

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

- Лечение должно быть комплексным.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

- Необходима строгая индивидуализация комплексной терапии с учетом вида, тяжести заболевания и особенностей клинического течения, а также общего состояния больного.
- Обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм больного в целом.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

- Соблюдение правильной последовательности применения различных методов и средств комплексной терапии.
- В период ремиссии проводить повторные курсы лечения с целью профилактики обострения хронического процесса.
- Предусмотреть проведение реабилитационных мер.
- Организация диспансеризации.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

- Среди методов, используемых в **ортопедической стоматологии** необходимо указать следующее:
- Избирательное шлифование.
- Временное шинирование.
- Ортопедические приемы.
- Применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов.
- Непосредственное протезирование и шинирование.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

- Эти методы, применяемые для лечения заболеваний пародонта, позволяют снять воспалительные явления, улучшить кровообращение и трофику тканей за счет устранения патологической подвижности, нормализации окклюзионных соотношений, снятия травмирующего действия жевательного давления.

- Теоретические основы применения этих методов, подтвержденные клиническими наблюдениями, заключается в следующем:

- При пародонтите имеется нарушение гистофункциональной корреляции зуба с окружающими тканями. Деструкция тканей пародонта ведет к уменьшению площади связочного аппарата и стенок альвеол, изменению топографии зон сжатия и растяжения под нагрузкой, увеличение удельного давления на ткани, изменению характера деформации волокон и костной ткани за счет изменения направления пространственного смещения корня зуба.

- Динамическая функция жевания изменена, но является дополнительным фактором воздействия внешней среды на ткани пародонта.
- Существует тесная связь между функцией жевания и кровообращением в тканях пародонта.
- Изменение функций жевания обуславливает нарушение гистофункциональных корреляций в системе зуб-пародонт, проявляющееся нарушением кровообращения за счет изменений тонуса сосудов, развития реактивной, а потом застойной гиперемии.

- Под термином "травмы", "перегрузка" пародонта и "травматическая окклюзия" следует понимать такое изменение функций жевания, когда зуб или группа зубов подвержена учащенному, растянутому во времени однотипному воздействию жевательного давления, обуславливающему извращение сосудистых реакций.

- Патологическая подвижность зубов в начальной стадии заболевания обусловлена отеком тканей и усугубляется деструкцией волоконного аппарата и костной ткани пародонта.
- Деструкция тканей пародонта значительно снижает их выносливость к действию вертикальной и направленной под углом к длинной оси зуба нагрузке, снижает уровень адаптации и компенсации.

МЕТОД ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ. МЕТОДИКА ДЖЕНКЕЛЬСОНА.



ПОКАЗАНИЯ:

- **Суперконтакты** при:
 - вторичной деформации зубных рядов при вторичной частичной адентии;
 - патологической стираемости;
 - заболевании пародонта с наклоном зубов, поворотом зубов вокруг оси, образованием диастем и трем.
 - Синдром болевой дисфункции нижнечелюстного сустава.
 - Отсутствие физиологической стираемости.
-

- В результате пришлифовывания зубов устраняются преждевременные контакты, что нормализует окклюзионные и артикуляционные взаимоотношения и тем самым улучшает состояние пародонта.

. ЦЕЛИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ

- 1. Устранение травматической ситуации в периодонте путем распределения функциональной нагрузки на воз можно большее количество зубов.
- 2. Снятие травмы твердых тканей зубов и пульпы.
- 3. Распределение нагрузки по оси зубов.
- 4. Снятие патологической активности жевательных мышц.
- 5. Устранение балансирующих и гипербалансирующих суперконтактов.

. ЦЕЛИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ

- 6. Создание стабильной устойчивой центральной окклюзии.
- 7. Устранение нарушений окклюзии перед ортопедическим лечением.
- 8. Восстановление функциональной окклюзии после проведенного ортопедического лечения.
-

. ЦЕЛИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ

- 9. Профилактика и лечение патологии периодонта, жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в периоде молочного, сменного и постоянного прикусов.
- 10. Создание множественных двусторонних контактов при сошлифовывании зубов полных съемных протезов при всех видах окклюзии (для стабилизации протезов), сохранение при этом бугрового перекрытия боковых зубов (для предупреждения прикусывания слизистой оболочки щек).

- В результате избирательного пришлифовывания зубов могут возникать следующие **осложнения**:
- 1. Снижение окклюзионной высоты.
- 2. Ортопедический эффект перемещения зуба.
- 3. Гиперестезия твердых тканей зубов.
- 4. Выведение из контактов одних зубов и перегрузка периодонта других зубов.
- 5. Перегрев пульпы зуба.



- В ортопедическом прикусе опорные бугры жевательных зубов (небные — верхних, щечные — нижних) контактируют с краевыми ямками, за исключением заднещечных бугров нижних моляров и передненебных бугров с центральными фиссурами одноименных антагонистов. Супраконтакты зубов могут локализоваться на различных участках их жевательной поверхности, сложной по конфигурации.

- Наиболее удобна классификация супра-контактов по Дапкеюп (1972).
- Согласно этой классификации, поверхность скатов бугорков обозначается цифрами I, II, III, а соответствующие поверхности антагонистов — Ia, II a, IIIa (рис. 21.23).
-

- Класс I — вестибулярные скаты щечных бугров нижних моляров, премоляров и вестибулярная поверхность нижних передних зубов.
- Класс Ia — оральные скаты щечных бугров верхних моляров, премоляров и оральная поверхность передних верхних зубов.

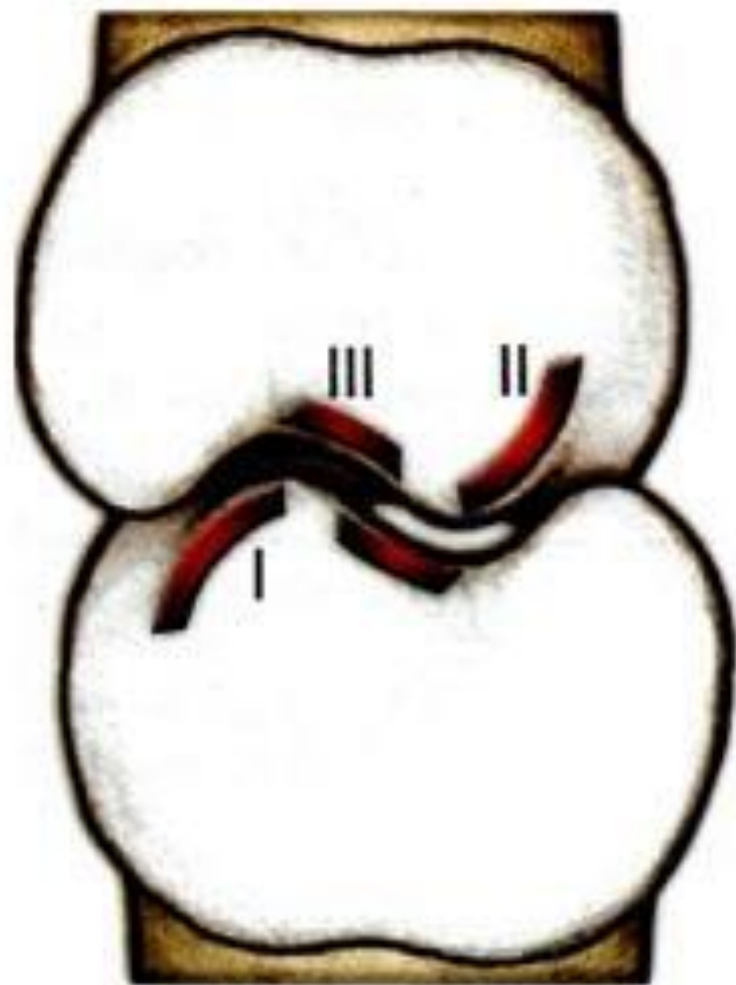


Рис. 21.23. Классификация
греждевременных контактов
(супраконтактов) зубов по ЛапКе!зоп.

- Класс II — оральные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.
 - Класс IIa — вестибулярные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров.
 - Класс III — вестибулярные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.
 - Класс III a — оральные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров.
-

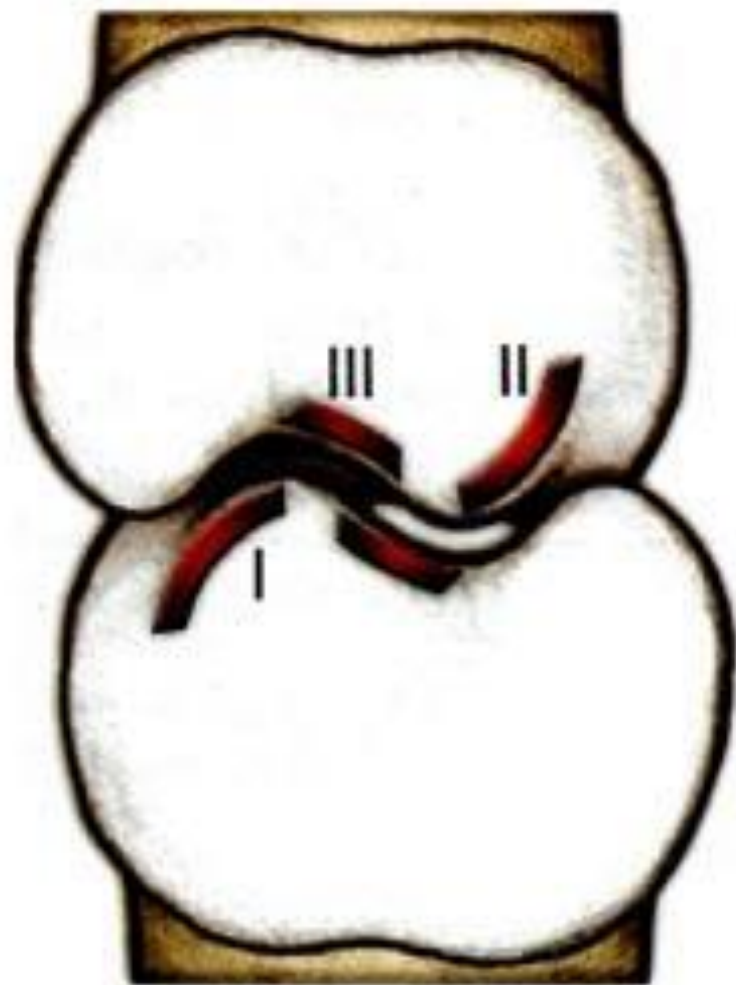


Рис. 21.23. Классификация
греждевременных контактов
(супраконтактов) зубов по Лапкезон.

- Класс III — вестибулярные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.
- Класс III а — оральные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров.

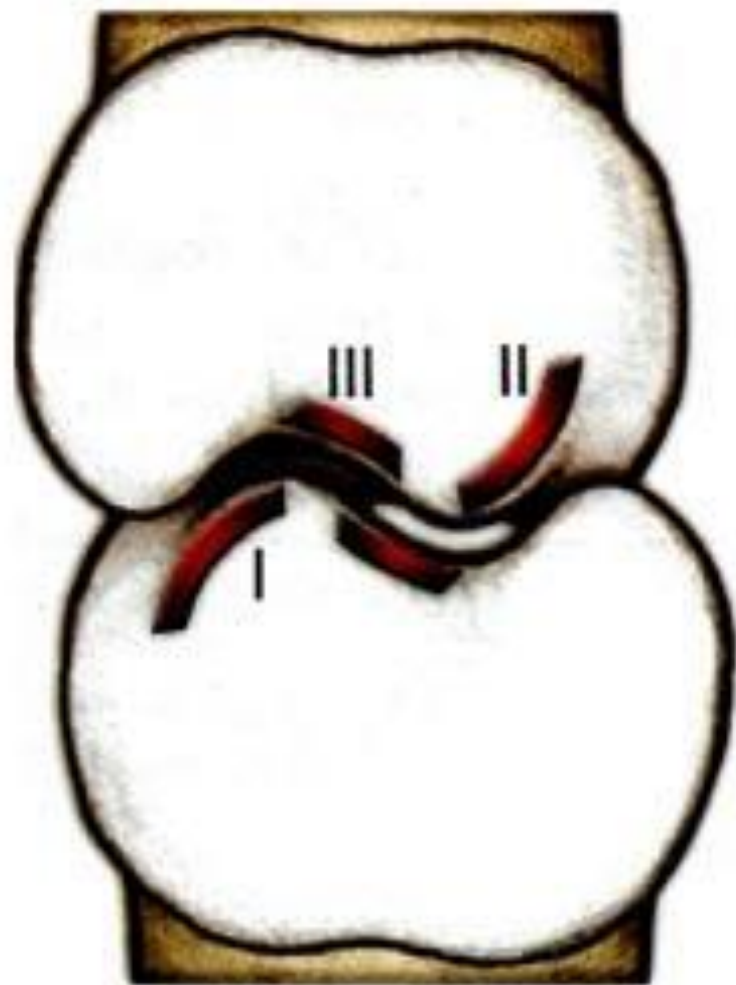


Рис. 21.23. Классификация
греждевременных контактов
(супраконтактов) зубов по Лапкезон.

- Спектр средств психотропного действия, назначаемых больным, достаточно широк. На одном его полюсе находятся препараты валерианы, пустырника, на другом — сильные транквилизаторы бензодиазепинового ряда, иногда потенцируемые малыми дозами нейролептиков или антидепрессантов. Для быстрого снижения психоэмоционального напряжения предпочтение следует отдавать феназепаму (0,0005-0,001 г) и диазепаму (0,005-0,01 г), оказывающим выраженное противотревожное действие. Для усиления последнего данные препараты можно сочетать с галоперидолом (0,00075-0,0015 г) или амитриптилином (0,006-0,0125 г).

- При наличии подвижных зубов рекомендуется перед сошлифовыванием их временно шинировать гипсовыми блоками, шинами из самотвердеющей пластмассы или поддерживать пальцами.

- Для выявления супраконтактов применяется копировальная бумага (различных цветов), сложенная в четыре слоя размером приблизительно 3x4 см. Можно использовать пластинку бугельного воска размером, соответствующим величине и форме зубного ряда (сейчас выпускаются стандартные восковые заготовки подковообразной формы). Такую пластинку накладывают на нижний зубной ряд и просят больного плотно сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии. После этого пластинку осторожно выводят из полости рта, промывают в холодной проточной воде, анализируют при хорошем освещении (можно на негатоскопе).

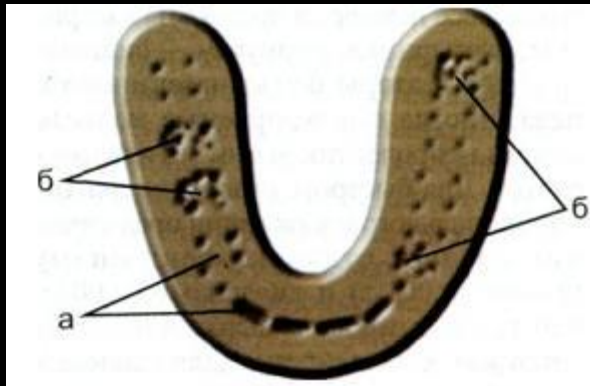


Рис. 21.24. Восковой оттиск с участками преждевременных окклюзионных контактов: а — нормальные окклюзионные контакты; б — преждевременные контакты.

- Супраконтакты выявляются как участки истонченного или перфорированного воска. Окклюдодиаграмму можно наложить на зубной ряд диагностических моделей и «разрисовать». Неудобство окклюдодиаграммы в том, что супраконтакты можно выявить, в основном, в положении центральной окклюзии.

- Разработана и другая методика получения обзорных окклюдogramм: между двумя пластинами воска для бюгельных работ располагают алюминиевую фольгу толщиной 0,01 мм. Этот метод, в отличие от известных, позволяет регистрировать окклюзионные взаимоотношения обоих зубных рядов одновременно. Он более точен, облегчает работу врача, экономит время его работы.

МЕТОДИКА ДЖЕНКЕЛЬСОНА

- Вмешательства осуществляют на ограниченных участках поверхностных структур эмали, полностью сохраняя высоту бугров для стабилизации высоты прикуса, реставрируя анатомическую форму зубов (при выраженной стираемости и уплощении их контура в области экватора) и устраняя преждевременные контакты в центральной (привычной) окклюзии, а также лисальной окклюзии (при максимальной ретрузии нижней челюсти), что способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологичной для опорных тканей и удобной для пациента форме.

Таблица 21. 1. Методика функционального окклюзионного пришлифовывания.

<i>№ посещения</i>	<i>Класс преждевременных окклюзионных контактов</i>	<i>Окклюзия</i>	<i>Интервалы между сроками визита в днях</i>
1	III	Дистальная	
2	I	Центральная	3-5
3	II	-//-	7-10
4	III	-//-	3
5	Контроль всех классов; полирование зубов	-//-	10-14

1 ПОСЕЩЕНИЕ

-
- Копировальная бумага ставится на верхней челюсти, нижнюю челюсть при этом надо двигать назад - дистальная окклюзия. Пришлифовка проводится по 3 классу каплевидным или пламевидным бором, т.е. заострить бугор, но не снимать сам бугор. После этого - ремотерапия, фтор-лак, защитные пасты.

2 ПОСЕЩЕНИЕ

-
- Через 3-5 дней до недели. Выверить суперконтакты на нижней челюсти в центральной окклюзии по 1 классу, бугры не снимать, а шлифовать до 45 градусов, увеличить величину окружности экватора. Затем - клык и резцы с вестибулярной стороны. По режущему краю можно убрать твердые ткани, по высоте только в одном случае, если один зуб явно ниже других зубов. Если зуб укоротить, то он все равно будет уходить в суперконтакт.

- 3 посещение
-
- Через 10 дней проверить верхние зубы в центральной окклюзии по 2 классу.
-
- 4 посещение
-
- Через 5-7 дней проверить контакты в центральной окклюзии по 3 классу.
-
- 5 посещение
-
- Через 10-14 проверяют все три класса. Отполировать твердые ткани, всегда - ремтерапия.

- Данная методика предполагает поэтапное вмешательство (5 посещений пациента) с периодичностью от 5 до 10-12 дней. При острой необходимости (предоперационный период) сроки между посещениями можно сократить на 3-7 дней, но произвольно менять последовательность вмешательств противопоказано.

- Во время первого посещения вышеописанной методикой пользуются для выявления и маркировки преждевременных контактов III класса в дистальной окклюзии (при максимальной ретрузии нижней челюсти). С этой целью пациента просят несколько раз сомкнуть и разомкнуть челюсти для снятия напряжения жевательной мускулатуры.

- На завершающем этапе фиксируется нижняя челюсть в дистальном положении («придерживая подбородок» до полного смыкания челюстей). При этом восковую пластину с копировальной бумагой помещают на верхний зубной ряд. Преждевременные окклюзионные контакты выявляются в виде окрашенных щечных скатов небных буффов верхних моляров и премоляров.

- При сохраненных фиссурно-буторковых контактах, обеспечивающих правильное взаимоотношение зубов верхней и нижней челюстей, окрашиваются только верхушки бугров. Преждевременные контакты III класса подвергают коррекции с помощью алмазного бора конусовидной формы. Бор вводят в фиссуры жевательной поверхности зуба, медиальнее и дистальнее отмеченного преждевременного контакта. Последний легкими движениями бора (без надавливания) редуцируется, при этом контуры небного бугра заостряются, и контакт переводится на его верхушку (рис.)

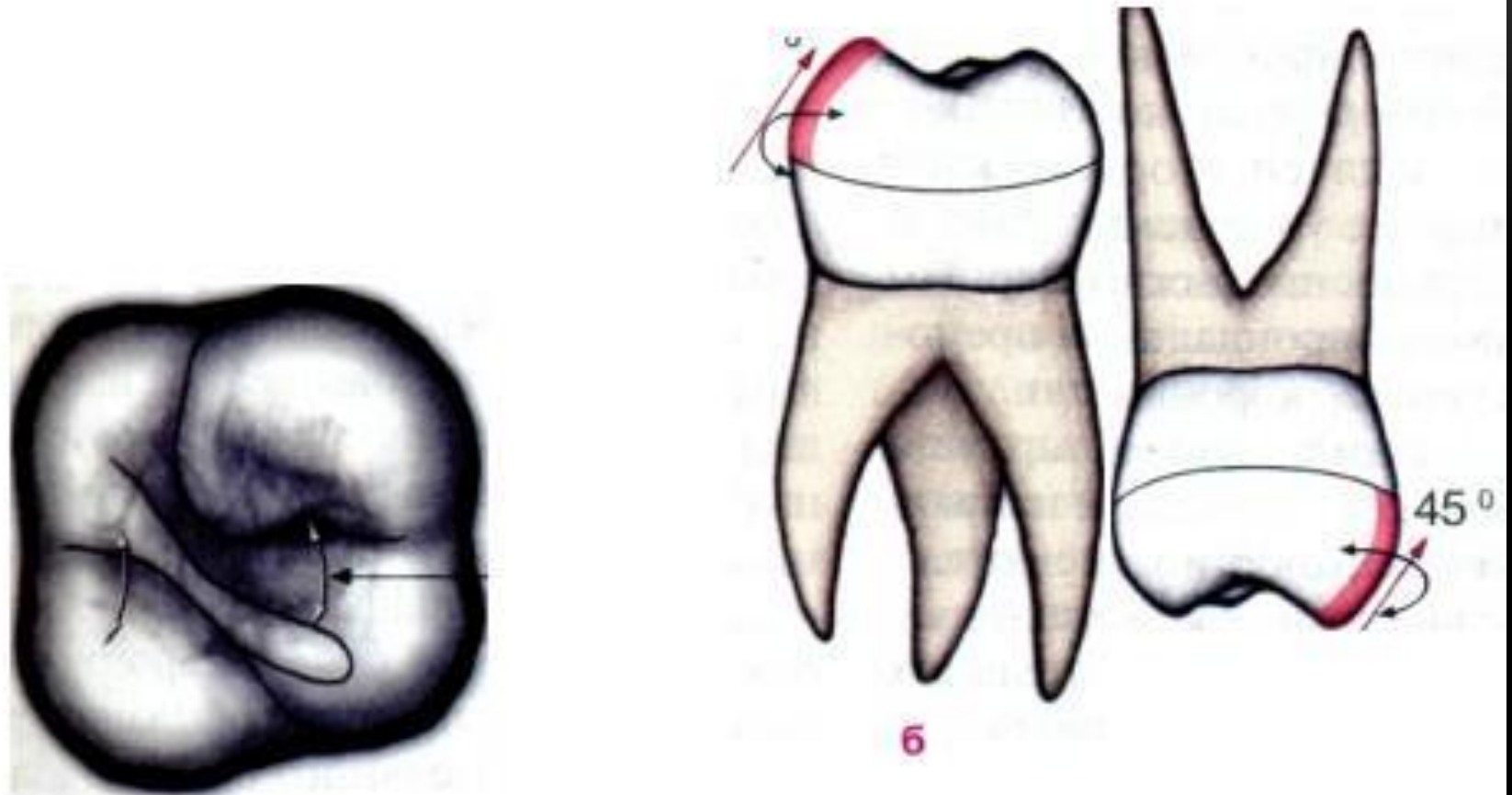


Рис. 21.25. Коррекция контактов (указана стрелкой). а. III класса на щечной поверхности нёбных бугров верхних моляров; б. I класса на щечной поверхности бугров нижних моляров; в. II класса на нёбной поверхности бугров верхних моляров.

- В случае необходимости (если верхние жевательные зубы покрыты коронками) коррекцию контактов III класса можно производить на антагонизирующих участках нижних зубов, т. е. на язычной поверхности щечных бугров нижних моляров и премоляров. По окончании каждого сеанса обработанные зубы покрывают фторсодержащими препаратами с лаком или гелем (для предупреждения возможных осложнений). Следующий этап избирательного пришлифовывания осуществляется через 3—5 дней после адаптационного периода.

- Во время второго посещения проверяются и корректируются результаты шлифования предыдущего этапа. Затем восковую пластинку с копировальной бумагой переносят на нижний зубной ряд, предварительно просушив его струей воздуха или ватными тампонами, иначе из-за влажной поверхности эмали не получатся четкие отпечатки преждевременных контактов.

- Пациент, проглотив слюну, смыкает челюсти в наиболее привычной для него окклюзии. На данном этапе избирательного пришлифовывания устраняют преждевременные контакты I класса, локализующиеся на вестибулярной поверхности щечных бугров нижних моляров и премоляров, а также на вестибулярной поверхности коронок резцов и клыков. Задачей второго этапа является придание уплощенным вестибулярным поверхностям нижних моляров и премоляров сфероидальной формы так, чтобы экватор коронки был более выражен, а его диаметр в щечно-язычном направлении был больше диаметра жевательной поверхности коронки.

- Восстановление анатомической формы жевательных зубов способствует перемещению пищевого комка при жевании в область преддверия. При этом остатки пищи не заполняют периодонтальные карманы, но углубляют их. Коррекцию преждевременных контактов I класса начинают с углубления фиссуры на вестибулярной поверхности моляров. Алмазный бор помещают на 2-3 мм ниже преждевременного контакта под углом 45° к диаметру коронки в области экватора.

- Движениями бора от фиссуры в медиальном и дистальном направлениях при постепенном перемещении в сторону верхушки бугра без нажима преждевременные контакты сглаживаются очень легко. При этом важно сохранить окклюзионную высоту бугров, что контролируется точечным окрашиванием в области верхушки (рис.

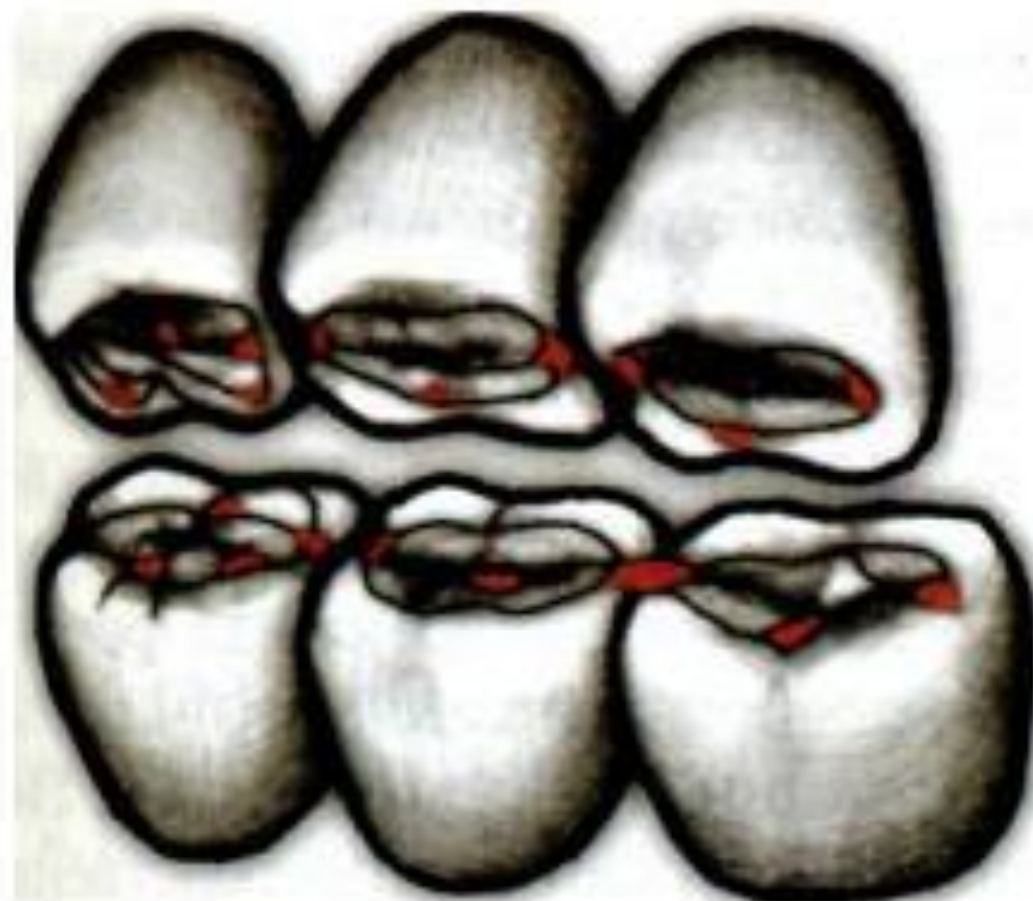


Рис. 21.26. Оптимальные контакты между опорными буграми и центральными ямками зубов-антагонистов в центральной окклюзии после пришлифовывания.

- Затем врач переключает внимание на центральную группу нижних зубов на резцы и клыки. Коррекцию их начинают с выравнивания окклюзионной кривой, укорочения выдвинувшихся участков коронок резцов. На вестибулярной поверхности коронок преждевременные контакты сглаживают в медиодистальном направлении с сохранением выпуклой формы зубов.

- Движение направляют в сторону режущего края. При этом край зауживается, на нем устраняются участки повышенной стираемости (площадки). В результате разобщения центральной группы зубов нижние из них будут стремиться занять прежнее положение за счет феномена Попова-Годона, окклюзионные силы перераспределяются вдоль вертикальной оси корня зуба, устраняется повышенная нагрузка на верхние передние зубы, что обуславливает их вестибулярное выдвигание и веерообразное расхождение. Значительные изменения привычных окклюзионных соотношений после второго этапа избирательного пришлифовывания требуют более длительного периода адаптации, чем после предыдущего посещения.

- Поэтому целесообразно третий этап шлифования продлить до 10 дней. В период третьего посещения проверяют результаты избирательного шлифования второго этапа — преждевременные контакты I класса. После этого восковую пластинку с копировальной бумагой переносят на верхний зубной ряд и выявляют преждевременные окклюзионные контакты II класса, локализующиеся на небной поверхности небных бугров верхних моляров и премоляров. Шлифование проводится легкими сглаживающими движениями бора, расположенного под углом 45° к экватору коронки в направлении от экватора к вершине, высота которой остается неизменной. Контакты II класса выявляют в привычной окклюзии.

- По окончании шлифования зубы покрывают фторсодержащим лаком или гелем (рис. 21.25в). Период адаптации пациента после третьего этапа шлифования завершается к 3-5-му дню.

- Во время четвертого посещения проверяются окклюзионные контакты II класса в привычной окклюзии с использованием восковой пластины с копировальной бумагой. Затем врач переключает внимание на щечную поверхность небных бугров, где локализуются преждевременные контакты III класса. Пришлифовывание данных участков проводилось в первое посещение, но тогда преждевременные контакты выявляли и устраняли в дистальной окклюзии (при максимальном смещении нижней челюсти назад).

- На четвертом этапе контакты III класса выявляют в привычной (центральной) окклюзии. Преждевременные контакты на щечной поверхности небных буффов редуцируются точно так же, как в первое посещение.
- Пятое посещение контрольное, пациенты приглашаются не ранее чем через 10-14 дней после 4-го посещения. За этот период происходит полная адаптация к новым окклюзионным взаимоотношениям и контактам, возникшим в результате проведенных манипуляций (рис. 21.26).

- Проверку и регистрацию осуществляют с помощью восковых оттисков всех трех классов окклюзионных контактов в дистальной и привычной (центральной) окклюзиях. Восковые контрольные оттиски сравнивают с первичным, полученным до шлифования, и оставляют их в архиве. Во время последующего посещения сглаживают и полируют все шероховатые поверхности на буграх моляров и премоляров, на вестибулярной поверхности резцов и клыков. С этой целью используют полировочные наборы, состоящие из щеточек, керамических боров, резиновых колпачков. На заключительной стадии полирования целесообразно применять полировочные фторсодержащие пасты.

- Наблюдение за пациентом осуществляют на протяжении полугода, так как в течение этого периода завершаются адаптационные процессы в височно-нижнечелюстных суставах, стабилизируются окклюзионные взаимоотношения. Контроль и коррекцию окклюзионных контактов необходимо провести после хирургических вмешательств и ортопедического лечения. Поэтому необходимо периодически контролировать появление преждевременных контактов, особенно у пациентов со средней и тяжелой степенью периодонтита, не реже одного раза в три года.

- Шинирование – один из методов лечения заболеваний пародонта, позволяющий снизить вероятность выпадения (удаления) зубов.

- Решение о необходимости шинирования принимается по оценке подвижности зубов, которая характеризует функциональное состояние пародонта. При убыли на 1/2 длины корня зуба плоскость шинирования горизонтальная (мезиодистальное и трансверзальное направления). При убыли на 3/4 длины корня зуба горизонтальное и вертикальное шинирование. После определения плоскости шинирования, следует выбрать вид стабилизации - сагиттальная (в пределах бокового участка зубного ряда), фронтальная (передний участок); фронто-сагиттальная, парасагиттальная, по дуге, по дуге в сочетании с парасагиттальной.

- Временное шинирование
 -
 - Временные протезы изготавливают с целью восстановить дефекты зубных рядов и шинировать имеющиеся зубы.
 - Метод временного шинирования используют в развившейся стадии генерализованного и очагового хронического пародонтита, реже в период обострения при начальной стадии.
-

- Временные шины применяют в течение всего периода комплексного лечения до момента наложения постоянного шинирующего аппарата. Временное шинирование позволяет устранить травматическое воздействие патологической подвижности и функции жевания, т.е. устранить один из патогенетических механизмов, поддерживающих гемодинамические нарушения при пародонтите. Шина обеспечивает равномерное распределение жевательного давления между пародонтом зубов, включенных в шину, создает покой пораженным тканям и способствует повышению эффективности патогенетической и симптоматической терапии.

- Исходя из сосудисто-биомеханической гипотезы, применение временной шины позволяет разорвать патогенетическую цепь воспаление-кровоснабжение-дистрофия-функция жевания, что способствует улучшению трофики тканей пародонта, снятию воспалительного процесса.
- Проведение гингивотомии и гингивэктомии без предварительного изготовления временной шины недопустимо.

- При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, обеспечивая иммобилизацию по дуге. При очаговом пародонтите протяженность шины обусловлена локализацией поражения и взаимоотношением его с зубами, у которых пародонт не поражен: шина обязательно должна включать в блок зубы с непораженным пародонтом.

- Временные шины изготавливают из пластмассы. Различают капповые шины, оральные и вестибуло-оральные многосвязные.
- Капповые шины охватывают окклюзионную часть коронок зубов, их применение связано с завышением окклюзионной высоты.

- Пластмассовые шины - каппы, армированные металлической или неметаллической арматурой и временно фиксированные, обеспечивают наилучший шинирующий эффект, одновременно позволяют восстановить дефекты зубного ряда и улучшить внешний вид пациента.
- Вестибуло-оральные шины (круговые) покрывают только часть вестибулярной поверхности зуба, не мешают смыканию антагонистов и не оттесняют десневой край.

- Отрицательной стороной перекрывающих протезов является высокая частота кариеса корня, гингивит в области сохраненных корней.
- Срок службы при использовании перекрывающих протезов составляет примерно 3 года. За это время пациент привыкает к протезу.

- Постоянное шинирование.
 -
 - Постоянные шины применяют как лечебные аппараты для иммобилизации зубов на продолжительное время. Больной такими шинами пользуется постоянно.
 - В зависимости от топографии дефекта зубного ряда, распространенности и степени деструкции пародонта постоянные конструкции могут быть съемными, несъемными и комбинированными.
-

- Шины могут быть съёмными и несъёмными

ПОКАЗАНИЯ К ШИНИРОВАНИЮ ЗУБОВ:

- Особенности заболевания пародонта
- Гигиена полости рта, наличие зубных отложений
- Кровоточивость десен, подвижность зубов
- Выраженность зубодесневых карманов и степень обнажения корней
- Особенности расположения зубов, степень их смещения (деформация зубных рядов)

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

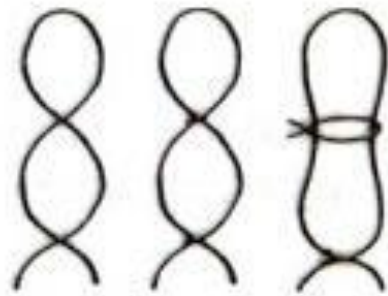
относят выраженную подвижность зубов при атрофии альвеолярного отростка не более $\frac{1}{4}$ длины корня зуба.

ПОСТОЯННЫХ ШИНИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ

- К показаниям для применения шинирующих конструкций любого типа относят:
 - Особенности заболевания пародонта
 - Гигиена полости рта, наличие зубных отложений
 - Кровоточивость десен, подвижность зубов
 - Выраженность зубодесневых карманов и степень обнажения корней
 - Особенности расположения зубов, степень их смещения (деформация зубных рядов)
-

НЕСЪЕМНЫЕ ШИНЫ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- Шины должны обладать следующими свойствами:
- максимально ограничивать подвижность зубов во всех направлениях
- прочно крепиться на зубах
- не травмировать окружающие ткани
- не препятствовать другим видам лечения
- не препятствовать уходу за полостью рта
- по возможности не нарушать внешний вид пациента, речь, прием пищи и т.д.



Временное шинирование на период медикаментозного лечения



Пластмассовая шина



Балочная шина на фронтальные зубы



Временная шина по Новотну из пластмассы



Рис. 21.28. Различные конструкции временных шин.

- К несъемным шинам относят следующие виды:
 - Кольцевая шина.
 - Полукольцевая шина
 - Колпачковая шина.
 - Вкладочная шина.
 - Коронковая и полукоронковая шина.
-

ИНТЕРДЕНТАЛЬНАЯ (МЕЖЗУБНАЯ) ШИНА.

- Шина Треймана, Вайгеля, Струнца, Мамлока, Когана, Бруна и др.



Интердентальная шина В.Н.Копейкина



Шина Мамлока



Шина Треумана



Несъемная шина по Е.И.Когану



Несъемная комбинированная шина со штифтами



Шинирование при помощи вкладок



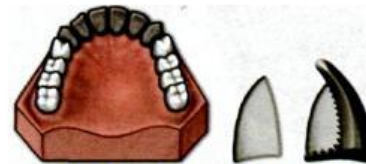
Шинирование жевательных зубов при помощи литых вкладок



Шинирование вкладками на штифтовой основе



Литая шина на вкладках



Цельнолитые коронки с облицовкой

Рис. 21.29. Различные конструкции постоянных несъемных шин.

СЪЕМНАЯ ШИНА:

- Шина Эльбрехта.
- Шина Эльбрехта с т-образными кламмерами в области передних зубов.
- Съемная шина с литой каппой
- Круговая шина

- По химическому составу материалы для армирования можно разделить на две группы:
- 1) на основе органической матрицы – полиэтилена (например, американские материалы «Риббонд» и «Коннект»);
- 2) на основе неорганической матрицы – стекловолокна (например, швейцарский «Файбер-сплент», американский «Гласспан»).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ ШИН.

-
- Оба вида шин обладают положительными и отрицательными свойствами.
-
- К положительным свойствам несъемных шин относится:
- их способность обеспечивать блокирование системы в трех направлениях: вертикальном, трансверзальном, медиодистальном;
- оставляя открытым десневой карман (исключение - блок полных коронок), делают его доступным для медикаментозной и хирургической (кюретаж) терапии;
- больные быстро привыкают к несъемным шинам, а фонетические нарушения возникают редко и быстро устраняются без помощи врача.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ ШИН.

- Отрицательные свойства несъемных шин:
- необходимость препарирования зубов, сопровождающееся грубой травмой эмали и дентина;
- применение штифтовых шин предусматривает удаление пульпы, что при пломбировании каналов порождает опасность развития верхушечного периодонтита;
- несъемные шины трудно накладываются при веерообразном расхождении зубов;
- конструкции колпачковых шин непрочны и разрываются по линии пайки, имеет место расцементировка;
- несъемные шины ухудшают гигиену полости рта.

БЛАГОДАРЯ СВОИМ СВОЙСТВАМ «РИББОНД» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

-
- - иммобилизации подвижных зубов; равномерного распределения жевательного давления;
- - иммобилизации зуба при травматическом вывихе и подвывихе;
- - закрепления результатов ортодонтического лечения;

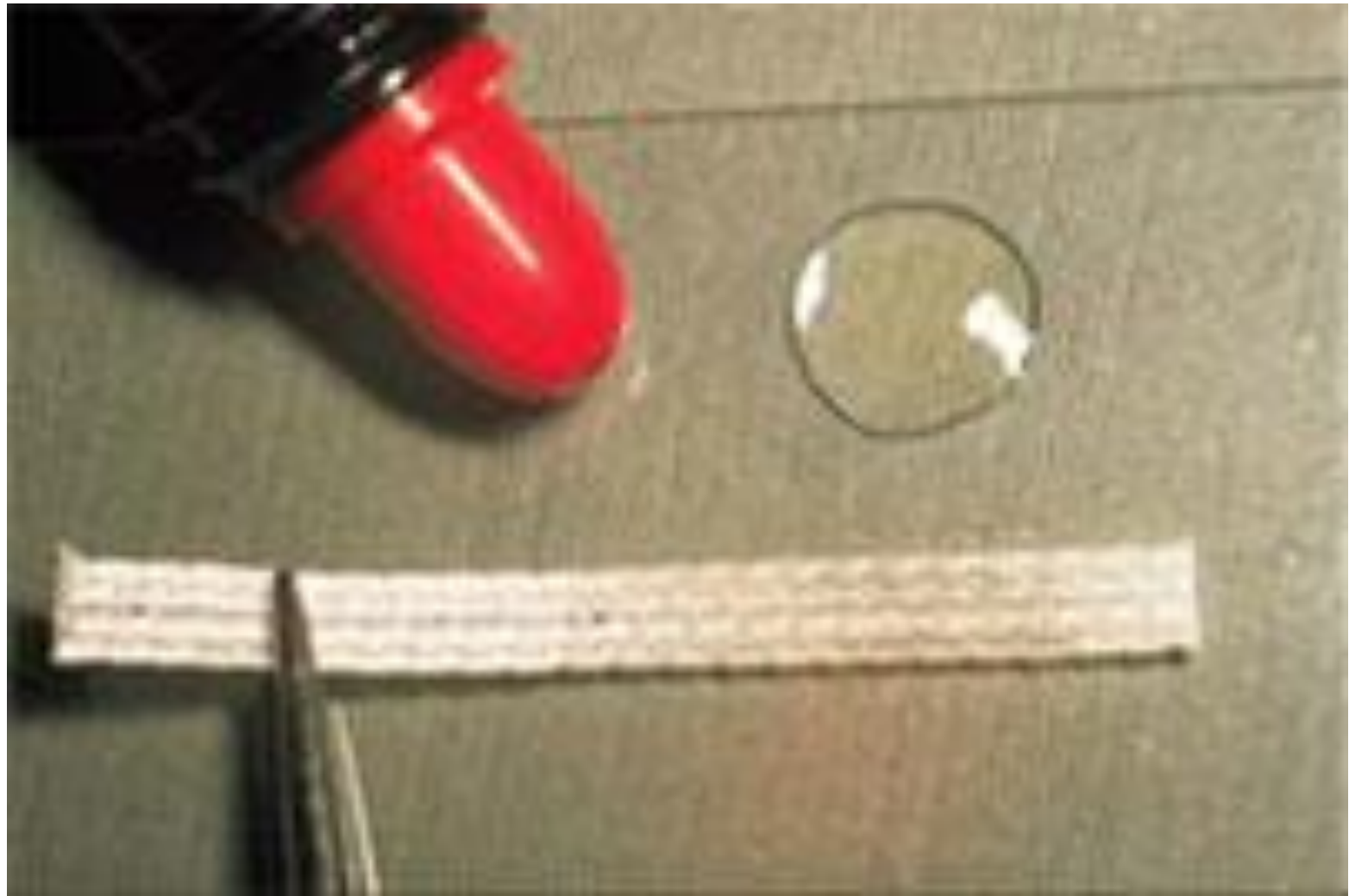
- - непосредственного протезирования в случае удаления одного из передних зубов с использованием его коронковой части (создание культи зуба при подготовке к протезированию);
- - замещения одиночного дефекта зубного ряда с помощью волоконных технологий; конструирования эндодонтических штифтов.

ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

- - удаление зубного налета, полирование поверхности зубов, их обработка ультразвуковым скейлером (без использования полировочных паст, содержащих фтористые соединения, так как это нарушает адгезию материала к поверхности зуба);
- - пропитывание полоски «Риббонда» адгезивным составом;

- - протравливание поверхности зубов, промывание водой, высушивание струей воздуха, покрытие грунтовым слоем из адгезивного набора;
- - прижатие подготовленной полоски «Риббонда» к язычной или небной поверхности шинируемых зубов;

- - нанесение на поверхность «Риббонда» композиционного материала, его отверждение галогеновым светом; механическая обработка шины в полости рта; ее полирование;
- - обучение пациента гигиеническим приемам с использованием флоссов и ершиков.









РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

- Ортопедическая стоматология: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060201.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопедическая стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.]; под ред.: И. Ю. Лебедеико, Э. С. Каливраджияна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- Ортопедическая стоматология: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060201.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопедическая стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.]; под ред.: И. Ю. Лебедеико, Э. С. Каливраджияна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
- **ЭБС:** Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И. Ю. Лебедеико, Э. С. Каливраджияна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Ссылка для прохождения тестирования После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гуглформы. Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScrPX-NzWAF8utHjQjwm_dXe3fOM6etWXNA6ztisU8BrUuXYg/viewform