

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра стоматологии

Курсовая работа

Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)

Название дисциплины

«Феномен Попова-Годона. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения.

Показания к выбору метода лечения.»

Тема работы

Выполнила: студентка 14ВЛС15 группы 4 курса

Сохненко Н.В.

Проверил: старший преподаватель кафедры

Смольянинов С.И.

Оценка: _____

_____ Подпись преподавателя

Пенза- 2017г

Содержание

Введение.....	2
1.Феномен Попова-Годона.....	3
2. Этиология.	5
3.Клиническая картина	8
4.Дифференциальный диагноз.	11
5.Лечение.....	13
Заключение.....	18
Список используемых источников.....	19

Введение

Появление дефектов зубных рядов приводит не только к нарушению морфологического единства зубных рядов, но и к сложной перестройке, возникающей вначале вблизи дефекта, а затем распространяющейся на весь зубной ряд. Внешне эта перестройка проявляется перемещением зубов, что часто приводит к нарушению окклюзионной поверхности зубных рядов, т.е. к вторичным деформациям прикуса, осложняющим клинику частичной потери зубов, затрудняя выбор и проведение ортопедического лечения.

Зубная дуга как часть зубо-челюстной системы представляет единое целое, благодаря наличию межзубных контактов и альвеолярному отростку, в котором фиксированы корни зубов. Потеря одного или нескольких зубов нарушает это единство и создаст новые условия для функциональной деятельности жевательного аппарата.

Причинами потери зубов чаще всего являются кариес, пародонтит, травмы, оперативное вмешательство, авитаминоз и др. Возникающая при этом клиническая картина зависит от количества утраченных зубов, локализации и протяженности дефекта, вида прикуса, состояния опорного аппарата оставшихся зубов, времени, которое прошло с момента потери зубов, и общего состояния больного.

1. Феномен Попова-Годона.

Феномен Попова-Годона - смещение зубов в различных направлениях после образования дефекта в зубной дуге, приводящее к деформациям окклюзионной кривой. Осложнение, развивающееся после удаления части зубов, может встречаться в любом возрасте.

При дефекте, вызванном потерей основного и бокового антагонистов, чаще всего наблюдается изменение положения зубов в вертикальном направлении. Зуб, лишенный антагонистов, как бы входит в дефект зубного ряда; расстояние между его окклюзионной поверхностью и альвеолярным отростком беззубого участка противоположной челюсти уменьшается, либо зубы касаются слизистой оболочки.

Исследования I формы деформации (без обнажения корня) показали, что, несмотря на увеличение альвеолярного отростка, видимого прибавления костного вещества нет, но происходит перегруппировка костных балок-чечек[1].

На основании морфологических данных сделано заключение, что в основе наблюдавшихся в клинике вторичных деформаций лежит процесс перестройки тканей зуба и челюсти вследствие потери обычной для них функциональной нагрузки!. Это является выражением приспособления зубо-челюстной системы к новым функциональным условиям.

Частичную вторичную потерю зубов, осложненную феноменом Попова-Годона, следует дифференцировать:

1) от частичной потери зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти;

2) от частичной потери, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов (локализованная форма, снижение окклюзионной высоты);

3) от частичной потери зубов на обеих челюстях, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов.

Для отличия феномена Попова-Годона от этих форм частичной потери и осложнений, необходимо обследовать соотношение зубных рядов при положении нижней челюсти в состоянии физиологического покоя. Для этого после определения центрального соотношения челюстей диагностические модели фиксируют в артикуляторе и исследуют выраженность окклюзионной кривой как в переднем отделе, так и в области жевательных зубов, величину пространства между зубами, лишенными антагонистов, и альвеолярным отростком беззубого участка.

С целью дифференциальной диагностики и лечения рекомендуется применение лечебно-диагностических кап, направленных на восстановление окклюзионной высоты и нормализацию соотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава.

Изучение диагностических моделей челюстей является одним из основных методов обследования, цель которого заключается в выявлении характера окклюзионных взаимоотношений.

Диагностические модели следует изготавливать до лечения, в процессе и по окончании.

При оценке диагностических моделей следует уточнить вид прикуса, глубину резцового перекрытия, характер смыкания небных и язычных бугров и др., а также величину) зубоальвеолярного удлинения, характер окклюзионной кривой, отношение отдельных зубов к слизистой оболочке беззубого альвеолярного отростка, характер медиального или дистального перемещения зубов, суперконтакты, где возникает блокада движений нижней челюсти, уровень укорочения зубов и т.д.

Ложный феномен Попова-Годона принимают за истинный, так как при произвольном смыкании челюстей без учета высоты нижнего отдела лица создается ложное представление, что зубы, лишенные антагонистов, сместились в дефект зубного ряда противоположной челюсти[2].

Появление дефектов зубных рядов приводит не только к нарушению морфологического единства зубных рядов, но и к сложной перестройке, возникающей вначале вблизи дефекта, а затем распространяющейся на весь зубной ряд. Внешне эта перестройка проявляется перемещением зубов, что часто приводит к нарушению окклюзионной поверхности зубных рядов, т.е. к вторичным деформациям прикуса, осложняющим клинику частичной потери зубов, затрудняя выбор и проведение ортопедического лечения.

Зубная дуга как часть зубо-челюстной системы представляет единое целое, благодаря наличию межзубных контактов и альвеолярному отростку, в котором фиксированы корни зубов. Потеря одного или нескольких зубов нарушает это единство и создаст новые условия для функциональной деятельности жевательного аппарата.

Причинами потери зубов чаще всего являются кариес, пародонтит, травмы, оперативное вмешательство, авитаминоз и др. Возникающая при этом клиническая картина зависит от количества утраченных зубов, локализации и протяженности дефекта, вида прикуса, состояния опорного аппарата оставшихся зубов, времени, которое прошло с момента потери зубов, и общего состояния больного.

2. Этиология.

Гистологически установлено, что у зубов, лишенных антагонистов, щель периодонта значительно уже, чем у зубов, имеющих антагонистов.

Статистические данные показывают, что у функционирующих зубов разницы между шириной этой щели с вестибулярной и язычной сторон нет. Вместе с тем совершенно достоверно установлено, что имеется существенная разница в ширине периодонта между пришеечной, средней и верхушечной третями как с вестибулярной, так и с язычной стороны[3]. В ткани периодонта зубов, лишенных антагонистов, количество фиброзных пучков меньше, чем у зубов, имеющих антагонисты, причем и сами фиброзные пучки менее мощные.

Преобладающим направлением таких пучков у зубов, лишенных антагонистов,

является более косое, чем в контроле, или продольное. В компактной пластинке стенок альвеолы, обращенной к периодонту, и в гребне стенок альвеол зубов, лишенных антагонистов, волокнистая кость имеет большую слоистость, чем у зубов, имеющих антагонистов. Спонгиоза у зубов, лишенных антагонистов, построена преимущественно из истонченных, находящихся в процессе перестройки костных балочек.

У зубов, имеющих антагонистов, спонгиоза образована мощными балками, расположенными радиально по отношению к корню. При первой форме зубочелюстной деформации форма щели периодонта сохраняется в пришеечной части корня, как у функционирующего зуба, но уменьшается величина ее, а в верхушечной части изменяется и становится равной по величине и форме щели периодонта в средней части корня, т. е. сужается. При второй форме зубочелюстной деформации форма щели периодонта сохраняется в пришеечной и верхушечной частях корня с небной стороны, причем величина ее меньше, чем у функционирующих зубов и больше, чем при первой форме деформации.

С вестибулярной стороны форма щели изменяется, а размеры ее в средней и верхушечной частях равны [4]. Сопоставляя величину и форму щели периодонта, можно полагать, что у зубов, лишенных антагонистов, значительно уменьшается амплитуда движения в альвеолах и изменяется направление перемещения их. Если сравнить морфологические данные при деформациях первой и второй формы, то можно убедиться, что при второй форме деформации щель периодонта шире. Процессы новообразования волокнистой кости компактной части стенки альвеолы преобладают при деформации первой формы.

Процессы перестройки губчатого вещества, характеризующиеся истончением костных балочек и изменением их расположения по сравнению с нормой, выражены в разной степени при деформации обеих форм. Так, при деформации второй формы истончение костных балочек достигает большей величины и обнаруживается у большего количества костных балочек.

Можно предположить, что в основе наблюдавшихся в клинике видов деформации лежит единый процесс перестройки кости как результат потери обычной для ее функциональной нагрузки. Строение пародонта изменяется соответственно новым функциональным условиям, причем, когда зуб лишается антагонистов и попадает в другие функциональные условия, нарушаются обмен и морфологические взаимоотношения между окружающими его тканями в связи с изменением функции. Эта перестройка тканей пародонта носит приспособительный характер.

Гистологические исследования блоков с деформацией первой формы (без обнажения корня) показали, что, несмотря на увеличение альвеолярного отростка, прибавления костного вещества нет, а отмечается лишь построение новых, более тонких костных балочек, которое характерно для зубов, лишенных антагонистов. Эта перестройка альвеолярного отростка с перегруппировкой костных балочек и приводит к видимому увеличению его объема.

Адаптационная перестройка зубочелюстной системы в результате длительно существующей пониженной функции обуславливает преобладание атрофических процессов в недогруженном звене. [6]. На основании наблюдений многообразных проявлений деформации зубных рядов в результате отсутствия антагонистов можно установить, что начальный период приспособления выражается перестройкой костной ткани, особенно в верхушечной области — увеличением новообразованной ткани и смещением зуба за окклюзионную плоскость. Более поздний период характеризуется преобладанием атрофического процесса, что клинически проявляется обнажением шейки и корня смещенного зуба, причем начало процесса атрофии в виде резорбции гребней стенок альвеол гистологически определяется еще при деформации первой формы. Иначе говоря, первая форма феномена со временем постепенно переходит во вторую, а следовательно, клинические формы проявления являются стадиями приспособительной перестройки костной ткани на изменение функциональной нагрузки.

Гистологические исследования трупов людей, имеющих деформации зубных рядов после утраты антагонистов, а также экспериментальные наблюдения динамики перестройки костной ткани в недогруженном звене, выявили картину приспособительной перестройки при изменившихся функциональных условиях в зубочелюстной системе. Ранняя перестройка костной ткани, лежащая в основе деформации зубного ряда, проявляется и сопровождается изменением обмена веществ. Для определения ранних биохимических сдвигов в челюстях, зубы которых частично потеряли антагонистов, проведено экспериментальное исследование с применением радиоактивных индикаторов. Большее количество включения радиоактивного кальция определялось на той стороне челюсти, где зубы были лишены антагонистов.

Различают следующие возможные направления смещения зубов:

- вертикальное;
- медиальный наклон;
- дистальный наклон;
- наклон в язычном (небном) направлении;
- наклон в вестибулярном направлении;
- комбинированное перемещение.

3. Клиническая картина

Клиническая картина зависит от топографии и величины дефекта.

При дефекте, вызванном потерей основного и бокового антагонистов, чаще всего наблюдается изменение положения зуба в вертикальном направлении [11]. Зуб, лишенный антагонистов, как бы входит в дефект зубного ряда; расстояние между его окклюзионной поверхностью и альвеолярным отростком беззубого участка противоположной челюсти уменьшается или зубы касаются слизистой оболочки. В случаях удаления нескольких зубов могут смещаться два, три и даже четыре зуба.

Деформация зубочелюстной системы у взрослого человека развивается после удаления зубов постепенно, а у детей и подростков - значительно быстрее. Она не беспокоит пациента, а диагностируется врачом при осмотре зубных рядов в состоянии центральной окклюзии. В более поздних стадиях этого вида деформации лишенные антагонистов зубы могут смещаться до слизистой оболочки противоположной челюсти. В результате хронической микротравмы развивается компрессионная перестройка слизистой оболочки, клинически проявляющаяся топографически измененной конфигурацией рельефа беззубого участка альвеолярного отростка. Хроническая травма может привести к малигнизации слизистой оболочки в зоне травмы. Симптоматика таких деформаций не исчерпывается этим признаком[10].

Симптомом деформации зубного ряда после потери антагонистов является блокирование движений нижней челюсти в сагиттальном направлении, обусловленное нарушением окклюзионных соотношений. Так, при удалении верхнего третьего моляра третий нижний может сместиться кверху и блокирует передние движения нижней челюсти. Такая блокировка движений челюсти со временем может вызвать изменения в височно-нижнечелюстном суставе, сопровождающиеся болевыми ощущениями в одном или двух суставах. Болевые ощущения в суставе возникают при замещении дефекта протезами без устранения феномена Попова - Годона.

В момент обследования зубных рядов при полуоткрытом рте четко определяется различной степени деформация окклюзионной кривой: зубы верхней челюсти опускаются ниже ее, а зубы нижней челюсти поднимаются выше. При обследовании пародонта смещенных зубов и альвеолярного отростка может быть выявлена различная клиническая картина их перестройки: в одних случаях десневая бороздка не изменена, видимой атрофии костной ткани нет, в других случаях - видимая атрофия, наличие десневых карманов и патологической подвижности зубов, альвеолярный отросток увеличен в объеме или не изменен.

На основании анализа клинических проявлений феномена Попова- Годона В. А. Пономарева выделяет две основные формы патологии. Первая форма характеризуется тем, что одновременно со смещением зуба есть видимое увеличение альвеолярного отростка, но не отмечается обнажения корня зуба и образования десневого кармана[12]. Соотношение между экстра- и интеральвеолярной частью зубов остается неизменным.

При второй форме смещение зуба сопровождается явлением атрофии тканей пародонта и обнажением цемента корня. Во второй форме выделяют две подгруппы. Первая подгруппа характеризуется видимым увеличением альвеолярного отростка при незначительной, в пределах 1/4 резорбции пародонта. Во второй подгруппе увеличения альвеолярного отростка не отмечается; резорбция тканей пародонта на уровне половины и более.

Таким образом, для постановки диагноза частичной вторичной адентии, осложненной феноменом Попова - Годона, можно принять следующие критерии.

- Основные проявления:
 - частичное отсутствие зубов;
 - нарушение окклюзионной кривой (инфра- или супраокклюзионное положение зуба или зубов);
 - отсутствие снижения (уменьшения) окклюзионной высоты;
 - уменьшение расстояния (или полное его отсутствие) между окклюзионной поверхностью смещенного зуба и альвеолярным отростком противоположной челюсти.
- Дополнительные проявления:
 - увеличение объема альвеолярного отростка;
 - наличие или отсутствие резорбции пародонта сместившихся зубов;
 - отсутствие изменений в твердых тканях и пародонте всех сохранившихся зубов.

4. Дифференциальный диагноз.

Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова — Годона, следует дифференцировать:

- 1) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти;
- 2) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты;
- 3) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов.

Для отличия феномена Попова — Годона от этих форм частичной адентии и осложнений необходимо обследовать соотношение зубных рядов при положении нижней челюсти в состоянии физиологического покоя.

Для этого после определения центрального соотношения челюстей диагностические модели фиксируют в окклюдаторе и исследуют выраженность окклюзионной кривой как в переднем отделе, так и в области жевательных зубов, величину пространства между зубами, лишенными антагонистов, и альвеолярным отростком беззубого участка.

При правильно зафиксированном центральном соотношении челюстей и восстановленной высоте нижнего отдела лица зубы, лишенные антагонистов, не занимают место отсутствующих зубов. Кроме того, отсутствие смещения зубов за протетическую плоскость и деформации окклюзионной кривой, нормальное расстояние между зубами и беззубым участком альвеолярного отростка позволяют отрицать наличие феномена и говорить об одной из перечисленных форм осложнений при частичной адентии[5].

Иногда в повседневной практике эти осложнения принимают за феномен Попова — Годона, так как при произвольном смыкании челюстей, без учета высоты нижнего

отдела лица, создается ложное представление, что зубы, лишенные антагонистов, сместились в дефект зубного ряда противоположной челюсти .

В процессе проведения дифференциального диагноза следует помнить о возможном сочетании феномена Попова — Годона с другими заболеваниями зубочелюстной системы. Так, например, в результате потери всех жевательных зубов на нижней челюсти одновременно могут развиваться следующие осложнения: деформация окклюзионной кривой, снижение окклюзионной высоты и дистальное смещение нижней челюсти.

В этом случае после восстановления высоты нижнего отдела лица и центрального соотношения челюстей с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками как во рту, так и на диагностических моделях степень смещения зубов в сторону дефекта значительно уменьшается. Аналогичная ситуация складывается и во втором, и в третьем случаях перечисленных осложнений при частичной адентии.

Следовательно, наличие или отсутствие феномена Попова — Годона, степень деформации окклюзионной поверхности (кривой) могут быть установлены только после четкого определения центрального соотношения челюстей.

5.Лечение.

В процессе проведения дифференциального диагноза следует помнить о возможном сочетании феномена Попова-Годона с другими заболеваниями зубочелюстной системы[14].Так. в результате потери всех жевательных зубов на нижней челюсти одновременно могут развиваться следующие осложнения: деформация окклюзионной кривой, снижение окклюзионной высоты и дистальное смещение нижней челюсти.

В этом случае после восстановления высоты нижнего отдела лица и центрального соотношения челюстей с помощью восковых базисов с ок-

окклюзионными валиками как во рту, так и на диагностических моделях степень смещения зубов в сторону дефекта значительно уменьшается.

Рациональное протезирование невозможно без устранения окклюзионных нарушений, которые, в свою очередь, могут вызвать нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава, функциональную перегрузку зубов, блокаду движений нижней челюсти и др.

Устранение окклюзионных нарушений преследует профилактические и лечебные цели.

Лечебные цели заключаются в:

- 1) нормализации окклюзионных отклонений;
- 2) устранении блокирования движений нижней челюсти;
- 3) устранении функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 4) нормализации функции височно-нижнечелюстного сустава;
- 5) создании условий для изготовления рациональной конструкции протеза.

Профилактика заключается в предупреждении:

- 1) функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 2) нарушения функции ВНЧС;
- 3) нарушения функции жевательных мышц.

Нормализация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов достигается:

- 1) сошлифовыванием бугров переместившихся зубов;
- 2) укорочением зубов, мешающих воссозданию окклюзионной плоскости, при необходимости с их депульпацией;
- 3) восстановлением высоты нижнего отдела лица;
- 4) наложением специальных протезов, вызывающих перестройку гипертрофированных участков альвеолярного отростка (аппаратный или ортодонтический метод);

5) наложением специальных протезов, вызывающих перестройку альвеолярного отростка, с предварительной компактостеотомией (кортикотомией) (аппаратно-хирургический метод);

6) удалением зубов, при необходимости с резекцией (альвеолотомией) части альвеолярного отростка (хирургический метод);

7) протезированием.

Наиболее распространенным способом лечения феномена Попова-Годона на сегодняшний день остается метод сошлифовывания. Для определения степени сошлифовывания изучают диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, а также боковые телерентгенограммы. Проведя окклюзионную плоскость, определяют, на сколько зуб сместился за нее: от этого зависит величина снимаемых по окклюзионной поверхности тканей. На рентгенограммах положение линии определяет показание к депульпированию, если линия пересекает полость зуба[14]. Если смещение произошло на малую величину, то достаточно сточить ткани в пределах эмали. После этого необходимо провести курс фторлактотерапии. Если при стачивании необходимо снять и часть дентина, то зуб требует обязательного покрытия коронкой. В случаях, когда вертикальное выдвижение зуба произошло в результате наличия сильно разрушенного зуба-антагониста, металлокерамическими коронками покрывают как разрушенный зуб, так его антагонист.

Таким образом создается достаточная высота для будущей коронки и устраняется блокирование движений нижней челюсти в сагиттальном направлении. Кафедрой ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов был предложен альтернативный способ лечения данной патологии. Протезированию подлежит только разрушенный зуб, коронковая часть которого восстанавливается керамокомпозитной вкладкой без изменения сложившейся окклюзионной кривой.

Выбор метода определяется характером клинической картины, формой и степенью деформации, возрастом и общим состоянием организма.

Метод сошлифовывания твердых тканей. Этот метод применяют при лечении лиц старше 35-40 лет при смещении зубов за окклюзионную плоскость не более чем на половину вертикального размера зуба (зубов). Показаниями к сошлифовыванию являются вторая форма феномена Попова-Годона и безуспешное применение метода дезокклюзии.

С целью определения степени сошлифовывания изучают диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, определяют, насколько сместился зуб, от чего зависит количество снимаемых с окклюзионной поверхности тканей. При необходимости производят депульпирование зубов[8].

После сошлифовывания недепульпированных зубов необходимо провести курс фторпрофилактики. Если при сошлифовывании необходимо снять часть дентина, то одновременно рекомендуется изготовить коронку.

Метод дезокклюзии. Метод показан при первой форме феномена Попова-Годона у лиц не старше 35-40 лет. Он основан на создании прерывистого действия повышенного давления на вовлеченные в процесс зубы с помощью несъемного мостовидного протеза или съемного лечебного протеза с опорно-удерживающими кламмерами. Вторичные деформации, развившиеся в интактных зубных рядах, устраняют с помощью временных капп. При моделировании окклюзионной поверхности важно создать такие участки, которые действовали бы в направлении, необходимом для перемещения выдвинувшихся зубов.

При смещении зуба в вертикальной и горизонтальной плоскостях можно также применять ортодонтические аппараты. Лечебный аппарат представляет собой пластиночный или бюгельный протез с накусочной площадкой, антагонизирующей со смещенными зубами и разобщающей прикус в остальных участках зубных рядов. При смыкании зубов, лишенных антагонистов, с накусочной площадкой высоту нижнего отдела лица устанавливают в каждом случае индивидуально, исходя из

того, что щель между антагонизирующими естественными зубами должна составлять не более 2 мм. Действие лечебного аппарата (разобщающей пластинки) продолжается до тех пор, пока естественные зубные ряды не вступят в контакт.

Первичная дезокклюзия естественных зубных рядов на 2 мм после перестройки зубо-челюстной системы не всегда обеспечивает полное выравнивание окклюзионной поверхности в области зубов, лишенных антагонистов, поэтому) лечение проводят в несколько этапов. Ко второлгу и последующим этапам переходят после того, как аппарат перестает действовать вследствие установления контакта между всеми зубами[16].при этом форма окклюзионной поверхности еще недостаточно выровнена и не полностью устранено смещение зубов. Второй и последующие этапы лечения заключаются в том, что на накусочную площадку наращивают новый слой быстро-твердеющей пластмассы толщиной 1-2 мм. Слой пластмассы должен обеспечить разобщение естественных зубов также не более чем на 2 мм. Окклю-зионное соотношение зубов регулируют таким образом до тех пор, пока не будет полностью ликвидировано смещение зубов. После выравнивания окклюзионной поверхности дефект зубного ряда противоположной челюсти замещают протезом, конструкцию которого определяют по показаниям.

Выравнивание окклюзионной поверхности происходит вследствие перестройки костной ткани, а не за счет погружения или "вколачивания" сместившихся зубов. Об этом свидетельствует тот факт, что величина клинической коронки не изменяется, а объем альвеолярного отростка значительно уменьшается. В основе перестройки костной ткани лежит процесс персгруппировки костных балочек губчатого вещества в соответствии с направлением сил жевательного давления, а также их зональное истончение и уменьшение их количества. Атрофия происходит на фоне активного обновления костных структур, т.е. процесс костеобразования не угнетается. Длительность лечения зависит не только от степени деформации, но и от количества сместившихся зубов, состояния пародонта зубов-антагонистов и особенно от возраста пациента.

Аппаратно-хирургический метод. В случаях развития воспалительной реакции в группе сместившихся зубов и отсутствия явлений перестройки в альвеолярном отростке в течение 3-4 нед. от начала лечения показано применение и других методов лечения. К ним в первую очередь следует отнести аппаратно-хирургический. Его можно применять только при первой форме феномена ГГопова-Годона и при отсутствии противопоказаний к хирургическим вмешательствам. Лечение с помощью данного метода заключается в проведении частичной компактостеотомии и применении лечебного аппарата для дезокклюзии. Частичную компактостеотомию (кортикотомию) проводят под местным обезболиванием.

Хирургический метод. Удаление зубов как метод устранения деформаций применяют при второй форме феномена и значительном изменении окклюзионной плоскости, а также при выраженной подвижности зубов или наличии хронических периапикальных процессов, не поддающихся консервативному лечению.

В случае резкой гипертрофии альвеолярного отростка, когда описанные выше методы не приводят к желаемым результатам или не могут быть применены, показано удаление зубов, а также частичная резекция альвеолярного отростка или бугра верхней челюсти. Уровень резекции зависит от расположения верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, поэтому перед операцией необходимо получить боковые рентгеновские снимки пазухи с целью определения возможного объема оперативного вмешательства.

Заключение

Феномен Попова - Годона смещение зубов в разные стороны после формирования дефекта в зубной дуге, которое приводит к трансформации окклюзионной кривой. Патология развивается после вырывания части зубов, может наблюдаться в любом возрасте. Вследствие адентии и выраженности феномена зависимо от времени потери зубов, их количества, щель периодонта становится существенно уже, совершается изменение в мышечной системе, отложение зубного камня. Годон считал вероятность существования стабильности системы только при сохранении постоянности зубных рядов. Каждый зуб состоит в контакте с рядом стоящим, при нагрузке его давление переходит на весь зубной ряд. При потере даже одного зуба направленность сил на зубы, которые граничат с дефектом, меняется. Отсутствие прямой нагрузки и воздействие боковых сил стимулируют костеобразование в околоворхушечной области и модификацию хода костных перекладин.

Лечение частичной вторичной адентии, осложненной деформацией зубных рядов, проводят поэтапно: вначале ликвидируют деформации, а затем устраняют дефекты зубных рядов. Устранение деформации проводится разнообразными методами в зависимости от степени, вида и формы клинической симптоматики. Для нормализации окклюзионной поверхности и сотворения правильных окклюзионных соотношений при следующем протезировании используют:

- метод последовательной дезокклюзии;
- метод сошлифовывания твердых тканей смещенных зубов;
- аппаратурно-хирургический;
- хирургический метод - удаление смещенных зубов.

Список используемых источников

1. Абакаров С.И. Современные конструкции несъемных зубных протезов М.: Высшая школа, 2009. 95 с.
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология: Учебник для студ. вузов. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. -67с.
3. Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология Пособие для врачей М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008. — 160 с.
4. Базикян Э. А. Пропедевтическая стоматология: учебник / под ред.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — с 461-471
5. Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. Терапевтическая стоматология. Учебник. — М., Медицинское информационное агентство, 2003. С. 247- 272.
6. Булгаков В.С. Материаловедение Конспекты лекций
7. Бюкгинг Вольфрам: Стоматологическая сокровищница-Советы и секреты практического стоматолога 2007.- 405с.
8. Вульфес, Дезеларс, Фёрстер, Марбах Телескопические коронки из неблагородных сплавов. Комбинированный протез с двойными коронками. Bremen: academia-dental International School BEGO Germany, 2008.- 104 с.
9. Вязьмитина А.В., Усевич Т.Л. - Материаловедение в стоматологии- 2005.- 120с.
10. Данилина Т.Ф., Наумова В.И., Жидовинов Д.В. Литье в ортопедической стоматологии: Монография Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. — 132 с.
11. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы теория, клиника и лабораторная техника Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2000 г.- 428 с.

12. Жулев Е.Н. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Учебное пособие. - Н.-Новгород, 2000.
13. Жулев Е.Н. Металлокерамические протезы Н.Новгород: Издательство НГМА, 2005. - 288 с.
14. Жулев Е.Н. Несъемные протезы: теория, клиника и лабораторная техника (4-е издание) Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии. 2009. — 365 с.
15. Крег Р., Пауэрс Дж., Ватага Дж. Стоматологические материалы. Свойства и применение. - Изд. МЕДИ, 2005.
16. Попков В. А. Стоматологическое материаловедение: Учебное пособие. / В. А. Попков, О. В. Нестерова, В. Ю. Решетняк // М.:МЕДпресс-информ, 2009.
17. Поюровская И. Я. Стоматологическое материаловедение: учебное пособие.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – с. 193.
18. Рыбаков А.И. Материаловедение в стоматологии. - М., «Медицина», 1984.
- 19.<http://dentalcentr.com.ua/fenomen-godona.html>
- 20.<https://cyberpedia.su/5xa0ea.html>
- 21.<https://cyberpedia.su/5xa0ea.html>