

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Кафедра «Стоматология»**

**Курсовая работа**

**По дисциплине:** «Зубопротезирование (простое зубопротезирование)».

**На тему:** «Изменения в зубочелюстной системе в связи с частичными дефектами в зубных рядах. Этиология, клиника, методы лечения».

**Специальность** 31.05.03 Стоматология

**Выполнила:** студентка группы 17ЛС5  
Плукчи Диана Анатольевна

**Руководитель:** ассистент кафедры  
"Стоматология"  
Никоноров Максим Константинович

**Работа защищена с оценкой** \_\_\_\_\_

**Дата защиты** «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пенза 2020

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой «Стоматология»

к.м.н. \_\_\_\_\_ Л.А.Зюлькина

**ЗАДАНИЕ**

На курсовую работу по дисциплине

«Зубопротезирование (простое зубопротезирование)».

**Тема:** «Изменения в зубочелюстной системе в связи с частичными дефектами в зубных рядах. Этиология, клиника, методы лечения».

1. Провести аналитико-синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме.
2. Выделить основные проблемные вопросы.
3. Предоставить материал на проверку руководителю.
4. Выполнить работу, сформулировать основные выводы, заключение, при необходимости снабжая иллюстрациями.

Задание получила

Подпись: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_  
(студента)

Руководитель работы: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Введение.....                                                     | 4  |
| 1)Частичное отсутствие зубов(первичная и вторичная адентия) ..... | 5  |
| 2)Этиология.....                                                  | 7  |
| 3)Клиника.....                                                    | 8  |
| 4)Патогенез.....                                                  | 11 |
| 5)Классификация дефектов зубных рядов.....                        | 12 |
| 6)Лечение дефектов зубного ряда.....                              | 16 |
| Заключение.....                                                   | 22 |
| Список литературы.....                                            | 23 |

## **ВВЕДЕНИЕ:**

Частичное отсутствие зубов (частичная первичная и вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) является одним из самых распространенных заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 75% населения в различных регионах земного шара [13].

В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75% и встречается во всех возрастных группах пациентов [9, 13].

Частичное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Оно обуславливает нарушение, вплоть до полной утраты, жизненно важной функции организма — пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера.

Не менее серьезными являются последствия частичного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния, вплоть до нарушений психики.

Проблема оказания стоматологической помощи населению при частичных дефектах зубных рядов в условиях стоматологических поликлиник является актуальной в связи с частой диагностикой в полости рта данной патологии.

## **1) ЧАСТИЧНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ):**

Одной из наименее приятных стоматологических болезней является адентия. Адентия — это врожденное или приобретенное отсутствие зубов. Она может быть как полной, когда отсутствуют все зубы (что встречается редко), так и частичной, когда во рту пациента отсутствует несколько зубов. Она может проявляться как у детей, так и у взрослых [10].

Различают такие виды адентии:

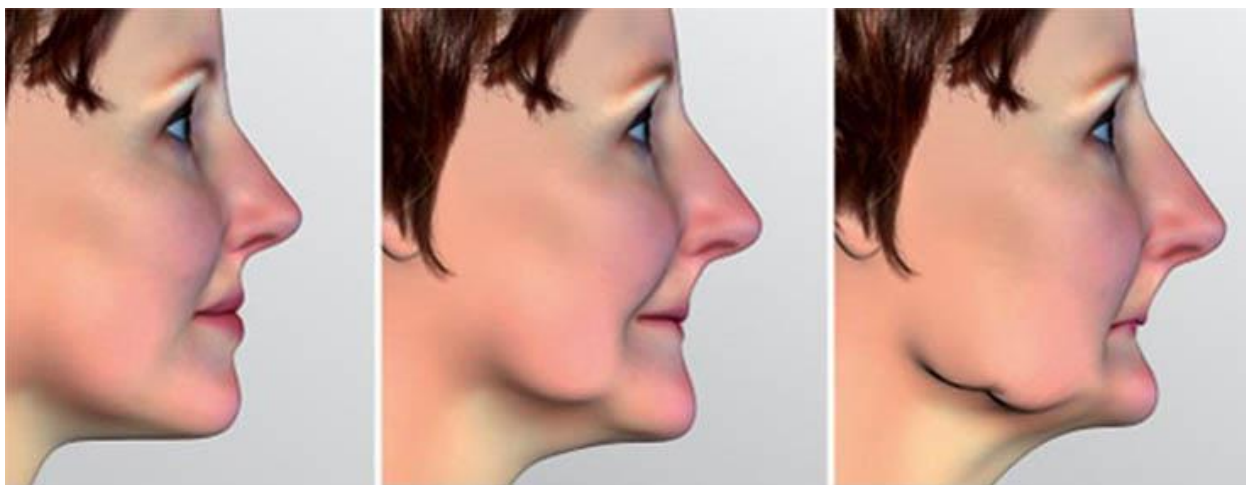
- Полная или частичная;
- Молочных или постоянных зубов;
- Первичная или вторичная (врожденная или приобретенная).

В зависимости от того, наблюдается ли частичное отсутствие зубов или нет зубов вообще, наблюдаются некоторые внешние признаки заболевания.

При полной адентии зубов кроме отсутствия зубных зачатков и зубов, как правило, имеется нарушение развития лицевого скелета: уменьшение размеров нижней части лица, недоразвитие челюстей, плоское небо, нарушение речи, откусывания и пережевывания пищи. В приротовой части мышцы вялые, мягкие ткани лица западают, образуя морщины. Отсутствие зубов на верхней челюсти нередко сопровождается прогеническим соотношением зубных рядов. Также происходят отклонения в функционировании височно-нижнечелюстного сустава [1].

При частичной адентии нередко наблюдается вывих или подвывих височно-нижнечелюстного сустава, укорочение или сужение зубного ряда, происходит смещение соседних зубов в область зубных дефектов, образование щелей между ними, из-за отсутствия жевательной нагрузки уменьшается костная ткань, при отсутствии фронтальных зубов на верхней челюсти «западает»

верхняя губа, а если нет нескольких боковых зубов, «западают» мягкие ткани щек [8].



Несмотря на то, что человек может не ощущать изменений в жевании вследствие потери одного - двух зубов, все же в организме происходят существенные изменения:

- наблюдается смещение всего ряда зубов;
- нарушается секреторная функция слюнных желез, желудка;
- замедляется перистальтика кишечника;
- снижается интенсивность минерализации зубов;
- дисгармонизируется белковый обмен [5].

Первичная частичная адентия врожденного типа возникает в период молочного прикуса, т.е. некоторые молочные зубы не прорезаются. Их зачатки не определяются ни на ощупь, ни даже при рентгенографическом исследовании.

В период сменного прикуса (когда молочные зубы меняются на постоянные) отсутствует часть как молочных, так и постоянных зубов. В случаях осложнения наблюдается расшатывание опорных зубов, нарушается целостность эмали [12].

Частичная вторичная адентия – распространенное явление. По статистике, 75% земного населения сталкивалась с этой проблемой. Чаще всего зубы удаляют из-за запущенного кариеса, воспаления зубной мякоти (пульпита).

В отличие от первичной адентии, в этом случае альвеолярные отростки развиваются нормально. Смещение зубов зависит от временного отрезка, который прошел с момента их удаления, когда молочные зубы меняются на постоянные, в результате смещения может оказаться недостаточно места для роста «взрослых» зубов. Поэтому важно вовремя обратить внимание на задержку прорезания и принять соответствующие меры [2].

## **2)ЭТИОЛОГИЯ:**

Среди этиологических факторов, вызывающих частичную адентию, выделяют:

- врожденные (первичные)
- приобретенные (вторичные) [7].

Причинами первичной частичной адентии являются нарушения эмбриогенеза зубных тканей, в результате чего отсутствуют зачатки постоянных зубов. К этой группе причин следует отнести и нарушения процесса прорезывания, что приводит к образованию ретенированных зубов и как следствие к первичной частичной адентии, и те, и другие факторы могут наследоваться.

Наиболее распространенными причинами вторичной адентии являются осложнения кариеса – пульпит и периодонтит, а также заболевания пародонта-пародонтиты.

В одних случаях удаление зубов обусловлено несвоевременным обращением за лечением, в результате чего развиваются стойкие воспалительные процессы

в околоверхушечных тканях. В других случаях – это следствие неправильного проведенного терапевтического лечения [15].

К возникновению вторичной адентии приводят также травмы зубов и челюстей, химические (кислотные) некрозы твердых тканей коронок зубов, оперативные вмешательства по поводу хронических воспалительных процессов, доброкачественных и злокачественных новообразований в челюстных костях. В соответствии с основополагающими моментами диагностического процесса в этих ситуациях частичная вторичная адентия отступает на второй план в клинической картине заболевания [9].

### **3)КЛИНИКА:**

После потери зубов в зубных рядах изменяется характер взаимообусловленности формы и функции. Клиническая картина при этом зависит:

- от времени, прошедшего с момента потери зубов;
- количества потерянных зубов;
- расположения зубов в зубном ряду;
- выполняемой зубами роли в жевании;
- вида соотношения зубных рядов;
- состояния периодонта и твердых тканей сохранившихся зубов;
- от возраста и общего состояния организма больного.

Ведущими симптомами в клинике частичной потери зубов являются:

- 1)нарушения непрерывности зубного ряда;
- 2)функциональная диссоциация — распад зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов и появление в связи с этим трех звеньев
  - функционирующего центра;
  - травматического узла;

- нефункционирующего звена, или атрофического блока;
- 3) функциональная перегрузка периодонта оставшихся зубов;
- 4) вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов;

5) нарушения:

- функции жевания и речи;
- функции жевательных и мимических мышц;
- деятельности височно-нижнечелюстных суставов;
- эстетических норм [14].

В зависимости от вида изменений, происходящих в зубных рядах после потери зубов, различают следующие три степени тяжести поражений:

- *Компенсированное состояние* — обуславливается дефектом зубного ряда, не влияющим на форму и структуру зубных рядов и периодонта.
- *Субкомпенсированное состояние* — наступает вследствие внутрисистемной перестройки в зубных рядах и периодонте: коронки зубов наклоняются в сторону дефекта, между зубами появляются тремы, зубы напротив дефекта смещаются в вертикальном направлении, перестраивается и периодонт.
- *Декомпенсированное состояние* — имеет место в тех случаях, когда внутрисистемная перестройка дополняется воспалительными явлениями в периодонте, его деструкцией, когда появляются десневые и костные карманы.

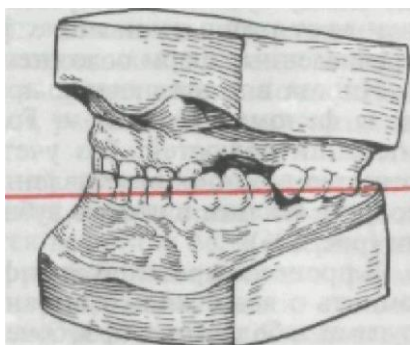
Жалобы больных носят различный характер. Зависят они от топографии дефекта, количества отсутствующих зубов, возраста и пола пациента.

Особенность изучаемой нозологической формы заключается в том, что она никогда не сопровождается чувством боли. При отсутствии резцов и клыков преобладают жалобы на эстетический дефект, нарушение речи, разбрызгивание слюны при разговоре, невозможность полноценного

откусывания пищи. Если отсутствуют жевательные зубы, пациенты жалуются на нарушение акта жевания (затруднённое пережёвывание пищи).

При внешнем осмотре, как правило, лицевые симптомы отсутствуют. Отсутствие резцов и клыков на верхней челюсти проявляется симптомом «западения» верхней губы. При значительном отсутствии зубов отмечается «западение» мягких тканей щёк и губ [13].

Зубочелюстная деформация, при которой зубы, лишённые антагонистов, вместе с альвеолярным отростком при центральной окклюзии могут занимать место отсутствующих зубов противоположной челюсти, именуется феноменом Попова-Годона. При этом определяется деформация окклюзионной поверхности и блокирование горизонтальных движений нижней челюсти. Частота проявления феномена составляет в среднем 50% случаев [11].



Различают 2 клинические формы вертикального вторичного перемещения зубов при потере антагонистов (Л.В.Ильина-Маркосян, В.А.Пономарева). При первой форме перемещение зуба сопровождается увеличением альвеолярного отростка (зубоальвеолярное удлинение, без видимого изменения высоты клинической коронки зуба). Эта форма характерна для потери зубов в молодом возрасте. При второй клинической форме выдвижение зуба происходит с обнажением части корня. При незначительном обнажении корня отмечается видимое увеличение альвеолярного отростка (1 группа, II форма). Когда у смещенных зубов обнажается цемент более чем половины корня, увеличения альвеолярного отростка не отмечается (2 группа, II форма). Вторая форма соответствует

более поздним стадиям перестройки альвеолярного отростка [4].

Замечено, что деформации зубных рядов могут наблюдаться при потере антагонизирующих жевательных зубов, при глубоком прикусе, при кариесе, пародонтите и патологической стираемости зубов.

В.А.Пономарева (1950), изучая механизм возникновения вторичных деформаций, указала на наличие морфологических изменений, происходящих в зубочелюстной системе при потере зубов. В результате исследований обнаружены следующие нарушения:

а) в твердых тканях зубов отмечается образование заместительного дентина и гиперцементоз;

б) в пульпе - уменьшение количества клеточных элементов, увеличение количества волокнистых структур;

в) в периодонте - сужение периодонтальной щели, истончение и изменение направления шарпеевых волокон, резорбция лунок;

г) в костной ткани наблюдается порозность, увеличение костномозговых пространств за счет рассасывания кости со стороны этих пространств остеокластами. Содержание кальция в костной ткани уменьшается [6].

На основании морфологических данных сделано заключение, что в основе наблюдавшихся в клинике вторичных деформаций лежит процесс перестройки зубных рядов и челюстных костей вследствие потери обычной для них функциональной нагрузки [6].

#### **4)ПАТОГЕНЕЗ:**

Патогенетические основы частичной вторичной адентии как самостоятельной формы поражения зубочелюстной системы обусловлены большими адаптационными и компенсаторными механизмами зубочелюстной системы.

Начало болезни связано с удалением зуба и образованием дефекта в зубном ряду и как следствием последнего – изменением функции жевания. Единая в морфофункциональном отношении зубочелюстная система распадается при наличии нефункционирующих зубов (эти зубы лишены антагонистов) и групп зубов, функциональная деятельность которых повышена.

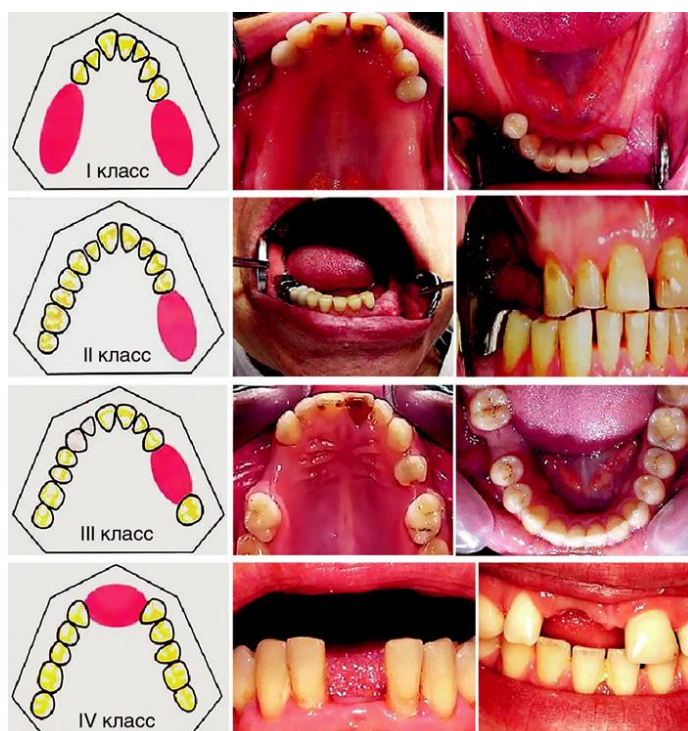
Увеличивающаяся со временем количественная потеря зубов ведет к изменению функции жевания. Эти изменения зависят от топографии дефектов и количественной потери зубов: на участках зубного ряда, где нет антагонистов, человек разжевывать или откусывать пищу не может, эти функции выполняют сохранные группы антагонистов. Если отсутствует одна из групп жевательных зубов, то исчезает балансирующая сторона; имеется лишь фиксированный функциональный центр жевания в области антагонизирующей группы, т.е. потеря зубов ведет к нарушению биомеханики нижней челюсти и пародонта, нарушению закономерностей перемежающейся активности функциональных центров жевания [18].

## **5)КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ В ЗУБНЫХ РЯДАХ**

По классификации Э.Кеннеди все зубные ряды с дефектами делятся на 4 класса:

- I - зубные дуги с двусторонними концевыми дефектами;
- II - зубные ряды с односторонними концевыми дефектами;
- III - зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе;
- IV - включенные дефекты переднего отдела зубной дуги.

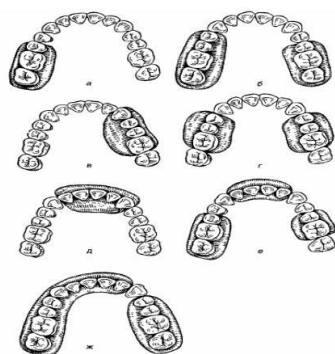
Каждый класс, кроме последнего, имеет подкласс. Если в зубной дуге имеется несколько дефектов, относящихся к различным классам, то зубную дугу следует отнести к меньшему по порядку классу.



Согласно классификации Е. Гаврилова, различают 7 классов дефектов:

- I класс — односторонние концевые дефекты;
- II класс — двусторонние концевые дефекты;
- III класс — односторонние включённые дефекты боковых отделов;
- IV класс — двусторонние включённые дефекты боковых отделов
- V класс — включённые дефекты переднего отдела зубных рядов;
- VI класс — комбинированные дефекты;
- VII класс — челюсти с одиночно стоящими зубами.

Классификация дефектов зубных рядов  
по Гаврилову Е.И.



Последний класс введён в связи с особенностями клинической картины при таких дефектах. Этот вид дефекта нуждается в специальной подготовке больного перед протезированием и требует иного подхода при планировании ортопедического лечения.

В отличие от Кеннеди, Гаврилов выделяет челюсти с одиночно сохранившимися зубами, при которых имеются особенности в снятии слепков, подготовке к протезированию и его методике.

Появление дефектов зубных рядов приводит к нарушению единства зубочелюстной системы не только в морфологическом, но и в функциональном отношении.

Группа зубов, сохранившая своих антагонистов (функционирующая), получает дополнительную нагрузку, что ставит ее в необычные условия восприятия жевательного давления [16].

При непрерывности зубного ряда жевательное давление передается по межзубным контактам на рядом стоящие зубы и распространяется по всей зубной дуге. Функционирующая группа зубов принимает на себя всю нагрузку и оказывается в состоянии значительного функционального напряжения. Например, при потере боковых зубов функционирующая группа фронтальных зубов начинает осуществлять смешанную функцию (откусывание и перетирание пищи). Это приводит к стиранию режущих краев зубов и, как следствие, к снижению высоты нижнего отдела лица, что, в свою очередь, может пагубно отразиться на функции височно-нижнечелюстного сустава. Помимо того, функция перетирания пищи необычна для пародонта передних зубов, поскольку физиологически он приспособлен к функции откусывания. Таким образом, появляется жевательная нагрузка, неадекватная по силе, направлению и продолжительности действия для пародонта функционирующих зубов, что постепенно приводит к функциональной перегрузке зубов.

Биологическое назначение пародонта как опорного аппарата

заключается в восприятии жевательного давления, которое в физиологических пределах является стимулятором обменных процессов, поддерживает жизнедеятельность пародонта. Оклюзия, при которой на зубы падает нормальная жевательная нагрузка, называется физиологической.

Оклюзия, при которой возникает функциональная перегрузка зубов, называется травматической. Различают первичную и вторичную травматическую окклюзию. При первичной на здоровый пародонт оказывается повышенное жевательное давление в результате появления суперконтактов на пломбах, вкладках, искусственных коронках, отсутствия зубов, нерациональной конструкции протеза и т.д. При вторичной травматической окклюзии нормальное физиологическое давление становится неадекватным в результате дистрофии пародонта (пародонтоз).

Способности пародонта приспосабливаться к повышению функциональной нагрузки определяют его компенсаторные возможности, или резервные силы. Явления компенсации выражаются в усилении кровообращения, увеличении числа и толщины шарпеевских волокон пародонта, явлениях гиперцементоза и т.д [4].

А.И. Бетельман делил зубные дуги, имеющие дефекты, на два класса.

– I класс — зубные дуги с одним или несколькими концевыми дефектами.

- I подкласс — односторонний концевой дефект зубного ряда.
- II подкласс — двусторонний концевой дефект зубного ряда.

– II класс — зубные дуги, имеющие один или несколько включённых дефектов.

- I подкласс — один или несколько включённых дефектов зубного ряда с протяженностью каждого до 3 зубов включительно.
- II подкласс — один или несколько включённых дефектов зубного ряда, из которых хотя бы один имеет протяженность более 3 зубов.

По Бетельману сочетание различных классов относится к наименьшему классу. Например, при сочетании I класса I подкласса и II класса I подкласса ставят диагноз I класс I подкласс [17].

## **6).ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА**

Дефекты зубных рядов лечат протезированием. С помощью современных методов можно достичь высоких эстетических результатов

### **Подготовка полости рта к протезированию**

Подготовка полости рта к протезированию (предварительное лечение) предусматривает проведение оздоровительных мероприятий, направленных на устранение патологических изменений в зубочелюстной системе, которые препятствуют восстановлению ее целостности с помощью различного рода протезов. В частности, в это время проводят следующие мероприятия.

#### **1.Общеоздоровительные (санация полости рта):**

- удаление зубных отложений;
- лечение кариеса зубов и его осложнений;
- удаление корней и зубов, не подлежащих протезированию;
- лечение заболеваний слизистой полости рта.

#### **2.Специальные (осуществляют по строгим показаниям с целью облегчения проведения необходимых для протезирования процедур):**

- терапевтические — депульпирование интактных зубов;
- хирургические — удаление зубов, препятствующих установлению протезов; устранение рубцов, тяжей, экзостозов; пластика, имплантация, исправление формы альвеолярного отростка, углубление преддверия полости рта, устранение микростомии;
- ортодонтические — устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.

Кроме того, больного психологически готовят к соответствующему протезированию.

Применение мостовидных протезов – оптимальный вариант устранения подобных нарушений, а также используются съемные пластиночные и бюгельные протезы.

Мостовидным несъемным протезом называется лечебный аппарат, служащий для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Он укрепляется на естественных зубах и передает на пародонт жевательное давление, которое регулируется пародонтомускулярным рефлексом. Принято считать, что лечение мостовидными несъемными протезами позволяет восстановить до 85—100% эффективность жевания. С помощью этих протезов возможно полноценно устранить фонетические, эстетические и морфологические нарушения зубочелюстной системе. Почти полное соответствие конструкции протеза естественному зубному ряду создает предпосылки к быстрой адаптации пациентов к ним (от 2—3 до 7—10 дней).



Съемным пластиночным протезом называется лечебный аппарат, служащий для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Он крепится за естественные зубы и передает на слизистую оболочку и костную ткань челюстей жевательное давление, регулируемое гингивомускулярным рефлексом. Учитывая тот факт, что базис съемного пластиночного протеза полностью опирается на слизистую оболочку, которая по своему гистологическому строению не приспособлена к восприятию

жевательного давления, эффективность жевания восстанавливается на 60—80%. Эти протезы позволяют устранить эстетические и фонетические нарушения в зубочелюстной системе. Однако способы фиксации и значительная площадь базиса усложняют механизм адаптации, удлиняют его период (до 1-2 мес).



Бюгельным протезом называется съемный лечебный аппарат для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Укрепляется за естественные зубы и опирается как на естественные зубы, так и на слизистую оболочку, жевательное давление регулируется сочетанно через периодонто- и гингивомускулярные рефлексy. Возможность распределения и перераспределения жевательного давления между пародонтом опорных зубов и слизистой оболочкой протезного ложа в сочетании с возможностью отказа от препаровки зубов, высокими гигиеничностью и функциональной эффективностью выдвинули эти зубные протезы в число наиболее распространенных современных видов ортопедического лечения. Практически почти любой дефект зубного ряда может быть замещен

бюгельным протезом, с той лишь оговоркой, что при определенных видах дефектов изменяют форму дуги [8].



При подготовке опорных зубов производится препарирование и обтачивание зубов, после чего делают слепок челюсти.

По сделанному слепку изготавливаются коронки, цвет подбирают индивидуально. После того, как пациенту примерили протез и он подошел, изготавливается окончательная конструкция, которая фиксируется на цементе [5].

Дефекты зубных рядов предусматривают терапию по следующим принципам:

- мостовидные протезы применяют при включенных патологиях зубных рядов и в случае здорового пародонта;
- бюгельными или дуговыми протезами производится замещение односторонних и двусторонних концевых повреждений;
- имплантаты предоставляют возможность замещения концевых дефектов зубных рядов с помощью мостовидных протезов.

Способ лечения зависит от возраста пациента, от характера патологии зубных рядов, от того, когда появились дефекты и от других факторов. Методов ортопедического вмешательства существует очень много,

они очень разнообразны и требуют индивидуального подхода к каждому пациенту [11].

Адекватное протезирование зубных рядов способно восстановить функцию жевания, правильность произношения и сохранение оставшихся здоровых зубов. Без своевременного лечения, происходит формирование вторичной деформации, поражается пародонт, а в редких случаях – височно-челюстной сустав. Если протезирование проведено неправильно, происходит преждевременная утрата опорных зубов.

Функциональной перегрузке при частичной потере зубов подвергаются в первую очередь зубы, удерживающие высоту нижнего отдела лица. При этом развивается воспалительный процесс, обнажаются шейки зуба и как следствие этого появляются боли во время приема горячей и холодной пищи.

Под патологической окклюзией следует понимать такое смыкание зубов, при котором имеется нарушение формы и функции зубочелюстной системы. Она появляется в виде функциональной перегрузки зубов, нарушения окклюзионной плоскости, патологической стираемости, травмы зубами краевого пародонта, блокады движений нижней челюсти и др.

Травматическая окклюзия является одной из форм патологической окклюзии. Патологическая окклюзия так относится к травматической окклюзии, как целое к частному [12].

**Виды травматической окклюзии.** Функциональная перегрузка зубов имеет различное происхождение. Она может возникать как результат изменившихся условий в полости рта, как следствие:

- Аномалий прикуса (например, очень часто фоном является глубокий прикус)
- Частичной потери зубов
- Деформаций окклюзионной поверхности зубного ряда
- Смешанной функции передних зубов
- Патологической стираемости [8].

**Ошибок:**

- а) повышение прикуса на коронке, мостовидном протезе,

- б) применение консольного протеза с мезиальной опорой,
- в) неправильная кламмерная фиксация,
- г) ортодонтические аппараты.

Функциональная перегрузка при частичной потере зубов появляется в связи с изменением распределения жевательного давления, обусловленного нарушением непрерывности зубного ряда, уменьшением числа зубов, находящихся в контакте со своими антагонистами, появлением смешанной функции, деформациями окклюзионной поверхности, вызванными перемещением зубов. Когда на здоровый пародонт падает необычная функциональная нагрузка, мы говорим о первичной травматической окклюзии [10].

В другом случае жевательное давление становится травмирующим не потому, что оно увеличилось или изменилось по направлению, а потому, что заболевания пародонта сделали невозможным для него выполнение обычных функций. Такую травматическую окклюзию мы называем вторичной.

Выделение первичной и вторичной окклюзии имеет свои основания. При травматической окклюзии в зубочелюстной системе создается порочный круг. Возникшее по какой-либо причине заболевание пародонта порождает функциональную перегрузку, а травматическая окклюзия в свою очередь усиливает заболевание пародонта [7].

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Поражения зубочелюстной системы очень разнообразны, и нет двух больных с совершенно одинаковыми дефектами. На сегодняшний день при частичной адентии протезирование – довольно распространенное и востребованное направление в ортопедической стоматологии. Основной проблемой данного вопроса является то что при частичной потере зубов зубной ряд подвергается немаловажным изменениям, нарушается биомеханика зубочелюстной системы, состояние пародонта и твердых тканей зуба, появляется эстетический недостаток, а также общее состояние пациента.

Таким образом, главной задачей является правильный подбор метода лечения пациента и выбор необходимой конструкции, которая удовлетворяет все требования врача и пациента и в дальнейшем способствует полному восстановлению всех нарушений возникших до лечения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология, М., «МЕДпресс – информ », 2009 - 496с.
2. Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология - Москва: Медицина, 2011 - 496 с.
3. Быкин Б.Н., Бенильман А.И. Ортопедическая стоматология - Москва: Медицина, 2010 – 312 с.
4. Гаврилов Е.И. Общий курс пропедевтической ортопедии, М., 2009 - с.234
5. Калмин О.В. « Анатомия головы и шеи: сборник лекций» - Пенза: Изд-во ПГУ 2015 - 149с.
6. Козлов В. А. Стоматология – Санкт-Петербург.: СпецЛит, 2017. – 511с.
7. Колесникова Л.Л. Анатомия человека – Санкт – Петербург, 2009 - 367с.
8. Копейкин В.Н., Миргазизова М. З. / ортопедическая стоматология, М., «Медицина», 2009 - 549с.
9. Курляндский В. Ю. / Ортопедическая стоматология, М., 2009 - 198с.
10. Самусев Р.П., Липченко В.Я. / Анатомия человека , ОНИКС ,2009 - 542с.
11. Сапин М.Р. / Анатомия человека, том 1, Санкт-Петербург, 2015 - 563с.
12. Синельников Р.Д. Анатомия человека, том 1, М. ,2007 - 276с.
13. Тревор Уэстон /Анатомический атлас / Маршал Кэвендиш,2010 - 654с.
14. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология, издательство «Москва», 2011 - 587с.
15. Щербаков А.С., Трезубов В.Н. / Ортопедическая стоматология. – Санкт Петербург, 2013 - 754с.

16. [<http://dentalcentr.com.ua/fenomen-godona.html>].
17. [<https://cyberpedia.su/5xa0ea.html>].
18. [<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434529.html>].
19. <https://studfile.net/preview/6204498/>