі, що залишилися стерті до рівня ясен. Міжальвеолярна висота 8 мм. Як правильно досягнути перебудови міотатичних рефлексів та необхідної висоти прикусу ?

- A.** Одномоментно зубними протезами
- B.** Поетапно назубоясневими капами
- C.**Хірургічним шляхом
- D.**Шляхом “вколочування” верхніх зубів
- E.**Одномоментно назубними капами

Задача 6

Пацієнт 20-ти років звернувся до клініки ортопедичної стоматології зі скаргами на біль і напруження в жувальних м'язах, нічний скрегіт, стертість бугрів жувальних зубів. Який із методів лікування найбільш раціональний?

- А. Використання роз'єднуючих кап, міогімнастика, самомасаж
- В. Використання накусуючих пластинок
- С. Призначення заспокійливих засобів лікування
- Д. Лікування у психіатра
- Е. Виготовлення коронок на бічні ділянки зубного ряду

Задача 7

До лікаря-стоматолога звернувся пацієнт 24-х років зі скаргами на стертість бугрів та ріжучих країв зубів. Об'єктивно: дистальний прикус з ретрузією передніх зубів, зуби в стані спокою зімкнуті, напруження скроневих м'язів при пальпації, жувальні м'язи напружені. Рух СНЩС сходинковий, уривчастий. Назвіть симптомокомплекс у пацієнта:

- А. Бруксизм, дисфункція СНЩС
- В. Анкілоз внаслідок запального процесу
- С. Парафункціональний сиптом, бруксизм
- Д. Артрозо-артрит, бруксизм
- Е. Артоз, пара функціональний синдром

Задача 8

Хворий 40-ка років звернувся зі скаргами на біль в області фронтальної групи зубів на нижній щелепі, який підсилюється під час прийому їжі. Об'єктивно: стертість коронок зубів на нижній щелепі більш ніж на $\frac{2}{3}$. Діагноз: патологічне стирання зубів на нижній щелепі III ступеню важкості. Результати якого діагностичного тесту є вирішальними при виборі ортопедичної конструкції в даному випадку?

- А. ЕОД зубів
- В. Електроміографія жувальних м'язів
- С. Томографія голови
- Д. Електротопометрія жувальних м'язів
- Е. Прицільна рентгенографія зубів

Задача 9 У пацієнта 18 років, студента, скарги на стискання зубів в нічний час особливо під час складання іспитів, біль в навколоушно-жувальній ділянці справа та зліва.

Об'єктивно: стертість зубів I-II ступеню, на язика – відбитки зубів, больова чутливість при пальпації жувальних м'язів. На ЕМГ- активність жувальних м'язів у фізіологічному спокої та примаксимальному стисканні зубів. Поставте діагноз

- А. Нейром'язевий синдром
- В. Парафункція жувальних м'язів
- С. Міогенний остеоартроз
- Д. Міозит жувальних м'язів

Задача 10

До клініки звернулася жінка 50 років зі скаргою на рухомість зубів. Об'єктивно: зубні ряди верхньої та нижньої щелеп безперервні. 42, 41, 31, 32 мають рухомість 1 ступеня, атрофія стінок комірок на $\frac{1}{3}$ довжини кореня. У ділянці жувальних зубів виявлено патологічну стертість 1 ступеня, зуби стійкі. Прикус ортогнатичний. Який вид стабілізації 42, 41, 31, 32 зубів слід застосувати?

- A. Парасагітальна
- B. Сагітальна
- C. По дузі
- D. Фронтосагітальна
- E. Фронтальна

6. Технологічна карта (план) практичного заняття

№	Етапи	Час (хв.)	Навчальні посібники		Місце проведення
			Засоби навчання	Устаткування	
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	10	Тести для визначення рівня	-	Навчальна кімната
2.	Самостійна робота інтернів:	40		Комп'ютер (ноутбук)	
3.	Аналіз і корекція самостійної роботи інтернів • обговорення хворих • обговорення ситуаційних задач	20			
4.	Тестовий контроль	15	Тести за темою заняття		Навчальна кімната
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	5			

Оцінювання на практичному занятті проводиться стандартизовано. Відповідно до структури практичного заняття оцінюється самостійна робота та поточний тестовий контроль. За кожен з них виставляється окрема оцінка.

Короткі методичні вказівки до роботи слухачів на практичному занятті

На початку заняття проводиться перевірка та корекція вихідного рівня знань-умінь, шляхом рішення тестових завдань (10 тестів формату А). Після самостійної роботи лікарем-інтерном здійснюється контрольний розбір кожної клінічної ситуації, акцентується увага на припущених помилках, аргументується вірна відповідь (10 тестових завдань для поточного контролю знань-умінь). До активної роботи з обговорення представлених у текстах клінічних ситуацій залучається вся група. Після цього проводиться демонстрація наочності за темою заняття. Потім лікарі-інтерни приступають до самостійної роботи — прийому хворих у клінічній залі (лікувально-діагностичних кабінетах) під контролем викладача.

Лікарі-інтерни залучаються також до консультації хворих; проводять опитування пацієнтів, уважно вислуховують усі скарги, цілеспрямовано збирають анамнез хвороби й життя, здійснюють огляд та інструментальні методи дослідження, виділяють ведучий клінічний синдром, за допомогою діагностичних алгоритмів проводять диференційну діагностику, аналізують результати додаткових методів досліджень. У результаті клінічного розбору за допомогою викладача й у присутності всієї групи встановлюються попередній та остаточний діагнози, намічається план подальшого обстеження, загального і місцевого лікування. При необхідності виписується направлення на додаткове дослідження, консультацію до іншого фахівця, рецепти, даються рекомендації хворому за методики терапії вдома. Після закінчення прийому хворих лікарі-інтерни заповнюють амбулаторну картку хворого, журнал щоденного обліку. Потім відбувається підсумковий тестовий контроль знань лікарів-інтернів (10 тестів), розбір та корекція допущених помилок.

Наприкінці заняття підводиться підсумок, виставляються оцінки.

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

Підпис автора: _____