

Т.В. Моторкина, С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин,
Д.В. Михальченко, В.И. Шемонаев, А.С. Величко

КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Т.В. Моторкина, С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин,
Д.В. Михальченко, В.И. Шемонаев, А.С. Величко

**КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ,
ПРИМЕНЯЕМЫЕ
В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Волгоград
2005

УДК 616.3
ББК 56.6

Рецензенты:

Главный врач стоматологической поликлиники г. Ставрополя, заслуженный врач Р.Ф., доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, академик АИТООНК *А.К. Курьянов*;

Заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Саратовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор *А.В. Летилин*.

**Т.В. Моторкина, С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин,
Д.В. Михальченко, В.И. Шемонаев, А.С. Величко**

Клинические классификации, применяемые в ортопедической стоматологии: Учебное пособие. - Волгоград, 2005. - 64 с.

В учебно-методическом пособии собраны классификации, применяемые в клинике ортопедической стоматологии для определения состояния тканей и органов полости рта с целью постановки диагноза и выбора плана лечения.

Учебно-методическое пособие рассчитано на студентов II-V курсов стоматологического факультета и для постдипломной подготовки врачей-

Утверждено Учебно-методическим объединением Министерства образования РФ и Министерства здравоохранения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов России.

Содержание:

1. Введение (основные понятия, определения необходимые для формирования диагноза).....	4
2. Систематизация основных нозологических форм заболеваний, встречающихся в практике ортопедической стоматологии.....	7
3. Дефекты твердых тканей зубов	
3.1. Поражения, возникающие в период фолликулярного развития тканей зубов.....	8
3.2. Поражения, возникающие после прорезывания зубов.....	10
4. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов).....	20
5. Полное отсутствие зубов.....	25
6. Аномалии отдельных зубов, зубных рядов и челюстнолицевой области.....	37
7. Деформации зубных рядов и челюстно-лицевой области.....	50
8. Заболевание тканей пародонта.....	54
9. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава.....	59

1. Введение.

Существуют различные определения понятие «болезнь». Одно из них сформулировано так: «болезнь – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и морфологическими изменениями». Другое звучит следующим образом: «болезнь – это нарушенная в своем течении жизнь в результате повреждения структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно-своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов»[1].

Болезнь характеризуется полным или частичным снижением приспособляемости к среде того или иного органа, либо всего организма и ограничением их функций. **Нозологическая форма** – это определенная болезнь, выделенная на основе установленной этиологии (причина возникновения) и патогенеза (механизма развития), а так же характерной клинико-морфологической картины. Эта форма является единицей номенклатуры и классификации болезней [Давыдовский И.В., 1962 г.].

Поскольку человек может одновременно заболеть несколькими болезнями, то необходимо установить ведущее заболевание – наиболее тяжелое по течению или последствиям. Следует выделить так же понятие «осложнение» - обобщенное название патологических процессов, присоединившихся к основному заболеванию, не обязательно развившихся при данном заболевании, но возникших в связи с ним.

Применяемый на практике термин «заболевание» означает факт возникновения болезни у отдельного человека. Выделяют и понятие «патологическое состояние» - относительно устойчивое отклонение от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма («норма» - относительный уровень функционирования и развития

организма).

Каждая болезнь проявляется определенными признаками или группой признаков, представляющих собой отклонение от нормы. Этот признак именуют «симптомом». Различают субъективные и объективные симптомы[2].

Субъективные симптомы – симптомы, выявленные при опросе больного, т.е. это те ощущения, которые он начал отмечать с какого-то периода времени и не испытывал раньше. К субъективным симптомам следует отнести также установленные самим больным изменения, наступившие при функционально различных действиях зубочелюстной системы, например задержка пищи между зубами, смещение передних зубов.

Объективные симптомы обнаруживает врач, в процессе обследования-осмотра, пальпаторного, инструментального и аппаратного исследования. Заболевание проявляется не одним, а несколькими субъективными и объективными симптомами, часть из которых специфичны только для данного заболевания, а остальные наблюдаются и при других.

Выявление симптомов заболеваний, определения течения болезни у данного больного, его физического и психического состояния, степени, характера морфологических и функциональных нарушений возможны лишь при правильном, тщательном клиническом обследовании. Выявление этиологических моментов патогенеза способствует установлению диагноза.

«Диагноз» - краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме), выраженное с применением медицинских терминов, обозначающих название болезни (травмы) – ее формы, и определяющее индивидуальные особенности организма заболевшего[1].

Учение о методах распознавания болезней носит название «диагностика», и является разделом любой медицинской специальности [1]. Медицинская диагностика основывается на различных методах исследования и распознавания заболеваний, их тяжести и состояния организма больного с целью выбора и проведения необходимого

лечения и эффективных профилактических мероприятий. Для правильного проведения диагностического процесса необходимо изучить и правильно применять на практике различные методы исследования. Нужно знать основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, а также их классификацию.

В современной литературе принцип проведения диагностического процесса и постановки диагноза освещен недостаточно полно. В имеющихся учебных руководствах основной акцент поставлен на методы обследования больных, в то же самое время отсутствуют данные о систематизации всех классификаций патологических процессов и состояний, встречающихся в практике ортопедической стоматологии и принципах формирования диагноза, отображающего всю тяжесть, специфику клинической картины присущей каждому больному.

Учитывая актуальность данной проблемы авторский коллектив – сотрудники кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета, основываясь на опыте работы, пришли к выводу о необходимости создания учебного пособия, включающего все основные классификации патологических процессов и состояний, выявленных в ходе обследования пациентов врачом -стоматологом-ортопедом, и используемых в формировании диагноза.

Авторы не претендуют на завершенность данной работы и будут благодарны за замечания и дополнения, высказанные по существу пособия.

2. Систематизация основных нозологических форм заболеваний, встречающихся в практике ортопедической стоматологии.

Общепринятым фактором систематизации в практике современной ортопедической стоматологии является принцип принадлежности к определенной нозологической форме заболевания.

Основные нозологические формы заболеваний, встречающиеся в практике ортопедической стоматологии:

1. Дефекты твердых тканей зубов:

1.1 поражения, возникающие в период фолликулярного развития тканей зубов до прорезывания зубов:

а) гипоплазия эмали;

б) флюороз зубов;

в) наследственные нарушения развития тканей зуба (дисплазия Стентона-Капдепона, несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез, мраморная болезнь).

1.2 поражения, возникающие после прорезывания зубов:

а) кариозные поражения;

б) некариозные положения

- клиновидный дефект;
- кислотный некроз;
- некроз твердых тканей;
- эрозия зубов;
- гиперестезия твердых тканей зубов;
- стираемость твердых тканей зубов
- травма зубов.

2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов).

3. Полное отсутствие зубов.

4. Аномалии отдельных зубов, зубных рядов и прикуса.

5. Деформации зубных рядов и челюстно-лицевой области.

6. Заболевание тканей пародонта.

7. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава.

3. Дефекты твердых тканей зубов

3.1. Поражения, возникающие в период фолликулярного развития тканей зубов:

Гипоплазия эмали – возникает в результате нарушения белкового и минерального обмена в организме плода или ребенка.

- очаговую (возникает в нескольких рядом стоящих зубах).
- системную, (нарушения строения твердых тканей зубов той группы, которая формируется в один и тот же промежуток времени), пример системной гипоплазии – зубы Фурнье, Гетчинсона, Пфлюгера.
 - местная гипоплазия (поражается один или два зуба, причем только постоянные), например: зубы Turner.

Флюороз – нарушение минерализации тканей зубов, возникающее в результате повышенного содержания фтора в питьевой воде (нормальное содержание фтора 0,8-1,2 мг/л)

В.К. Патрикеев (1956г.) выделяет 5 форм флюороза:

- пятнистая форма;
- штриховая;
- меловидно-крапчатая;
- эрозивная;
- деструктивная.

Гиперплазия - избыточное образование эмали (эмалевые капли), локализующиеся у шейки зуба. Клинически гиперплазия не проявляется.

Дисплазия Капдепона (синдром Стентона – Капдепона) – наследственное нарушение развития зубов, описанное в 1892 г. С.W. Stainton, а в 1905 году С. Capdepont. Характеризуется изменением цвета коронки, ранней потерей эмалевого покрова и выраженной стираемостью. Лечение дисплазии Капдепона только ортопедическое.

Несовершенный амелогенез (amelogenesis imperfecta) – нарушение развития эмали – имеет различные проявления, что зависит от тяжести патологического процесса. Н.М. Чупрынина различает 4 формы проявления амелогенеза.

При первой форме наблюдаются небольшие количественные и качественные изменения: зубы нормальной формы и размера, эмаль гладкая, блестящая, но имеет желтый оттенок или коричневый цвет. Микроскопически выявляется неровность дентиноэмалевого соединения, увеличение количества органического вещества.

При второй форме изменения более выражены. Зубы прорезываются в срок, и их коронки вначале имеют нормальный цвет. Спустя 1—3 года эмаль приобретает матовый, а затем светло-коричневый цвет, становится шероховатой, появляются трещины, а затем эмаль утрачивается частично или полностью. Дентин плотный, светло-коричневый или коричневый.

При третьей форме зубы прорезываются в срок, имеют нормальный размер. Эмаль зуба белого цвета, но с большим количеством борозд без определенной ориентации. Эмаль на всех зубах быстро исчезает и обнажается коричневый дентин, имеющий нормальную структуру.

При четвертой форме размер и форма зубов обычные, однако, эмаль в момент прорезывания меловидная, лишена блеска, а местами отсутствует. При механическом воздействии она легко отделяется от дентина. Вследствие отсутствия эмали зуб реагирует на температурные раздражители. Микроскопически в сохраненной эмали обнаруживаются нарушения ориентировочного положения призм, расширение промежутков между ними, увеличена поперечная исчерченность призм.

При значительных изменениях эмали проводится ортопедическое лечение.

Несовершенный дентиногенез (dentinogenesis imperfecta) - характеризуется недоразвитием корней, их отсутствием или наличием корней заостренной формы. Коронки зубов имеют правильную форму,

нормальную величину и цвет. Больные обычно жалуются на подвижность зубов и раннее их выпадение.

Мраморная болезнь (osteopetrosis) — врожденный семейный остеосклероз. Это редко встречающееся заболевание, проявляющееся диффузным остеосклерозом большинства костей скелета. Различают доброкачественную и злокачественную формы течения. При доброкачественном течении наряду со склерозом всего скелета отмечается склероз челюстных костей, наблюдаются аномалии прорезывания зубов. Эмаль зубов сразу же после прорезывания имеет меловидный оттенок, а затем становится рыхлой и быстро утрачивается. Зубы быстро разрушаются. Единственная возможность сохранения зубов при мраморной болезни — своевременное ортопедическое лечение.

3.2. Поражения возникающие после прорезывания зубов:

Кариес зубов - это патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

Кариозный процесс – одна из самых ранних и распространенных форм поражений твердых тканей зубов (по данным ВОЗ 98% населения земного шара имеют кариозные зубы).

Основным методом устранения кариозных дефектов зубов, является пломбирование. Однако оно не всегда может качественно и надолго решить проблему восстановления формы и функции зубов, поэтому возникает необходимость в применении ортопедических конструкций (вкладок, профилактических коронок).

Наиболее широкое применение получила топографическая классификация, в соответствии с которой различают 4 стадии: стадию пятна (кариозное пятно), поверхностный кариес, средний кариес и глубокий кариес. Все эти четыре стадии классификационной схемы принято

объединять в группу *простого*, или *неосложненного*, кариеса (из-за отсутствия клинически определяемых изменений в пульпе). *Осложненным кариесом* принято называть пульпит и периодонтит – воспалительные заболевания, которые возникают вследствие прогрессирования кариозного процесса.

По локализации существует целый ряд классификаций.

1. *Классификация Г. Блека [Black] 1881 г. (по Альбицу – 1914 г.)*
(Рис.1.)

Первый класс – кариес жевательных поверхностей в фиссурах и естественных ямках моляров и премоляров;

Второй класс - кариес апроксимальных поверхностей жевательных зубов, а так же жевательных поверхностей, перешедший на апроксимальную;

Третий класс – кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов без нарушения углов и режущего края;

Четвертый класс - кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов с нарушением целостности углов и режущего края;

Пятый класс – кариес пришеечной области, независимо от функциональной принадлежности зуба.

2. *Классификация Я.А. Гутнера и Р.А. Ревидцевой:*

Первая группа – центральный кариес, локализующийся на жевательной поверхности боковых зубов и режущем крае фронтальных зубов;

Вторая группа – кариес на апроксимальных поверхностях или на апроксимальной и жевательной поверхностях;

Третья группа – пришеечный кариес.

3. *Классификация Б.Н. Бьшина:*

Первый класс – жевательная (окклюзионной) поверхность;

Второй класс – контактная (апроксимальной) поверхность;

Третий класс – одновременный охват жевательной и контактной поверхности.

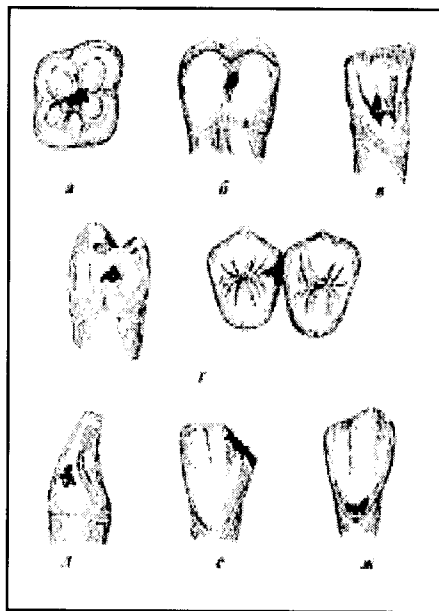


Рис. 1. Классификация кариозных полостей по Блеку
а, б, в - первый класс; г - второй класс; д - третий класс;
е - четвертый класс; ж, з, и - пятый класс.

4. *Классификация Д.Н. Цитрина:*

Первая группа – фиссурные полости на жевательной поверхности и режущем крае;

Вторая группа – полости на всех вертикальных стенках зубов;

Третья группа – комплексные полости.

5. *Классификация В.С. Куриленко (1954 г.):*

Первый класс – дефекты депульпированных зубов;

Второй класс – дефекты недепульпированных зубов:

1 подкласс – дефекты жевательных зубов на апроксимальной – одной или двух поверхностях, на апроксимальной и жевательной поверхностях;

2 подкласс – дефекты фронтальных зубов на апроксимальных поверхностях и режущем крае;

3 подкласс – дефекты всех зубов на любой поверхности, кроме апроксимальной;

4 подкласс – атипичные полости.

6. *Классификация Л.В. Ильиной-Маркосян:*

Первый класс – двойные полости – полости на боковой и жевательной поверхностях;

Второй класс – тройные полости – две боковые и жевательная поверхности;

Третий класс – сложные полости, когда к двум предыдущим присоединяется еще полость на щечной или оральной поверхности.

7. *Буквенная систематизация локализации полостей болгарских ученых Боянова и Христовова (1971 г.).*

О – окклюзионная;

М – медиальная апроксимальная;

Д – дистальная апроксимальная и т.д.

8. *Классификация В.Ю. Курляндского (1969 г.):*

Первый класс – односторонние полости на любой одной из поверхностей зуба;

Второй класс – двухсторонние полости, располагающиеся на любых двух поверхностях зуба;

Третий класс – трехсторонние полости – на трех поверхностях зуба. В этом случае не целесообразно изготовление микропротеза.

10. Классификация дефектов зубов Жулев Е.Н. (1989 г.):

Первый класс – полости, возникающие в фиссурах и естественных ямках и расположенные на жевательной поверхности моляров и премоляров;

Второй класс – полости, возникающие в фиссурах и ямках передних зубов;

Третий класс – полости, локализующиеся на контактных поверхностях передних или боковых зубов;

Четвертый класс – полости, расположенные в придесневой части зуба (пришеечной);

Пятый класс – комбинированные полости, захватывающие боковые стенки и жевательную поверхность боковых зубов (первый подкласс) или боковые поверхности и режущий край передних зубов (второй подкласс).

При решении вопроса о методе восстановления разрушенного зуба, перед альтернативой «пломба-вкладка-коронка профилактическая-штифтово-культевая конструкция (ШКК)», следует подходить комплексно, и в то же время, строго дифференцировано. Определенную помощь при выборе метода восстановления разрушенной коронки может оказать предложенный В.Ю. Миликевичем (1984 г.) **индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)** (Рис.2.)

Всю площадь окклюзионной поверхности зуба принимают за единицу. Индекс разрушения (площадь поверхности полости или пломбы) вычисляют из единицы, т.е. площади всей окклюзионной поверхности.

Среди данной нозологической формы, встречаются дефекты, сопровождающиеся полным разрушением коронковой части зуба. В данном случае, зуб не всегда должен подлежать удалению. Многими авторами были предложены различные виды ортопедических конструкций, позволяющих восстанавливать целостность коронки зуба, а, следовательно, и всего зубного ряда, как в функциональном, так и анатомическом плане.

Рис.2.



На кафедре ортопедической стоматологии Волгоградского Государственного медицинского Университета была разработана систематизация дефектов твердых тканей зубов, сопровождающиеся разрушением коронковой части зуба.

Систематизация корней по Ф.Н. Цукановой (1971г.), основывается на степени разрушения твердых тканей зубов, и включает 5 классов:

- 1 класс – дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением выше уровня десневого края.
- 2 класс – дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением на уровне десневого края.
- 3 класс - дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением ниже уровня десневого края.
- 4 класс – дефект твердых зубов в области многокорневых зубов, без разрушения бифуркации.
- 5 класс - дефект твердых зубов в области многокорневых зубов, с разрушением бифуркации.

Классификация Б.Р. Вайнштейна – Ш. И. Городецкого (1961 г.)

Классификация полостей при изготовлении вкладок.

Первый класс – относятся простые полости, сформированные на одной какой-либо поверхности зуба в пределах этой поверхности, что обеспечивает устойчивость пломбы или вкладки и исключает опрокидывание под действием жевательных сил. Это полости на жевательной поверхности в пришеечной области, на апроксимально-медиальных поверхностях без рядом стоящих зубов, на режущем крае;

Второй класс – относятся сложные полости, сформированные на двух и более поверхностях бокового или фронтального зуба, из которых одна является окклюзионной. Вследствие отсутствия круговой защиты пломбы-вкладки стенками зуба возникает необходимость формирования дополнительных элементов сопротивления для устранения опрокидывающего действия жевательных сил. Это полости медиально-апроксимально-окклюзионные, дистально-апроксимально-окклюзионные и медиально-окклюзионно-дистальные.

Эта классификация удобна тем, что указывает сразу на сложность и принципы формирования полостей.

Клиновидный дефект:

С.М. Махмуджанов (1968 г.) различает 4 группы клиновидных дефектов:

1. начальные проявления, без видимой на глаз убыли ткани, но с повышенной чувствительностью внешним раздражением;
2. поверхностные клиновидные дефекты, убыль ткани определяется визуально в виде щелевидных повреждений эмали, происходит усиление гиперестезии шеек зубов;
3. средние (глубина 0,2-0,3 мм.);
4. глубокие (протяженность более 5 мм) с поражением глубоких слоев дентина.

А.С. Бурлуцким предложена своя классификация клиновидных дефектов (Рис.3.):

Первая форма – пришеечные дефекты, они локализируются эмалево-цементной границе зубов.

Вторая форма – коронковые дефекты, для которых характерно распространение по вестибулярной поверхности и значительно меньше в глубину.

Третья форма – корневые дефекты, как и пришеечные, локализируются в пришеечной области эмалево-цементной границе с тенденцией распространения по поверхности корня зуба.

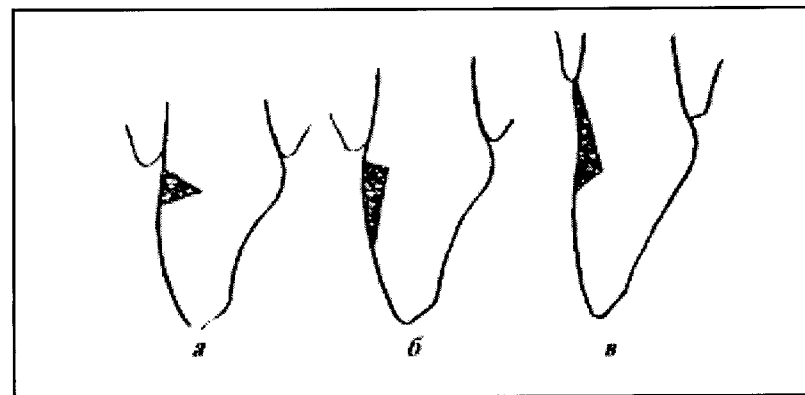


Рис.3. Классификация форм клиновидных дефектов зубов:
а - пришеечная; б - коронковая; в - корневая.

Гиперестезия твердых тканей зуба – повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям.

Ю.А. Федоров (1981г.) выделяет следующие формы гиперестезии дентина.

А. По распространенности:

- ограниченная;
- гиперализованная;

Б. По происхождению:

- гиперестезия, связанная с убылью твердых тканей зубов;

- гиперестезия, не связанная с убылью твердых тканей зубов;

В. По клиническому течению:

- 1 степень – ткани зуба реагируют на температурный раздражитель (порог электровозбудимости 5-8 мкА);

- 2 степень – ткани зуба реагируют на температурный и химический раздражитель (порог электровозбудимости 3-5 мкА);

- 3 степени – ткани зуба реагируют на все виды раздражителя, включая тактильный (порог электровозбудимости 1,5-3,5 мкА).

Стираемость твердых тканей зубов:

Физиологическая стираемость зубов встречается почти у всех людей. Она развивается в процессе измельчения пищи во время жевательных движений. Физиологическому стиранию подвергаются жевательные бугры, режущие края, контактные поверхности. Стирание контактных поверхностей обуславливает смещение зубов с сохранением контактов между ними, что предотвращает попадание пищи в межзубные пространства и травмирование межзубных тканей.

Выделяют стираемости твердых тканей зубов:

Физиологическая стираемость твердых тканей зубов – это функциональная приспособительная реакция, т.к. способствует свободному и более плавному скольжению зубных рядов, в результате чего устраняется перегрузка отдельных групп зубов.

Повышенная стираемость твердых тканей зубов – это декомпенсированный процесс убыли твердых тканей зубов, который сопровождается комплексом изменений эстетического, функционального и морфологического характера в зубных и околозубных тканях, жевательных мышцах и ВНЧС.

Задержанная стираемость зубов – она встречается при аномалиях зубочелюстной системы с отсутствием окклюзионных контактов, при заболевании т.к. пародонта, частичной потери зубов.

А.Л.Грозовский (1946 г.) – выделяет три клинические формы повышенной стираемости зубов:

- горизонтальная;

- вертикальная;

- смешанная.

По протяженности патологического процесса В.Ю. Курляндский (1962 г.) различает:

- локализованную форму ПСЗ;

- генерализованную форму ПСЗ;

Наиболее полно отражает клиническую картину стираемости зубов, классификация, предложенная М.Г. Бушаном (1979 г.). Она включает различные клинические аспекты функционального и морфологического характера: стадию развития, глубину, протяженность, плоскость поражения и функциональность нарушения.

1) В зависимости от стадии:

- Физиологическая стираемость в пределах эмали;
- Переходная – в пределах эмали и (частично) дентина;
- Патологическая – в пределах дентина (со снижением окклюзионной высоты или без него, т.е. компенсированная или декомпенсированная форма).

2) В зависимости от степени выраженности и глубины:

- 1 степень – до 1/3 длины коронки;
- 2 степень – от 1/3 до 2/3 длины коронки;
- 3 степень – от 2/3 длины коронки до края десны.

Травматические повреждения – различают острую и хроническую травму. Острая травма может привести к ушибу, перелому или вывиху зуба или группы зубов.

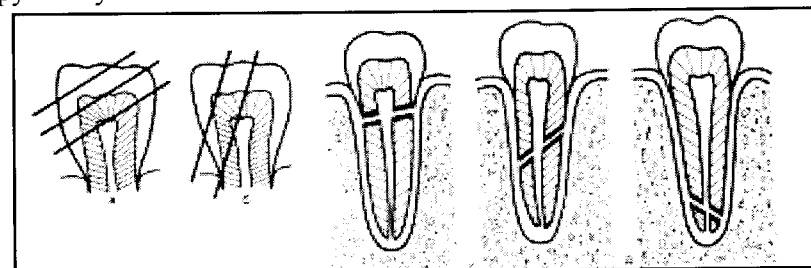


Рис.4. Виды переломов коронок (а,б) и корня (в,з,д) зуба.

4. Дефекты зубных рядов.

Под термином «дефект» понимается убыль какого-либо органа, в данном случае зубного ряда.

В некоторых руководствах употребляется название «частичный дефект», но это не совсем точно, т.к. он всегда частичен, ибо потеря всех зубов означает не дефект, а полное отсутствие органа, то есть зубного ряда.

В.Н. Копейкин с соавторами предпочитают термин «частичная адентия» вместо «дефекта». Следует, однако, заметить, что автор различает приобретенную (вторичную) в результате заболевания или травмы, и врожденную или наследственную адентию (первичную).

Частичное отсутствие зубов – патологическая форма поражения зубочелюстной системы – заболевание, характеризующееся нарушением целостности зубного ряда или зубных рядов сформированной зубочелюстной системы при отсутствии патологических изменений в оставшихся зубах. По мнению авторов в термин «частичная вторичная адентия» заложен не только признак протяженности дефекта, но и дифференциально-диагностический критерий, позволяющий отличить данное заболевание от первичной, врожденной адентии и ретенции зубов.

Наиболее распространенными причинами вторичной частичной адентии являются осложнения кариес – пульпит и периодонтит, а так же заболевания тканей пародонта, травмы, операции по поводу воспалительных процессов и новообразований.

Распространенность данного заболевания и количество отсутствующих зубов коррелируют с возрастом. Попытки создать классификацию, включающую все разнообразие вариантов вторичной частичной адентии (их по данным Eichner равно 4 294 967864) предпринимались давно, всех имеющихся признаков оказалось невозможным даже теоретически.

На сегодняшний день, исходя, из учета практических потребностей созданы классификации на основе признаков, наиболее важных для

клиницистов, а именно – локализация дефекта в зубной дуге, его оградченность с одной или двух сторон зубами, наличие зубов – антагонистов.

Одна из таких классификаций вторичной частичной адентии разработана Е.И. Гавриловым (1968 г.) (Рис. 5.).

- 1 класс - односторонний концевой дефект,
- 2 класс - двусторонние концевые дефекты,
- 3 класс - односторонний включенный дефект бокового отдела зубного ряда,
- 4 класс - двусторонние включенные дефекты боковых отделов зубного ряда,
- 5 класс - включенный дефект переднего отдела зубного ряда,
- 6 класс - комбинированные дефекты,
- 7 класс - челюсть с одиночно сохранившимся зубом.

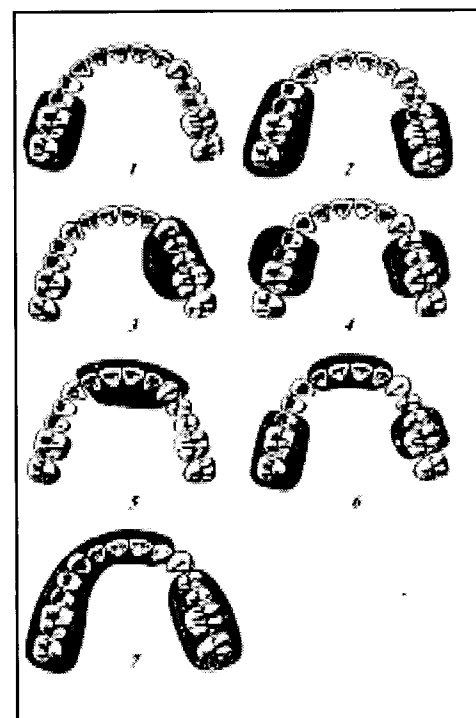


Рис.5. Классификация Е.И. Гаврилова.

А.И. Бетельман зубные дуги, имеющие дефекты, делил на два класса. К первому он относил зубные дуги, имеющие один или несколько дефектов, но один или два из них являются концевыми. Второй класс составляют зубные дуги с включенными дефектами. Кроме того в каждом классе он выделял подклассы.

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ ДУГ

I класс		II класс	
Один или несколько дефектов, среди которых по меньшей мере один ограничен только с мезиальной стороны зубами		Один или несколько дефектов, но все дефекты ограничены с двух сторон зубами	
I подкласс	II подкласс	I подкласс	II подкласс
дефект расположен на одной стороне челюсти	дефекты расположены на обеих сторонах челюсти	в каждом из дефектов не более трех недостающих зубов	есть хотя бы один дефект, в котором число недостающих зубов больше трех

Широко распространенной является классификация Kennedy. Автор разделил все дефекты зубных рядов на четыре основных класса:

- Класс 1. Двусторонние концевые дефекты;
- Класс 2. Односторонние концевые дефекты;
- Класс 3. Включенный дефект в боковом отделе;
- Класс 4. Включенный дефект переднего отдела.

Applegate (1954 г.) дополнил классификацию Кеннеди, предложив 8 правил ее применения:

1. Определению класса дефекта не должно предшествовать удалению зубов, так как это может изменить первоначально установленный класс дефекта.

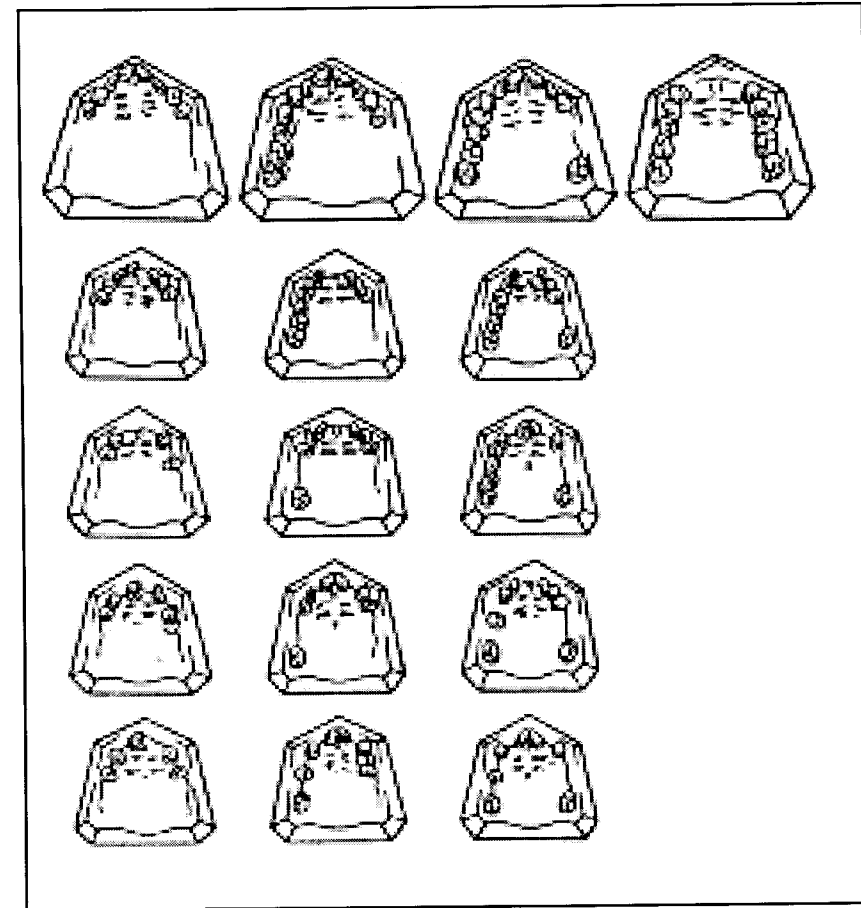


Рис.6. Классификация дефектов зубных рядов по Kennedy.

- 2. Если отсутствует третий моляр, который не должен быть замещен, то он не учитывается в классификации.
- 3. Если имеется третий моляр, который должен быть использован как опорный зуб, то он учитывается в классификации.
- 4. Если отсутствует второй моляр, который не должен быть замещен, то он не учитывается в классификации.
- 5. Класс дефекта определяется в зависимости от расположения

беззубого участка челюсти.

6. Дополнительные дефекты (не считая основного класса) рассматриваются как подклассы и определяются их числом.

7. Протяженность дополнительных дефектов не рассматривается; учитывается только их число, определяющее номер подкласса.

8. У четвертого класса нет подклассов. Беззубые участки, лежащие кзади от дефекта переднего отдела определяют класс дефекта.

Основным преимуществом классификации Кеннеди является ее логичность и простота, дающая возможность сразу представить вид дефекта и соответствующую ему конструкцию протеза. Она является наиболее приемлемой, проверенной на практике в течение продолжительного времени и общепринятой.

Однако, классификация Кеннеди, как и других авторов, которые тоже предложили топографо-анатомические классификации, не дает представление о функциональном состоянии зубных рядов, ведь данная классификация дает представление о локализации, протяженности дефекта зубного ряда на одной челюсти и не учитывает как вид дефекта на антагонизирующей челюсти, так и окклюзионного состояния оставшихся зубов. Функциональное соотношение зубных рядов при различных классах дефектов неодинаково и в зависимости от их сочетания на верхней и нижней челюсти после протезирования создается новое функциональное соотношение зубных рядов. Оно может быть благоприятным и неблагоприятным и в отношении распределения нагрузки, падающей на опорные зубы.

При определении функционального состояния оставшихся зубов и зубных рядов, удобно пользоваться пародонтограммой Курляндского В.Ю.

а) функционирующие группы зубов (имеются антагонисты, есть окклюзионный контакт зубов).

б) Нефункционирующие группы зубов (нет антагонистов).

Саму пародонтограмму В.Ю. Курляндского, ее расшифровку и анализ мы приведем несколько позже, в разделе «Заболевание тканей пародонта».

5. Полное отсутствие зубов.

Причиной полной потери зубов чаще всего являются: кариес и его осложнения, заболевание тканей пародонта, травмы. По данным В.Н. Копейкина (1993 г.) полное отсутствие зубов в возрасте 40-49 лет встречается у 1 %, 50-59 лет у 5,5 %, и старше 60 лет - у 25 % обследованных. Лечение больных при полной потере зубов представляет очень сложную проблему создания протезов полноценных в функциональном и эстетическом отношении. Сложность восстановительной ортопедической терапии в случае потери всех зубов, состоит в том, что при этих условиях неизбежно происходят атрофические процессы, в результате которых утрачиваются основные ориентиры, определяющие форму всего лица и высоту его нижнего отдела, так же изменения наблюдаются в ВНЧС.

После потери зубов и развивающихся по этой причине атрофических процессов в челюстях и мягких тканях, возникают новые взаимодействия элементов челюстной лицевой системы. Изучение, систематизация и создание общепринятых классификаций особенностей анатомии беззубого рта является одним из условий, обеспечивающих успех протезирования.

После удаления зубов альвеолярные отростки обычно хорошо выражены, однако со временем они атрофируются, причем, чем больше времени прошло после удаления зубов, тем выраженнее атрофия (Рис. 7.).

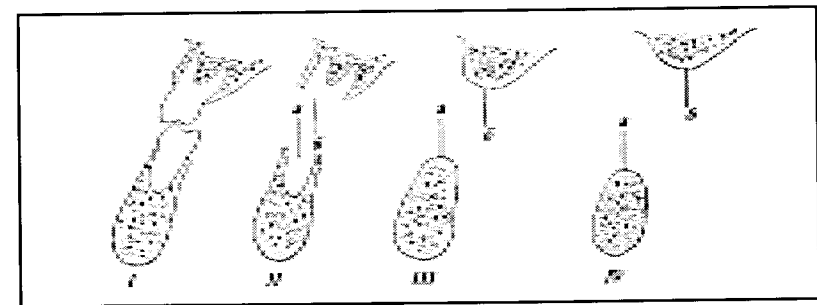


Рис. 7. Изменение соотношений альвеолярных отростков после удаления зубов: I - соотношение первых моляров во фронтальном разрезе; II - альвеолярные отростки после удаления моляров; III, IV - по мере развития атрофии; а и б соответствуют середине альвеолярных отростков.

Таким образом, у разных людей с беззубой челюстью может быть неодинаковая степень выраженности альвеолярного отростка. Кроме того, у одного и того же человека разные отделы челюсти могут иметь не одинаковую величину атрофии. Для оценки состояния беззубых челюстей имеются различные классификации, в основу которых положены чаще всего величина и характер атрофии.

Предложенные классификации до известной степени определяют план лечения, содействуют взаимопониманию врачей и отмечают затем в истории болезни. Конечно, ни одна из известных классификаций не претендует на исчерпывающую характеристику беззубых челюстей, поскольку между их крайними типами имеются переходные формы.

Типы беззубых челюстей по Шредеру (Рис. 8.).

Первый тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми и высоким небным сводом. Переходная складка, места прикрепления мышц расположена относительно высоко. Этот тип наиболее благоприятен для протезирования, поскольку имеются хорошо выраженные пункты анатомической ретенции (высокий свод неба, выраженные верхние бугры и альвеолярный отросток).

Второй тип характеризуется средне выраженной атрофией альвеолярного отростка, верхнечелюстных бугров. Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного отростка, чем при первом типе. При резком сокращении мимических мышц может быть нарушена фиксация протеза.

Третий тип верхней челюсти характеризуется резкой атрофией: небо плоское. Переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости твердым небом. Самый неблагоприятный тип верхней челюсти для протезирования.

А.И. Дойников дополнил классификацию Шредера.

Четвертый тип: хорошо выражен альвеолярный отросток во

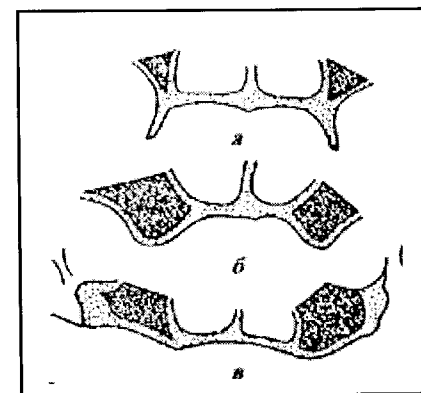


Рис.8. Классификация беззубых челюстей по Шредеру:

а - I тип; *б* - II - тип; *в* - III тип.

фронтальном отделе и значительная атрофия в боковых.

Пятый тип: выраженный альвеолярный отросток в боковых отделах челюсти и значительная атрофия во фронтальном.

Типы беззубых верхних челюстей Курляндский В.Ю.

Первый тип характеризуется: а) высоким альвеолярным отростком, равномерно покрытым плотной слизистой оболочкой; б) хорошо выраженными высокими буграми верхней челюсти; в) глубоким небом; г) отсутствием турса или нерезко выраженным турсом, оканчивающимся не менее чем на 1 см от линии А; д) большой слизисто-железистой подушкой над апоневрозом мышц мягкого неба.

Второй тип характеризуется: а) средней степенью атрофии альвеолярного отростка; б) мало выраженными или невыраженными альвеолярными буграми, укороченной fossapterygoidei; в) средней глубины небом; г) выраженным турсом; д) средней податливостью железистой подушки над апоневрозом мышц мягкого неба.

Третий тип характеризуется: а) почти полным отсутствием альвеолярного отростка; б) резко уменьшенными размерами тела верхней челюсти; в) слабой выраженностью альвеолярных бугров; г) укороченным передне-задним размером твердого неба; д) плоским небом; е) нерезко

выраженным широким торусом; ж) узкой полосой пассивно подвижных податливых тканей по линии А.

Типы беззубых нижних челюстей по Келлеру (Рис.9).

При первом типе альвеолярные отростки нижней челюсти незначительно и равномерно атрофированы. При этом ровно округленный альвеолярный гребень является хорошим основанием для протеза и ограничивает свободу движений его при смещении вперед и в сторону.

Точки прикрепления мышц и складок слизистой расположено у основания альвеолярного отростка. Этот тип наиболее благоприятен для протезирования, хотя встречается сравнительно редко.

При втором типе имеет место выраженная, но равномерная атрофия альвеолярного отростка. При этом альвеолярный гребень едва возвышается над дном полости рта, представляя собой в переднем отделе узкое, иногда даже острое, мало пригодное ложе под основание для протеза. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня. Этот тип нижней беззубой челюсти представляет большие трудности для протезирования и получения устойчивого функционального результата.

Третий тип характеризуется выраженной атрофией альвеолярного отростка в боковых отделах, при относительном сохранившемся в переднем отделе. Этот тип альвеолярного отростка возникает при раннем удалении боковых зубов. Он относительно благоприятен для протезирования, поскольку в боковых отделах имеются плоские, почти вогнутые поверхности, свободный от точек прикрепления мышц, а наличие сохранившегося альвеолярного отростка в переднем отделе челюсти предохраняет протез от смещения в передне-заднем направлении.

При четвертом типе атрофия альвеолярного отростка наиболее выражена спереди, при относительной сохранности его в боковых отделах нижней челюсти. В следствие этого протез теряет опору в переднем отделе и соскальзывает вперед.

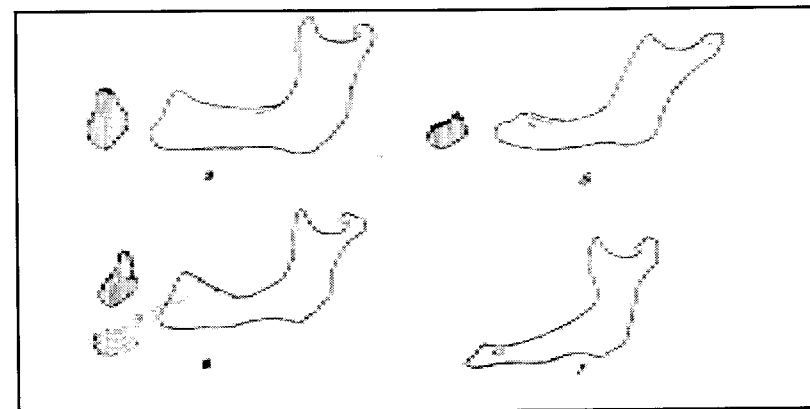


Рис.9. Типы беззубых челюстей по Келлеру:

а - первый тип; б - второй тип; в - третий тип; з - четвертый тип.

В.Ю. Курляндский (1953 г.) построил свою классификацию с учетом не только степени убыли костной ткани альвеолярной части беззубой нижней челюсти, но также от изменения топографии и места прикрепления сухожилий мышц (Рис. 10).

Первый тип — альвеолярный отросток выступает над уровнем мест прикрепления мышц внутренней и внешней сторон.

Второй тип — альвеолярный отросток и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

Третий тип — атрофия тела челюсти прошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

Четвертый тип - большая атрофия в области жевательных зубов.

Пятый тип - большая атрофия в области передних зубов.

Если сопоставить классификации Келлера и Курляндского, то 3 типу атрофии по Курляндскому можно расположить между 2 и 3 типами по Келлеру: атрофия произошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней стороны.

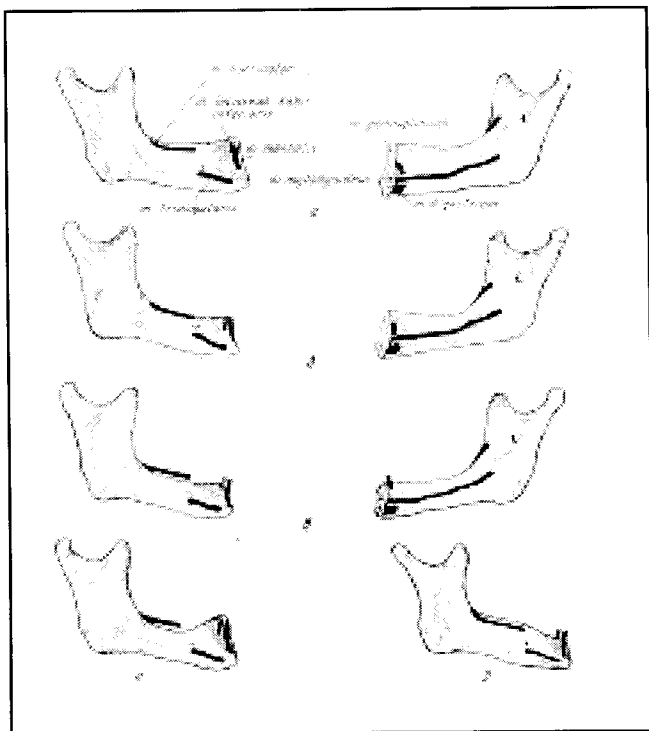


Рис. 10. Типы беззубых нижних челюстей по Курляндскому В.Ю.
а - первый тип; б - второй тип; в - третий тип; г - четвертый тип; д - пятый тип.

И.М. Оксман предложил классификацию для верхней и нижней челюстей (Рис. 11.).

При первом типе верхней челюсти наблюдается незначительно и равномерно атрофированные альвеолярные отростки, хорошо выраженные бугры и свод неба, расположенные у основания альвеолярного ската переходная складка и точки прикрепления уздечек и щечных тяжей.

Для второго типа характерны средневыраженная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, менее глубокое небо и более низкое прикрепление подвижной слизистой оболочки.

При третьем типе наблюдается резкая, но равномерная атрофия альвеолярного отростка и верхнечелюстных бугров, уплощение небного свода. Подвижная слизистая оболочка прикреплена на уровне вершины альвеолярного отростка.

Четвертый тип характеризуется неравномерной атрофией альвеолярного отростка.

Первый тип беззубой нижней челюсти характеризуется высоким альвеолярным отростком, низким расположением переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных складок слизистой оболочки.

При втором типе имеется средневыраженная атрофия альвеолярного отростка.

При третьем типе альвеолярный отросток отсутствует или слабо выражен, атрофия может захватывать и тело челюсти.

При четвертом типе беззубой нижней челюсти отмечается неравномерная атрофия альвеолярного отростка, являющаяся следствием одновременного удаления зубов.

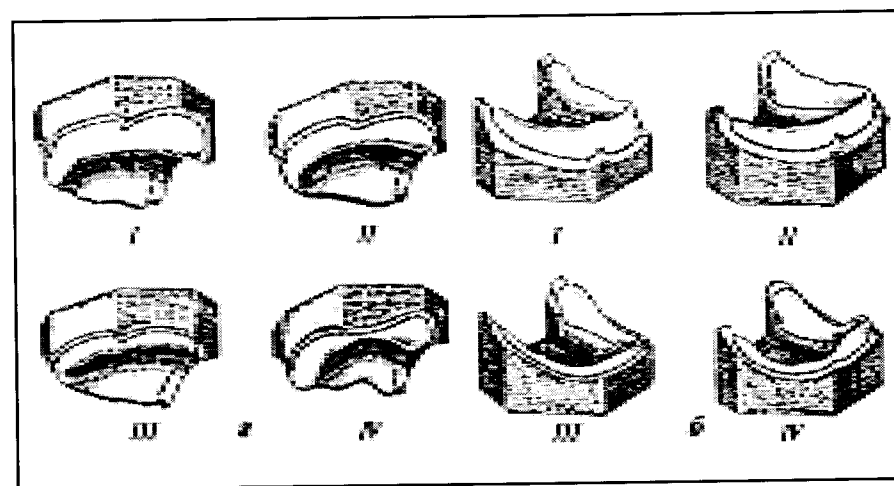


Рис. 11. Классификация беззубых челюстей по И.М. Оксману:
а - для верхней челюсти; б - для нижней челюсти;
I, II, III, IV - типы челюстей.

Для правильного планирования ортопедического лечения, обеспечивающее в дальнейшем полноценную фиксацию и стабилизацию полных съемных пластиночных протезов необходимо иметь представление обо всех «анатомических элементах» протезного ложа и их анатомических вариантах. Для фиксации протеза на беззубой челюсти большое значение имеет:

- высота альвеолярного отростка, его форма, рельеф, крутизна вестибулярного ската;
- выраженность альвеолярных бугров верхней челюсти;
- глубина твердого неба, наличие торуса;
- выраженность челюстно-подъязычных линий, подъязычного турса.

Форма твердого неба (Рис. 12.) определяется тремя значениями: длиной, шириной и высотой. Длина устанавливается между передней и задней точками – от вершины резцового сосочка до задней носовой ости. Ширина соответствует расстоянию между крайними точками на уровне небной стенки вторых моляров с обеих сторон. Высота определяется расстоянием от самой высокой точки твердого неба по средней линии до горизонтальной плоскости, проходящей на уровне альвеолярного отростка верхней челюсти или его гребня на беззубой челюсти.

По высоте небного свода различают формы:

- глубокая,
- средняя,
- плоская.

По форме различают следующие виды твердого неба:

- готическое,
- куполообразное (самое благоприятное для протезирования),
- плоское,
- торусальное.

Формы альвеолярного гребня (Рис. 13.): треугольно-остроконечная, усеченного конуса, прямоугольная, шиповидная, полуовальная, уплощенная,

шишковидная. Наиболее благоприятными формами для протезирования является полуовальная форма и форма усеченного конуса, так как жевательное давление воспринимается на ограниченной поверхности вершины альвеолярного отростка и передается на более широкое его основание. Наименее благоприятная в этом плане – треугольно-остроконечная форма. При ней происходит травмирование слизистой и плохая фиксация протеза. Для надежной фиксации и стабилизации полного съемного пластиночного протеза имеет значение также и вид вестибулярного ската альвеолярного отростка (пологий, отвесный, с навесом) (Рис. 14.).

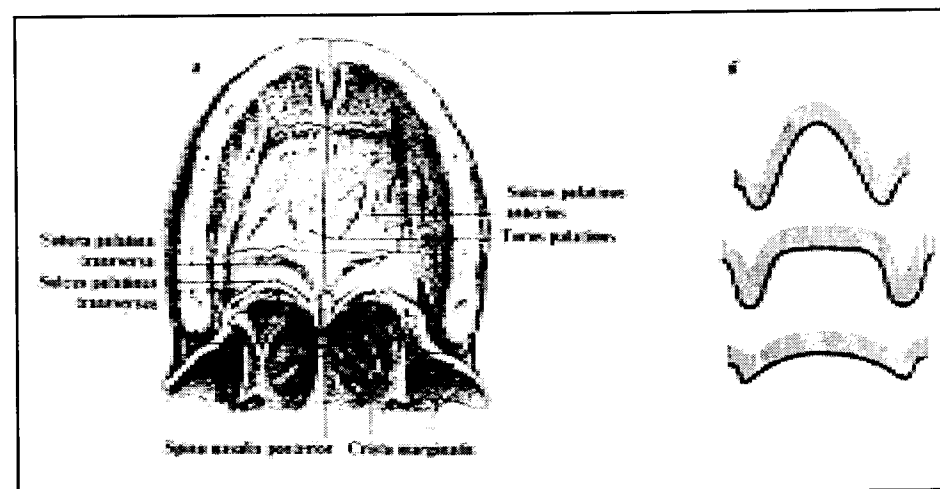


Рис.12. Костная основа твердого неба (а),
б - формы небного свода: глубокая, средняя, плоская.

С точки зрения полноценности функции протеза наиболее выгодной является отвесная форма, при отлогой ухудшается фиксация протеза, а форма с навесом затрудняет наложение протеза на челюсть. Помимо перечисленных особенностей костно-анатомических структур при лечении пациентов с полной вторичной адентии необходимо учитывать состояние слизистой оболочки протезного ложа:

- податливость и подвижность слизистой оболочки;

- формы ската мягкого неба;
- уровень прикрепления уздечек и щечных тяжей;
- тип слизистой оболочки.

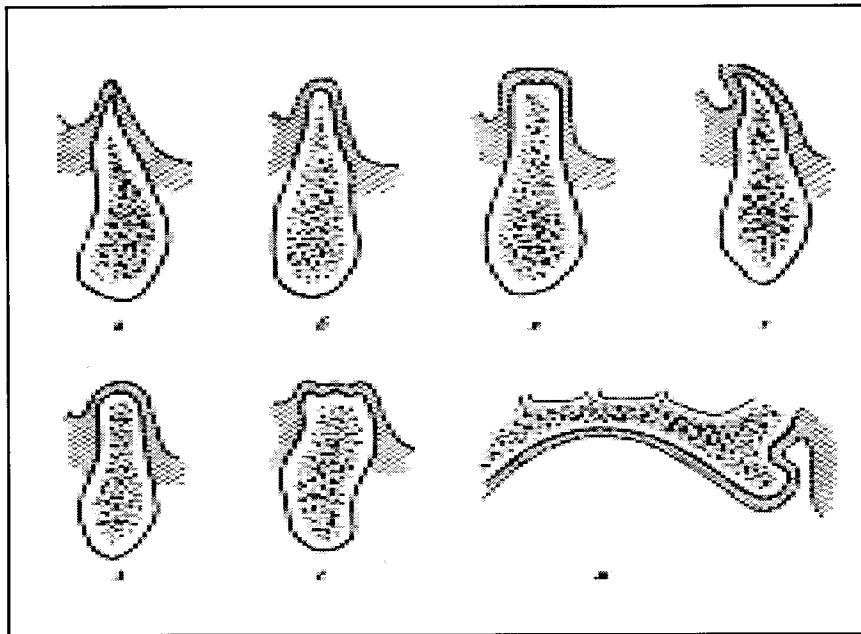


Рис.13. Формы альвеолярного гребня:

a - треугольно-остроконечная, *б* - усеченного конуса, *в* - прямоугольная, *г* - шиповидная, *д* - полуовальная, *е* - уплощенная, *ж* - шишковидная.

Формы ската мягкого неба по Келлеру (Рис.15.):

1. Крутой.
2. Средний.
3. Пологий.

При крутом, обрывистом небном скате задний край твердого неба соответствует месту непосредственного перехода неподвижной слизистой оболочки в подвижные ткани мягкого неба. В таких случаях возможность удлинения дистального края протеза весьма ограничена, и небный клапан представляется в виде узкой полосы. При пологом скате мягкого неба ширина клапана может быть максимальной, при среднем наклоне ската -

средней величиной. По данным Шпренга степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах от 0,3 до 4 мм.

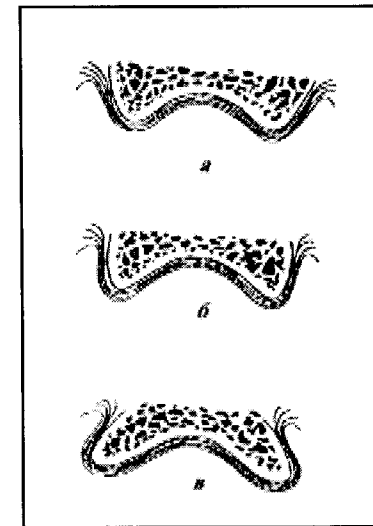


Рис.14. Различные виды ската альвеолярного отростка верхней челюсти:
a - пологий, *б* - отвестный, *в* - с навесом.

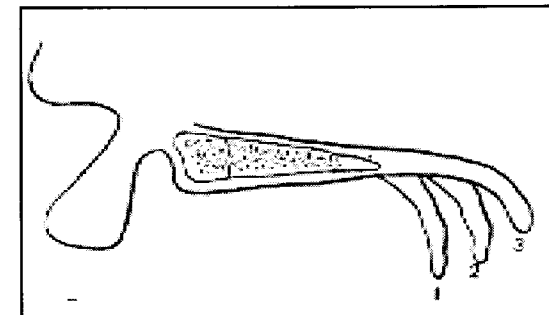


Рис.15. Формы ската мягкого неба:

1 - крутой, *2* - средний, *3* - пологий.

Исходя из различной степени податливости слизистой, Люнд делит слизистую оболочку на 4 зоны (Рис.15.):

1. Область сагиттального шва на твердом небе (минимальная податливость).

2. Альвеолярный отросток (периферическая фиброзная зона).
3. *Rugae palatinae* – это зона обладает средней податливостью.
4. Задняя треть твердого неба – зона максимальной податливости слизистой оболочки.

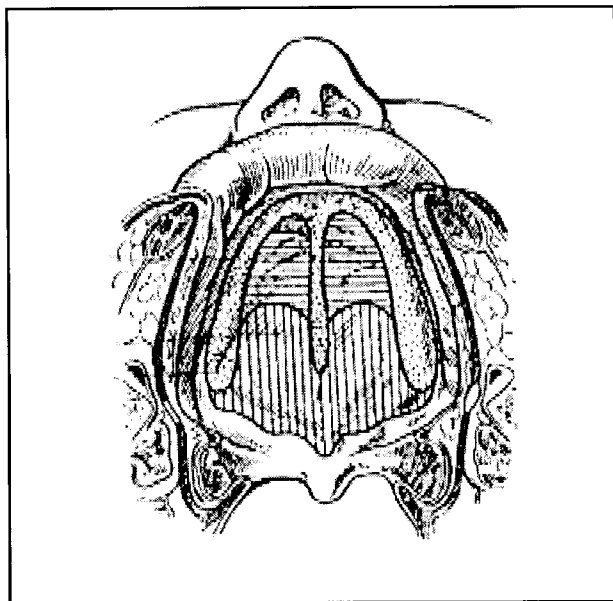


Рис. 16. Зоны податливости слизистой оболочки неба по Люнду.

Типы слизистой оболочки по Supple:

1. Нормальная - характеризуется умеренной податливостью, хорошо увлажнена, бледно - розового цвета, минимально ранима. Наиболее благоприятна для фиксации протезов.
2. Гипертрофированная - характеризуется большим количеством межучного вещества, при пальпации рыхлая, гиперемированная, хорошо увлажнена.
3. Атрофированная – очень плотная, белесоватого цвета, сухая. Это тип самый неблагоприятный при изготовлении полных съемных протезов.
4. «Болтающийся гребень» - мягкие ткани, имеющиеся на вершине альвеолярного отростка, лишены костной основы.

6. Аномалии отдельных зубов, зубных рядов и челюстно-лицевой области.

В клинике используют термины «аномалия» и «деформация». Одни специалисты применяют эти термины как синонимы (А.И. Бетельман с соавт., 1965 г.), другие вкладывают в них различный смысл (Л.П. Зубкова, с соавт., 1993 г.; Л.С. Персин, 1996 г.; Ю.М. Малыгин, 1999 г.).

Термин «аномалия» обозначает отклонение от нормы, общей закономерности; неправильность (С.И. Ожегов, 1984 г.). В. Даль (1955 г.) трактует этот термин, как отклонение от обычного; несходство с обыкновенным; отступление в каком-либо явлении; исключение; уклонение; причуда; необычайность; странность.

«Деформация» - это изменение формы чего-либо (С.И. Ожегов, 1984 г.). В словаре иностранных слов *deformatio* - изменение размеров и формы тела под действием внешних сил или изменений температуры, намагниченности и т.д. без изменения его массы; простейшие виды деформации: растяжение, сжатие, изгиб, кручение.

Для систематизации различных видов аномалий челюстно-лицевой области предложены различные классификации, позволяющие выбирать методы лечения и профилактики. Разногласия при определении аномалий прикуса объясняются попыткой одних авторов связать патологию с этиологией, других - патологию с изменением морфологических характеристик, или - с функциональными нарушениями челюстно-лицевой области.

Следует отметить, что патологический прикус, так же как и ортогнатический, включает в себя совокупность признаков.

Впервые классификации аномалий челюстно-лицевой области были описаны в середине XIX столетия и основывались на определении соотношения передних зубов (Kneisel, 1836 г.; Carabelli, 1842 г.; Linderer, 1842 г.; Welker, 1862 г.).

Е. Angle в 1889 г. предложил классификацию, в основу которой был положен морфологический признак - вид смыкания зубов. Первые

постоянные моляры, по мнению автора, являются «ключом окклюзии». Первый постоянный моляр верхней челюсти занимает постоянное место (*punctum fixum*), которое, как правило, соответствует локализации скулового гребня (*crista zygomatica*). Патологию прикуса автор расценивает как результат неправильного расположения нижней челюсти.

В норме соотношение первых постоянных моляров должно быть таким, чтобы вестибулярный мезиальный бугорок верхнего зуба располагался в борозде, разделяющей вестибулярный мезиальный и вестибулярный срединный бугорки нижнего моляра (условная линия нейтрального соотношения моляров). Среди аномалий прикуса Е. Angle выделяет три класса (Рис. 17.).

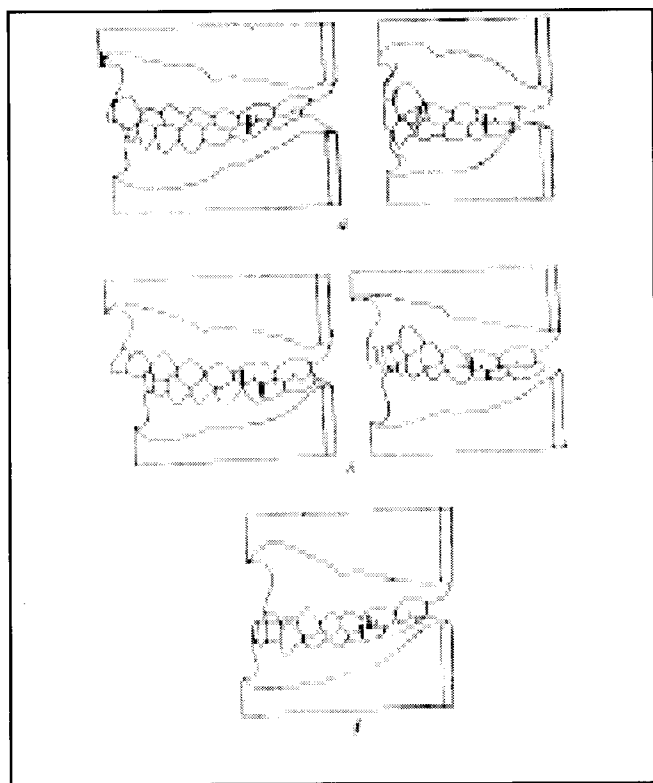


Рис.17 Классификация аномалий по Энглю:
а - первый класс, б - второй класс, в - третий класс.

К первому классу Е. Angle относит все виды аномалий, локализованных впереди первых постоянных моляров (аномалии положения передних зубов и переднего отдела зубной дуги), отмечая, что первые постоянные моляры находятся в «мезио-дистальной гармонии».

Для второго класса характерно расположение первого постоянного моляра нижней челюсти позади условной линии нейтрального соотношения. Разделение класса на подклассы обусловлено соотношением передних зубов. Для первого подкласса характерна протрузия передних зубов (наклон в вестибулярном направлении), а для второго подкласса - ретрузия (наклон резцов в язычную сторону).

Третий класс определяется передним расположением первого моляра нижней челюсти относительно линии нейтрального соотношения.

Классификация Е. Angle прочно вошла в обиход международного языка врачей-ортодонтов. Вид смыкания зубных рядов представляет собой предварительный симптоматический диагноз, имеющий важное значение для ортодонтии, так как по виду смыкания зубных дуг, прежде всего, определяют прикус - нормальный или аномальный. Вид смыкания зубных рядов представляет собой экспресс-диагностику, не требующую дополнительных методов исследования и может быть использован для оценки результатов и эффективности лечения. После установления дифференциального и окончательного диагноза симптом смыкания зубных дуг теряет диагностическую значимость (Ю.М. Малыгин, 1999 г.).

Классификация Е. Angle имеет недостатки: первые постоянные моляры верхней челюсти не всегда занимают постоянное положение в челюсти; классификация характеризует аномалии прикуса в мезиально-дистальном направлении и затрагивает только морфологические аспекты; под цифровыми обозначениями Е. Angle описывает топографию боковых сегментов зубных дуг; нумерация топографии передних зубов при втором классе автором сделана произвольно.

Чрезмерное увлечение классификацией Е. Angle привело к тому, что некоторые ортодонты описывают класс применительно к одной из сторон

прикуса. Такое положение первых моляров встречается при деформации зубного ряда (мезиальное перемещение зуба после удаления впереди стоящего) и не может характеризовать прикус в целом. Это расценено Л.С. Персиным (1996 г.) как нарушение смыкания пар зубов-антагонистов.

Попытки дополнить и уточнить классификацию E. Angle (Guiford, 1905 г.; Herbst, 1922 г.; Lisher, 1926 г.) улучшений не внесли. Н.И. Агапов (1928 г.) дополнил классификацию E. Angle и предложил девять основных видов зубочелюстных аномалий, каждый из которых имел разновидности форм, что делало классификацию громоздкой без существенного устранения недостатков классификации E. Angle.

Предложенные N. Stempfled (1902 г.) понятия «прогнатия» и «прогения» отражают конкретные разновидности аномалий - переднее расположение челюсти и переднее расположение подбородка. По мнению Ф.Я. Хорошилкиной с соавт., (1982 г.) эти термины следует применять для определения указанных нарушений, а не для характеристики вида смыкания зубных рядов.

В связи с этим большинство специалистов отдают предпочтение терминологии В. Lisher (1926 г.), где название прикуса не связано с названием челюсти и отражает вид смыкания зубов в трех взаимно перпендикулярных направлениях. Указывают положение зубной дуги нижней челюсти по отношению к неподвижной верхней челюсти. По терминологии автора аномалии прикуса в сагиттальном направлении подразделяют на «нейтральный» (I класс по Энглю); «дистальный» (II класс по Энглю); и «мезиальный» (III класс по Энглю). Вертикальные аномалии характеризуют «прямой» (нейтральный), «глубокий» и «открытый» прикусы. В трансверсальном направлении выделяют «нейтральный», «лингвальный» (одно- или двусторонний) и «вестибулярный» (одно- или двусторонний) прикусы.

Л.В. Ильина-Маркосян (1967 г.) вместо терминов «мезиальный» и «дистальный» предложила термины «антериальный» (anterior - вперед) и «постериальный» (posterior - назад), по признаку смещения нижней

челюсти в сагиттальном направлении. «Истинная прогнатия, не связанная со смещением нижней челюсти» отнесена автором к «постериальному прикусу», что с методологической точки зрения не верно.

А.Я. Катц (1951 г.) характеризует зубочелюстные аномалии с позиции их морфологического и функционального единства. По мнению автора аномалии первого класса (изменения впереди первых постоянных моляров) обусловлены превалированием вертикальных (дробящих) движений нижней челюсти. Второй класс формируется при слабом, а третий - при чрезмерном функционировании мышц, выдвигающих нижнюю челюсть. Морфологически все классы по А.Я. Катцу соответствуют классификации E. Angle.

Значительным шагом в развитии ортодонтии явилась классификация Р. Simon (1919 г.), уточняющая симптоматическую диагностику и определяющая положение отдельных зубов, зубных рядов и челюстей по отношению к лицевому скелету в декартовой системе координат. При использовании этой классификации перечисляют все отклонения зубов и челюстей от срединной сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостей черепа. Автором предложены термины: контракция (сужение зубных рядов и челюстей); дистракция (расширение по отношению к срединной сагиттальной плоскости); протракция (смещение зубов и челюстей кпереди); ретракция (смещение кзади); аттракция (расположение зубов и челюстей выше окклюзионной плоскости); абстракция (расположение зубов и челюстей ниже окклюзионной плоскости).

В классификации А.И. Бетельмана (1956 г.) систематизированы аномалии прикуса в трех направлениях. Автор предлагает выделять не аномалийные прикусы с точки зрения морфологии, а с учетом функции - физиологические и патологические. Патологические прикусы автор делит на три большие группы: сагиттальные, вертикальные и трансверсальные. К сагиттальным патологическим прикусам автор относит дистальный (недоразвитие мышц, выдвигающих нижнюю челюсть; слабость круговой мышцы рта) и мезиальный (чрезмерное развитие мышц выдвигающих

нижнюю челюсть; недоразвитие мышц, опускающих нижнюю челюсть).
Вертикальные патологические прикусы: глубокий (недоразвитие мышц, выдвигающих нижнюю челюсть) и открытый (недоразвитие круговой мышцы рта и мышц, поднимающих нижнюю челюсть). Среди трансверсальных аномалий А.И. Бетельман выделяет кривой односторонний и кривой двусторонний (при недоразвитии одной из мышц, выдвигающих нижнюю челюсть) прикусы. Недостатком классификации является то, что она не в полной мере отражает этиологию зубочелюстных аномалий.

К тому же А.И. Бетельман выделяет четыре формы дистального прикуса:

1-я форма. Нижнечелюстная микрогнатия.

2-я форма. Верхнечелюстная макрогнатия.

3-я форма. Верхнечелюстная макрогнатия. Нижнечелюстная микрогнатия.

4-я форма. Дистальный прикус с компрессией боковых участков и выступанием фронтальных зубов.

Следует отметить, что термин «верхнечелюстная макрогнатия» обозначает увеличение размеров верхней челюсти, и мало пригоден для классификации «дистального прикуса». То же самое относится и к другим формам дистального прикуса, где основное внимание уделяется размерам, но не положению челюстей относительно друг друга и черепа в целом.

Основываясь на этиологических и патогенетических признаках формирования аномалий челюстно-лицевой области, А. Kantorowicz (1932 г.) предложил выделять эндогенные (в основном наследственные) и экзогенные (обусловленные воздействием внешних факторов) аномалии. Знание этиологии помогает не только устранять действие этиологического фактора в ходе ортодонтического лечения, но и разрабатывать методы профилактики аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Однако, на основе этой классификации не всегда возможно установить этиологические факторы патологии. К тому же одна и та же аномалия может

быть следствием воздействия различных этиологических факторов.

Большинство авторов отдают предпочтение морфологическим классификациям. Е.И. Гаврилов и А.С. Щербаков (1984 г.) считают, что более удобной для клиники является классификация Д.А. Калвелеса (1957 г.), в которой все аномалии выделены в три большие группы: аномалии отдельных зубов, аномалии зубных рядов, аномалии прикуса.

I. Клинико-морфологическая классификация зубо-челюстных аномалий Д.А. Калвелеса.

I. Аномалии отдельных зубов.

1. Аномалии числа зубов:

а) адентия - частичная или полная (гиподонтия);

б) сверхкомплектные зубы (гиперодонтия).

2. Аномалии величины и формы зубов:

а) гигантские зубы;

б) шипообразные зубы;

в) уродливые формы зубов;

г) зубы Гетчинсона, Фурнье.

3. Аномалия структуры твердых тканей зубов:

а) гипоплазия зубных коронок.

4. Нарушения процесса прорезывания зубов:

а) преждевременное прорезывание зубов;

б) запоздалое прорезывание зубов.

II. Аномалии зубных рядов.

1. Нарушения образования зубных рядов:

1) аномальное положение отдельных зубов:

а) губно-щечное прорезывание зубов;

б) небно-язычное прорезывание зубов;

в) мезиальное прорезывание зубов;

г) дистальное прорезывание зубов;

д) низкое положение (инфраокклюзия);

е) высокое положение (супраокклюзия);

ж) поворот зуба (тортоаномалия);

з) транспозиция зубов;

и) дистопия верхних клыков.

2) скученное положение зубов;

3) тремы между зубами (диастема).

2. Аномалии формы зубных рядов:

- а) суженный зубной ряд;
- б) седлообразно сдавленный зубной ряд;
- в) V-образная форма зубного ряда;
- г) четырехугольный зубной ряд;
- д) асимметричный зубной ряд.

III. Аномалии прикуса

1. Сагиттальные аномалии прикуса:

- 1) прогнатия;
- 2) прогения:
 - а) ложная прогения;
 - б) истинная прогения.

2. Трансверсальные аномалии прикуса:

- 1) суженные зубные ряды;
- 2) несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных

рядов:

- а) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах (двусторонний перекрестный прикус);
- б) нарушение соотношений боковых зубов на одной стороне (косой или односторонний перекрестный прикус).

3. Вертикальные аномалии прикуса:

- 1) глубокий прикус:
 - а) перекрывающий прикус
 - б) комбинированный прикус с прогнатией (крышеобразный).
- 2) открытый прикус:
 - а) истинный прикус (рахитический);
 - б) травматический прикус (вследствие дурных привычек).

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была предложена унифицированная классификация, в которой приводится перечень аномалий положения отдельных зубов, аномалии размеров челюстей, аномалии расположения челюстей по отношению к черепу в целом и аномалии соотношения зубных дуг.

II. Классификация зубо-челюстных аномалий ВОЗ

Аномалии величины челюстей

- 1. Макрогнатия верхней челюсти (верхнечелюстная гиперплазия).
- 2. Макрогнатия нижней челюсти (нижнечелюстная гиперплазия).

- 3. Макрогнатия обеих челюстей.
- 4. Микрогнатия верхней челюсти (верхнечелюстная гипоплазия).
- 5. Микрогнатия нижней челюсти (нижнечелюстная гипоплазия).
- 6. Микрогнатия обеих челюстей.

Аномалии положения челюстей относительно основания черепа

- 1. Асимметрия (кроме гемифациальной атрофии или гипертрофии, односторонней мышечковой гиперплазии).
- 2. Нижнечелюстная прогнатия.
- 3. Верхнечелюстная прогнатия.
- 4. Нижнечелюстная ретрогнатия.
- 5. Верхнечелюстная ретрогнатия.

Аномалии соотношения зубных дуг

- 1. Дистальная окклюзия.
- 2. Медиальная окклюзия.
- 3. Чрезмерное перекрытие (горизонтальный перекрывающий прикус).
- 4. Чрезмерный перекрывающий прикус (вертикальный перекрывающий прикус).
- 5. Открытый прикус.
- 6. Перекрестный прикус боковых зубов.
- 7. Лингвоокклюзия боковых зубов нижней челюсти.

Аномалии положения зубов

- 1. Скученность (включая черепацеобразное положение).
- 2. Перемещение.
- 3. Поворот.
- 4. Промежутки между зубами (включая диастему).
- 5. Транспозиция.

А.И. Бетельман с соавт., (1965 г.) считают, что сочетание корней слов разных языков (латинского, *pro* — впереди и греческих *gnatos* - челюсть, *genus* - подбородок) с точки зрения филологии не верно. С этих же позиций нецелесообразно и добавление к указанным терминам русских слов - верхняя или нижняя. Кроме того, употребление термина «прогения» в сочетании с понятием «истинная» или «ложная» усложнило классификацию Д.А. Калвелиеа.

Одни специалисты под понятием «ложная прогения» подразумевали

смыкание зубных рядов, при котором резцы верхней челюсти находились в обратном перекрытии, в то время как первые постоянные моляры располагались в нейтральном соотношении.

По мнению других исследователей к «ложной прогении» относили недоразвитие (или малые размеры) верхней челюсти при нормальном положении (или размерах) нижней челюсти.

Наиболее полно аномалии и деформации челюстно-лицевой области представлены в классификации, предложенной коллективом кафедры ортодонтии и детского протезирования Московского медицинского стоматологического института (ММСИ, 1990).

III. Классификация аномалий зубов и челюстей ММСИ

1. Аномалии зубов.

1.1. Аномалии формы зуба.

1.2. Аномалии структуры твердых тканей зуба.

1.3. Аномалии цвета зуба.

1.4. Аномалии размера зуба (высоты, ширины, толщины).

1.4.1. Макродентия.

1.4.2. Микродентия.

1.5. Аномалии количества зубов.

1.5.1. Гиперодонтия (при наличии сверхкомплектных зубов).

1.5.2. Гиподонтия (адентия зубов - полная или частичная).

1.6. Аномалии прорезывания зубов.

1.6.1. Раннее прорезывание.

1.6.2. Задержка прорезывания (ретенция).

1.7. Аномалии положения зубов (в одном, двух, трех направлениях).

1.7.1. Вестибулярное.

1.7.3. Мезиальное.

1.7.4. Дистальное.

1.7.5. Супраположение.

1.7.6. Инфраположение.

1.7.7. Поворот по оси (тортоаномалия).

1.7.8. Транспозиция.

2. Аномалии зубного ряда.

2.1. Нарушение формы.

2.2. Нарушение размера.

2.2.1. В трансверсальном направлении (сужение, расширение).

2.2.2. В сагиттальном направлении (удлинение, укорочение):

2.3. Нарушение последовательности расположения зубов.

2.4. Нарушение симметричности положения зубов.

2.5. Нарушение контактов между смежными зубами (скученное или редкое положение).

3. Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.

3.1. Нарушение формы.

3.2. Нарушение размера

3.2.1. В сагиттальном направлении (удлинение, укорочение).

3.2.2. В трансверсальном направлении (сужение, расширение).

3.2.3. В вертикальном направлении (увеличение, уменьшение высоты).

3.2.4. Сочетанные по 2 и 3 направлениям.

3.3. Нарушение взаиморасположения частей челюстей.

3.4. Нарушение положения челюстных костей.

Приведенная классификация показывает, что во взаимосвязях аномалий прикуса с аномалиями зубов и челюстей имеется строгая закономерность (А.А. Аникиенко, Л.И. Камышева, 1982 г.):

1. К сагиттальным, вертикальным и трансверсальным аномалиям прикуса приводят строго определенные аномалии зубов и челюстей.

2. К аномалиям прикуса в любой плоскости, как правило, приводят аномалии зубов и челюстей в этой же плоскости.

3. К двум видам аномалийных прикусов одного направления приводят противоположные по размеру и положению аномалии верхней и нижней челюсти.

4. К сочетанным по двум и трем направлениям аномалиям прикуса

приводят сочетанные по двум и трем направлениям аномалии зубов и челюстей.

5. При сочетании аномалий зубов и челюстей, приводящих к двум разным видам аномалий прикуса одного направления, формирование вида прикуса зависит от количественного преобладания (степени выраженности) одной группы аномалий над другой.

6. Количественно одинаковые аномалии зубов и челюстей, приводящие к двум видам аномалий прикуса одного направления, при сочетании не вызывает отклонений в прикусе, то есть при аномалиях зубов и челюстей может быть правильный прикус.

Прикус - множественное смыкание зубных рядов при привычном положении нижней челюсти (Л.С. Персин, 1996 г.). При ортогнатическом прикусе привычное положение нижней челюсти совпадает с центральной окклюзией. При аномалиях окклюзии прикус как таковой отсутствует, поскольку нет смыкания антагонистов (например, «открытый прикус»). В связи с этим Л.С. Персиным предложена классификация аномалий окклюзии зубных рядов (1989 г.). Данная классификация предложена как рабочая Ассоциацией ортодонтотв России.

IV. Классификация аномалий окклюзии зубных рядов Л.С Персина

1. Аномалии окклюзии в сагиттальной плоскости.

1.1. В боковых участках зубных рядов.

1.1.1. Дистальная окклюзия.

Аномалии верхней челюсти:

- мезиальное перемещение боковой группы зубов;
- макродентия зубов;
- тремы между зубами;
- сверхкомплектные зубы;
- переднее положение (прогнатия);
- чрезмерное развитие (макрогнатия).

Аномалии нижней челюсти:

- дистальное положение зубов;
- микродентия зубов;

- скученное положение зубов;
- адентия зубов;
- дистальное положение челюсти (ретрогнатия);
- задержка роста челюсти (микрогнатия);
- укорочение зубного ряда.

1.1.2. Мезиальная окклюзия.

Аномалии верхней челюсти:

- дистальное положение зубов;
- микродентия зубов;
- скученное положение зубов;
- адентия зубов;
- дистальное положение челюстей (ретрогнатия);
- укорочение зубного ряда;
- задержка роста челюсти (микрогнатия).

Аномалии нижней челюсти:

- мезиальное перемещение боковой группы зубов;
- макродентия зубов;
- тремы между зубами;
- сверхкомплектные зубы;
- переднее положение челюсти (прогнатия);
- чрезмерное развитие челюсти (макрогнатия);
- удлинение зубного ряда.

1.2. Дезокклюзия передней группы зубов.

Признак - сагиттальная щель между резцами верхней и нижней челюстей, может быть в результате протрузии зубов верхней челюсти, ретрузии зубов нижней челюсти, сочетания обоих факторов.

2. Аномалии окклюзии в вертикальной плоскости.

2.1. Несмыкание зубов без резцового перекрытия (вертикальная резорбция):

- уменьшение высоты коронок передних зубов верхней и нижней челюстей;
- неполное прорезывание передних зубов верхней и нижней челюстей;
- зубоальвеолярное укорочение верхней челюсти в переднем отделе;
- увеличение высоты коронок боковых зубов верхней челюсти;
- чрезмерное прорезывание боковых зубов верхней челюсти;

-зубоальвеолярное удлинение верхней челюсти в боковых отделах.

2.1.1. Дезокклюзия боковой группы зубов (одно- и двусторонняя):

- зубоальвеолярное укорочение верхней или нижней челюсти;

- неполное прорезывание зубов;

- уменьшение высоты коронок боковой группы зубов.

2.2. Глубокая резцовая окклюзия:

- зубоальвеолярное удлинение переднего отдела верхней и нижней челюстей;

- зубоальвеолярное укорочение бокового отдела верхней или нижней челюсти;

2.3. Глубокая резцовая дезокклюзия:

- чрезмерное прорезывание резцов нижней и верхней челюстей;

- зубоальвеолярное удлинение переднего отдела верхней или нижней челюсти;

- неполное прорезывание боковой группы зубов верхней или нижней челюсти;

- зубоальвеолярное укорочение бокового отдела верхней или нижней челюсти.

3. Аномалии окклюзии в трансверзальной плоскости.

3.1. Перекрестная окклюзия.

3.1.1. Вестибулоокклюзия в области бокового участка верхнего или нижнего зубного ряда (одно- и двусторонняя):

- удлинение верхнего или нижнего зубного ряда по трансверзали;

-смещение нижней челюсти влево и вправо.

3.2. Палатиноокклюзия, лингвоокклюзия (одно- и двусторонняя):

-укорочение верхнего или нижнего зубного ряда по трансверзали;

-смещение нижней челюсти влево и вправо.

7. Деформации зубных рядов и челюстно-лицевой области.

В 1905 г. Годон выдвинул теорию артикуляционного равновесия, суть которой в том, что зубная система представляет собой единое целое. Существование ее возможно лишь при непрерывности зубных рядов. Годон впервые описал механизм смещения зубов при удалении антагонистов (Рис. 18).

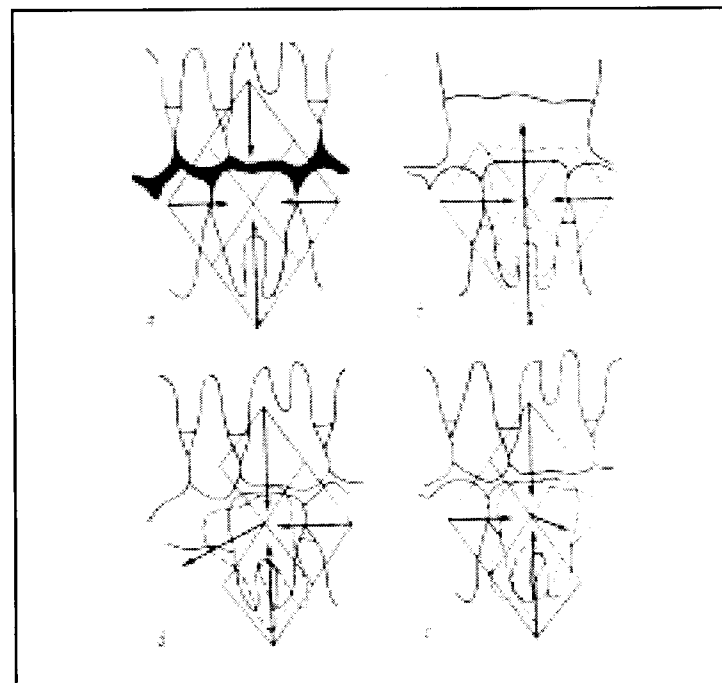


Рис. 18. Схема артикуляционного равновесия по Годону и его нарушение.

В 1880 г. В.О. Попов проводил эксперименты на морских свинках, описанные в диссертации «Изменение формы костей под влиянием ненормальных механических условий в окружающей среде». Он наблюдал искривление челюстей у свинок после удаления у них первых резцов.

Так возник термин «Феномен Попорва-Годона».

В 1961 г. Д.А. Калвеллис считает, что зубы смещаются за счет нарушения взаимодействия связочного аппарата с зубом-антагонистом, который был удален. В.Ю. Курляндский объяснял смещение зуба за счет силы внутреннего давления.

Некоторые авторы придерживаются точки зрения, что смещение зуба это сложная общая биологическая реакция (В.И. Гаврилов).

В.А. Пономарева (1974) считает, что смещение зуба происходит за счет вакантной гипертрофии костной ткани зубов, лишенных антагонистов

(повышение пористости, воздушности костной структуры). Деформации зубов и зубных рядов можно разделить на группы по происхождению:

1) Изменение формы зубных дуг и окклюзии вследствие нарушения распределения жевательного давления.

а) при дефектах зубов и зубных рядов;

б) при функциональной перегрузке пародонта, механизм и действующее начало заложены в самой зубочелюстной системе;

2) Деформации, возникающие под действием внешних сил по отношению к зубным рядам.

а) веерообразное расположение резцов, режущих клыков вследствие:

- системных пародонтитов и пародонтозов, пара функций связанных с атрофией альвеолярного отростка, необычной нагрузкой по направлению, воспалением пародонта и его дистрофией;

- предрасполагающий фактор – слабость (m. orbicularis oris) круговой мышцы рта;

б) деформации при одонтогенных (околокорневая киста) и неодонтогенных опухолях;

в) деформации при давлении резцов слизистой оболочки (ожоги, ранения), давлении языка, микроглоссии (парафункция);

г) при травме;

д) при патологической стираемости.

Пономарева В.А. (1951) выделяет 2 основные формы деформаций:

1) Характеризуется тем, что со смещением зуба, лишённого антагонистов, наблюдается увеличение альвеолярного отростка без резорбции костной ткани, без обнажения цемента корня зуба. В результате соотношение экстра- и интра-альвеолярных частей зуба не изменяется.

2) Выдвижение зуба сопровождается обнажением цемента корня:

а) видимое увеличение альвеолярного отростка при

незначительном обнажении корня (1/4 длины);

б) увеличения альвеолярного отростка нет, цемент корня обнажается на 1/2 длины и более;

Виды смещения зубов:

- вертикальное;
- медиальный наклон;
- дистальный наклон;
- оральный наклон;
- вестибулярный наклон;
- поворот вокруг оси;
- комбинированное.

Систематизация применяемая на кафедре ортопедической стоматологии ВолГМУ, предложенная В.Ю. Миликевичем (1969 г.):

I Деформации зубов и зубных рядов

1. Дентальная форма

а) Вертикальная

I ст. - выдвижение зуба за пределы окклюзионной плоскости на высоту бугров, атрофия на 1/4 длины корня;

II ст. - выдвижение на 1/2 высоту коронки, атрофия на 1/2 длины корня;

III ст. - выдвижение на 3/4 высоты и > коронки, атрофия на 3/4 длины корня;

б) Горизонтальная

I ст. - коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону на 20-30°.

II ст. - коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону > 30°.

2. Дентоальвеолярная форма

а) без атрофии тканей пародонта (I, II, III ст.)

б) с атрофией тканей пародонта (I, II, III ст.)

3. Поворот зуба вокруг оси.

II. Деформации зубных рядов и прикуса.

1) С сохранением прямого или переходом в ортогнатический прикус.

2) С установлением глубокого резцового перекрытия или глубокого прикуса.

3) С установлением бипрогнатии.

Все эти виды деформаций могут сочетаться с истинным или ложным проявлением дентоальвеолярной деформации.

При различных видах деформаций зубов и зубных рядов происходит блокада движений нижней челюсти. При взаимном перемещении зубов верхней и нижней челюстей наблюдается:

- а) нарушение биомеханики ВНЧС;
- б) нарушение синхронности сокращения жевательных мышц;
- в) функциональная перегрузка пародонта зубов, блокирующих нижнюю челюсть.

При выдвигании нижней челюсти вперед вся сила сокращения латеральной крыловидной мышцы концентрируется на зубах, задерживающих её движение вперед, вследствие чего пародонт этих зубов попадает в состояние первичной функциональной перегрузки – травматическая окклюзия. Травматическая окклюзия протекает в компенсированной и декомпенсированной стадии вплоть до атрофии лунки зуба, атрофии десны, патологической подвижности, что приводит к потере зубам функциональной ценности, образуется первичный травматический синдром.

8. Заболевания тканей пародонта.

Понятие «болезни пародонта» включает заболевание, при котором поражается комплекс тканей пародонта. Данная патология является одной из самых распространенных поражений зубочелюстной системы.

Первую попытку создания единой классификации в 30-е годы XX века предприняла Международная организация по изучению болезней пародонта (АРМА). Основу ее составила классификация немецкого ученого Вески. Главное ее достоинство - четкое описание клинических проявлений каждой из существующих форм заболеваний пародонта, а недостаток – многообразие терминов, которое не всегда раскрывают патогенетическую суть заболевания.

В 40-50 годы в нашей стране широко пользовались классификациями, разработанными А.И. Евдокимовым, И.Г. Лукомским, Е.Е. Платоновым, И.О. Новиковым, позже появилась классификация ММСИ.

Решением 16 пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (1983 г.) утверждена классификация болезней пародонта для применения в научной, педагогической и лечебной работе. В ее основу положен нозологический принцип ВОЗ:

1. Гингивит – воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести и тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: генерализованный.

4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим снижением тканей.

5. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

Основным преимуществом классификации является дифференцированный подход к различным заболеваниям тканей пародонта в соответствии с клинико-морфологическими особенностями патологического процесса: воспаление, дистрофия, опухоли.

Одно из наиболее часто встречающихся нозологических форм заболеваний пародонта в практике ортопедической стоматологии является пародонтит. Для данного заболевания характерно: быстрая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, нарушение целостности зубоэпителиального прикрепления, оголение корней зубов, явления воспаления, подвижность зубов.

Одной из этиопатогенетических моментов местного характера для данного заболевания является – травматическая перегрузка зубов. Наиболее частая причина такой перегрузки – наличие преждевременных контактов (супраконтактов) зубов-антагонистов.

Jankelson (1955 г.) разработал классификацию преждевременных контактов зубов. Согласно этой классификации поверхность скатов бугорков обозначается цифрами 1, 2, 3, а соответствующие поверхности антагонистов 1а, 2а, 3а (Рис. 19.).

Класс 1 – вестибулярные скаты щечных бугров нижних моляров, премоляров и вестибулярная поверхность нижних передних зубов.

Класс 1а – оральные скаты щечных бугров верхних моляров, премоляров и оральная поверхность передних верхних зубов.

Класс 2 – оральные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.

Класс 2а – вестибулярные скаты нижних бугров нижних моляров и премоляров.

Класс 3 – вестибулярные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.

Класс 3а – оральные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров.

В клинической практике при лечении пациентов с пародонтитом, очень важно определить **степень тяжести данного заболевания, т.е. степень атрофии альвеолярного отростка.**

1. Степень – атрофия альвеолярного отростка до 1/3 длины корня зуба;

2. Степень – атрофия альвеолярного отростка от 1/3 до 1/2 длины корня зуба;

3. Степень – атрофия альвеолярного отростка свыше 1/2 длины корня зуба;

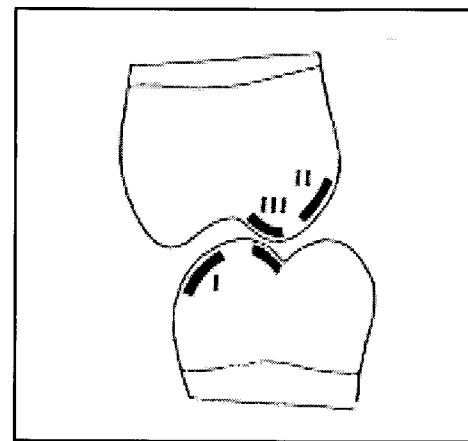


Рис. 19. Классификация преждевременных контактов зубов по Jankelson

Как уже говорилось, при пародонтите обнаруживается в той или иной степени выраженная подвижность зубов, поэтому вопрос создания полной, общепризнанной классификации подвижности зубов весьма актуален.

Классификация подвижности зубов ARPA (1978 г.)

1.- 0 степень – подвижность физиологическая;

2.- 1 степень – подвижность определяется тактильно;

3.- 2 степень – не только тактильно, но и визуально;

4.- 3 степень – подвижность зуба, может быть вызвана давлением щек, языка.

В настоящее время принята классификация подвижности зубов:

1. Степень – подвижность в вестибуло-оральном направлении;

2. Степень – кроме подвижности в вестибуло-оральном направлении, наблюдается и медиодистальная подвижность зуба;

3. Степень – к вышеперечисленным патологическим процессам присоединяется еще подвижность в вертикальном направлении.

По предложению В.Ю. Курляндского (1953 г.) различаются 4 степени атрофии альвеолярного отростка (Рис.20.).

- 1) Степень – атрофия альвеолярной кости на 1/4 длины корня;
- 2) Степень – атрофия альвеолярной кости на 1/2 длины корня;
- 3) Степень – атрофия альвеолярной кости на 3/4 длины корня;
- 4) Степень – атрофия альвеолярной кости более 3/4 длины корня






	Выносливость пародонта	Необходимая затрата усилий при первом дроблении пищи	Резерв
	Норма 3,0	1,5	1,5
	I степень 2,25	1,5	0,75
	II степень 1,5	1,5	0
	III степень 0,75	1,5	0,75
	IV степень 0	1,5	1,5

Рис. 20. Изменение выносливости пародонта при атрофических процессах по В.Ю. Курляндскому.

По мнению автора, наблюдается прямая пропорциональная зависимость от степени атрофии альвеолярной кости к выносливости зубов к нагрузке.

Вышесказанное автор выразил в процентном отношении и для удобства поместил в сетку-таблицу (пародонтограмму). За единицу коэффициента выносливости к нагрузкам тканей пародонта зубов взяты выносливость пародонта боковых верхних и резцов нижней челюсти.

Таким образом, пародонтограмма, предложенная В.Ю. Курляндским, является графическим изображением состояния пародонта зубных рядов и функционального статуса зубочелюстной системы, выявленных на основании объективного инструментального метода исследования.

9. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава занимают особое место из-за трудностей в диагностике и лечении, чрезвычайно разнообразной и подчас сложной клинической картины.

Предложен ряд классификаций заболеваний ВНЧС (Семенченко Г.И. 1951 г.; Евдокимов А.И., Васильев Г.А. 1959 г.; Бернадский Ю.И. 1966 г., Измайлова Л.С. 1964 г., Speck Zarb и др.). При этом нет общепринятой клинически и теоретически обоснованной классификации. Это связано с большой разнородностью форм поражений сустава, отсутствием единого взгляда на патогенез заболеваний ВНЧС.

Для отражения функциональных изменений в ВНЧС в литературе применяются следующие наименования: болевой синдром дисфункции сустава (Егоров П.М., Карапетян И.С. 1975 г., 1978 г.; Schwarts L. 1995 г.), невралгия ВНЧС, челюстно-лицевая дискенизия, миоартропатия (Schulte W, 1970 г.), функциональная артропатия (Kleinrok M. et al 1976 г.), миофасциальный болевой дисфункциональный синдром (Green C., Laskin D. 1971 г., 1972 г.), артропатия (Дымкова В.И. 1971 г.).

По международной классификации болезней ВОЗ (1978 г.), заболевания ВНЧС относят к группе болезней скелетно-мышечной системы

и соединительной ткани. В ней не отражены дисфункциональные нарушения в суставе.

- I. Артрит: острые и хронические;
 - а. Травматические (ушибы, ранения);
 - б. Неинфекционные (при эндокринных, обменных нарушениях);
 - в. Инфекционные (специфические, неспецифические).
- II. Артрозы (склерозирующие, деформирующие);
 - а. В хронической стадии;
 - б. Анкилозы;
 - в. Опухоли и опухолеподобные состояния.

Соломятиным А.В. была предложена следующая классификация заболеваний ВНЧС.

- I. Артикулярные заболевания:
 - а. Воспалительные (артриты):
 1. острые;
 2. хронические.
 - б. Невоспалительные:
 1. внутренние нарушения;
 2. остеоартрозы;
 3. анкилозы;
 4. опухоли суставов.
- II. Неартикулярные заболевания:
 - а. Бруксизм;
 - б. Синдром болевой дисфункции;
 - в. Контрактура.

Ранее предложенные классификации отображали лишь воспалительные и дистрофические процессы в ВНЧС, и лечение в основном проводилось путем хирургических вмешательств и введения в сустав противовоспалительных и склерозирующих веществ.

Наибольшее распространение получили классификации заболеваний ВНЧС, предложенные Хватовой В.А. (1982 г.), Каламкаровым Х.А., Петровым Ю.А. (1982 г.).

Нозологические формы заболеваний ВНЧС (Хватова В.А. 1982г.).

1. Артриты острые и хронические

- а. травматические (ушибы, ранения)
 - б. неинфекционные (при обменных, эндокринных и др. нарушениях)
 - в. инфекционные (специфические и неспецифические)
2. Артрозы (склерозирующие, деформирующие)
 - а. в хронической стадии
 - б. в стадии обострения
 3. Мышечно-суставные дисфункции
 4. Анкилозы
 5. Опухоли

Анатомо-невралгические симптомы, вывихи и подвывихи нижней челюсти и диска, наблюдаемые при различных нозологических формах, рассматриваются как возможные осложнения всех названных заболеваний.

Ю.А. Петровым и Х.А. Каламкаровым (1982 г.) предложена новая классификация, где в отдельную группу впервые выделены функционально-обусловленные заболевания.

Согласно предложенной классификации все функциональные нарушения и заболевания ВНЧС подразделяются на пять групп:

- I. Дисфункциональные состояния ВНЧС:
 - а. Нейромускулярный дисфункциональный синдром;
 - б. Окклюзионно-артикулярный дисфункциональный синдром;
 - в. Привычные вывихи.
- II. Артриты:
 - а. Острые инфекционные (специфические, неспецифические);
 - б. Острые травматические;
 - в. Хронические ревматические, ревматоидные;
 - г. Хронические ревматические, ревматоидные, инфекционно-аллергические.
- III. Артрозы:
 - а. Постинфекционные (неартроды);
 - б. Посттравматические (деформирующие) остеоартроды;
 - в. Миогенные остеоартрозы;
 - г. Обменные артрозы;
 - д. Анкилозы (фиброзные, костные).
- IV. Сочетанные формы.
- V. Новообразования (доброкачественные, злокачественные) и метастатические (опухолевые) процессы.

Однако данная классификация не учитывает класса - аномалии развития ВНЧС. Кроме того, 1 группа в настоящее время рассматривается как мышечно-суставная дисфункция с болевым синдромом и без такового (подгруппа 1 и 2), а в подгруппу 3 введены и подвывихи.

Список использованной литературы.

1. Руководство по ортопедической стоматологии/ Под ред. В.Н. Конейкина. – М.: Медицина, 1993. - 496 с.
2. Ортопедическая стоматология: Руководство для врачей, студентов вузов и мед. училищ/ Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. АЛЪ-Хаким. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 576 с., ил.
3. Ортопедическая стоматология/ А.И. Бетельман. - М.: Медицина, 1965. - 496 с.
4. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. Часть I./ Б.П. Марков, И.Ю. Лебедеко, В.В. Еричев. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 662 с.
5. Хирургическая стоматология/ Н.В.Робустова. – М.: Медицина, 1993г. – 246 с.
6. Классификация аномалий и деформаций челюстно-лицевой области/ С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин. – ВМА, 1999. – 20 с.
7. Протезирование при полной потери зубов/ Н.В. Калинина, В.А. Загорский. – М.: Медицина, 1990. – 224 с., ил.
8. Ортопедическая стоматология: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп./ Е.И. Гаврилов, А.С. Щербаков. – М.: Медицина, 1984. – 576 с., ил.
9. Болевая дисфункция ВНЧС/ П.М. Егоров, И.С. Карапетян. – «Триада Х», 1986. – 128 с.
10. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология: Терминологический словарь. - М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. - 192 с.
11. Справочник по стоматологии /Т.Ф. Виноградова, Е.И. Гаврилов, М.М. Царинский и др./ Под ред. А.И. Рыбакова. 3-е изд., перераб. и доп. М. Медицина, 1993. - 576 с.
12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр в 3-х томах - ВОЗ, Женева, 1995.

Татьяна Владимировна Моторкина
Сергей Владимирович Дмитриенко
Александр Ивенович Краюшкин
Дмитрий Валерьевич Михальченко
Виктор Иванович Шемонаев
Александр Сергеевич Величко

**КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ,
ПРИМЕНЯЕМЫЕ
В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Учебное пособие

Формат 60x84/16. Бумага офсетная
Гарнитура «Таймс». Уч.-изд. л. 5,1. Усл. печ. л. 4,7
Тираж 200 экз.