

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Выполнил врач – ординатор 1
года обучения

специальности
ортопедическая стоматология

Ходыкин А.Д.

Содержание

1. Вторичная травматическая окклюзия
2. Комбинированная травматическая окклюзия
3. Ортопедическое лечение больного с патологией пародонта
4. Избирательное пришлифовывание зубов
5. Ортопедическое лечение при подвижности зубов
6. Показания к применению съемных шин
7. Показания к использованию несъемных шин
8. Временное шинирование естественных зубов
9. Вывод

- В возникновении и прогрессировании воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта большую роль играют не только общие, но и местные факторы. Одним из последних является функциональная перегрузка пародонта [В.Ю.Курляндский, 1976; А.И.Дойников, 1976; ХАКаламкаров, 1981; Л.М.Перзашкевич, 1975; Б.К.Костур, 1984; А.В.Цимбалистов и соавт., 1990 и др.]. По данным Э.Г.Баграмова (1987) и В.М.Шулькова (1989), клинические проявления травматической перегрузки зубов встречаются при различной патологии жевательного аппарата у 34-94,6% больных. Именно поэтому успешное лечение патологии пародонта в современных условиях возможно только при использовании диспансерного наблюдения больных с применением комплекса терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий [В.П.Панчоха, М.К.Драгобецкий, 1982].

- Вторичную травматическую окклюзию вызывают как местные (различные заболевания органов и тканей жевательного аппарата), так и общие (гормональные и др.) изменения организма человека. Среди местных причин указывают на заболевания периодонта, пародонта, воспалительные, опухолевые процессы и т.п. Так, например, наличие периапикальных очагов инфекции существенно снижает выносливость «причинных» зубов к нагрузке. Возникающая при этом травматическая окклюзия обуславливается как воспалительной резорбцией тканей альвеолярной дуги челюсти, так и искажением чувствительности периодонта к жевательной нагрузке из-за появления патологического периодонтито-мышечного рефлекса. W.N.Williams et al. (1987) установили, что при резорбции альвеолярных дуг челюстей в среднем на 42% сенсорная чувствительность тканей пародонта уменьшается примерно в 1,5 раза.



- Возникновение комбинированной травматической окклюзии обусловлено сочетанием этиологических факторов, характерных для первичной и вторичной травматической окклюзии.
- Подчеркнем, что ряд специалистов считают необоснованным разделение травматической окклюзии на первичную и вторичную, так как изменения при ней не зависят от степени резорбции тканей [J.Lindhe, 1986]. В то же время есть рекомендации выделения различных типов травматической окклюзии в зависимости от направления действия сил, ее обуславливающих [М.Д.Гросс, Дж.Д.Мэтьюс, 1986]. Односторонняя направленность действия сил (ортодонтический тип) может вызывать наклоняющее, корпусное, вколачивающее и выталкивающее воздействие [JArtun, K.S.Urbye, 1988]. Силы, действующие попеременно в щечно-язычном или мезиодистальном направлении (раскачивающий тип), при нарушении адаптационных процессов в пародонте могут привести к патологической подвижности зубов [I.Ericsson, 1986; М.Д.Гросс, Дж.Д.Мэтьюс, 1986].
- Исходя из причин, вызывающих травматическую окклюзию, а также ее клинических проявлений при различных местных и общих патологических процессах и заболеваниях, под понятие «травматическая окклюзия» могут попадать не только патологические, но и адаптационные изменения, происходящие в пародонте.

- Неслучайно I.Ericsson (1986), J.Lindhe (1986) различают следующие стадии травматической окклюзии согласно тем изменениям, которые претерпевают ткани пародонта:
 - 1-я стадия — повреждение;
 - 2-я стадия — репарация;
 - 3-я стадия — адаптационное ремоделирование.

Для комплексного лечения болезней пародонта и адекватной медико-социальной реабилитации больных с указанной патологией в ортопедической стоматологии разработаны специальные методы, которые можно разделить на следующие основные группы:.

- окклюзионная реабилитация (избирательная шлифовка зубов);.
- нормализация окклюзионных взаимоотношений путем ортодонтического лечения аномалий и деформаций жевательного аппарата;.
- непосредственное (иммедиат) протезирование;.
- временное шинирование;.
- ортопедическое лечение с постоянным шинированием.

При ортопедическом лечении больного с патологией пародонта необходимо:.

- правильно распределить жевательную нагрузку среди сохранившихся естественных зубов;.

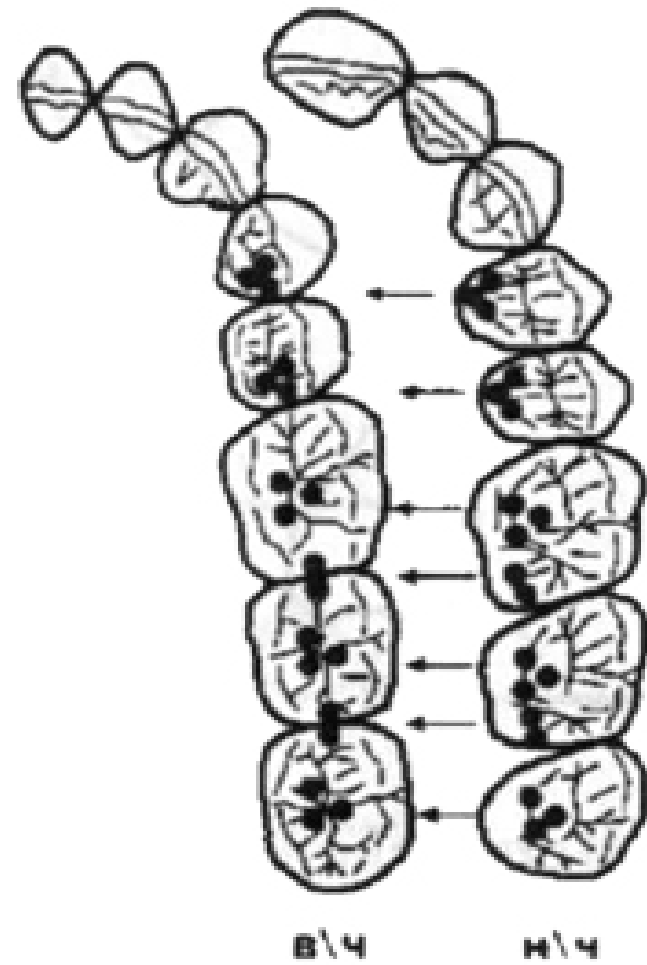
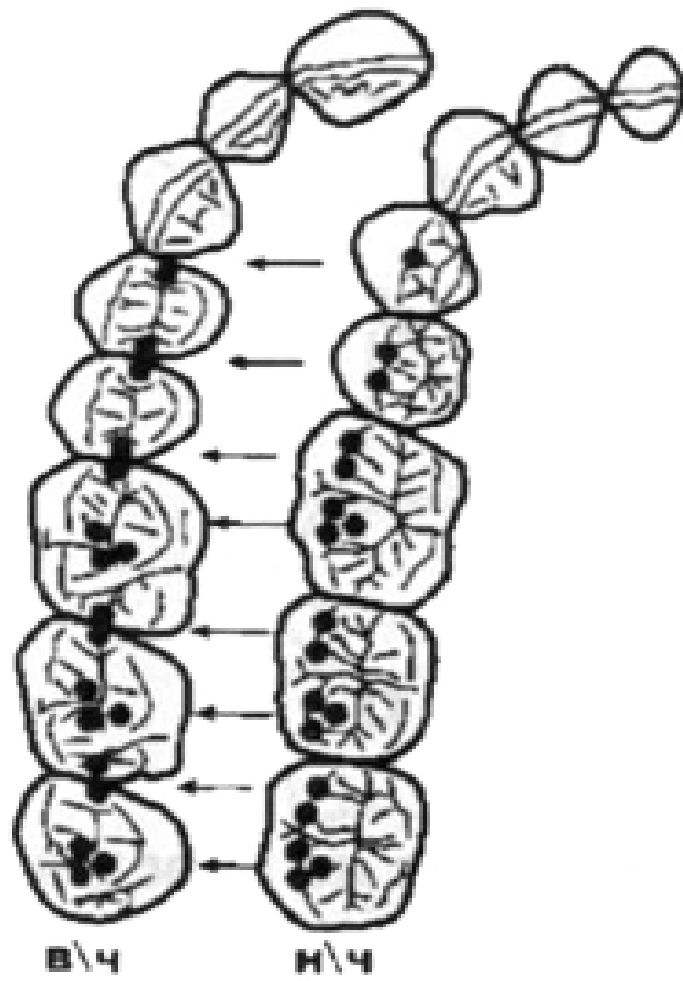
- устранить с некоторых зубов (группы зубов) излишнюю нагрузку (травматический узел), возникшую в результате потери естественных зубов или их выдвижения;.

- создать всему зубному ряду утраченное функциональное единство, соединить разрозненные звенья жевательного аппарата в единую систему зубного ряда;.

- создать условия относительного покоя поврежденному пародонту и устранить основной недуг заболевания — подвижность оставшихся зубов.

Избирательная пришлифовка зубов
показана при:.

- аномалиях прикуса;.
- деформациях зубных рядов;.
- неравномерной стираемости зубов;
- отсутствии физиологического стирания
бугров зубов



Кроме того, окклюзионную реабилитацию следует проводить при парафункциях жевательных мышц, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, по завершении ортодонтического лечения или лечения переломов челюстей на этапе припасовки и наложения съемных зубных протезов и т.п.

Ее проводят для создания множественных равномерных контактов между зубными рядами, устранения функциональной перегрузки тканей пародонта и свободной кинематики нижней челюсти. Пришлифовывание выполняют в процессе терапевтического лечения, в то время как хирургические вмешательства на тканях пародонта целесообразно выполнять после окклюзионной реабилитации и временного (или окончательного) шинирования зубов, а удаление зубов необходимо осуществлять только после пришлифовывания и изготовления непосредственного протеза. Это нужно для предупреждения вторичных деформаций зубных рядов (смещения отдельных зубов) и профилактики снижения высоты прикуса.

На основе клинико-функционального исследования О.В.Громов (1991) рекомендует при подвижности зубов I степени, отсутствии очагов остеопороза и активных очагов воспаления в околозубных тканях без впряженных отклонений процессов неспецифической защиты и микроциркуляции при одном удаленном зубе использовать мостовидные протезы с опорой не менее чем на 3-4 зуба. В случае отсутствия 2-3 зубов в переднем (или) боковых участках рекомендуется применение единой конструкции шины-протеза на зубной ряд челюсти при наличии шести и более опорных зубов.

Показанием к применению последней конструкции является подвижность зубов I-II степени с активными очагами остеопороза независимо от протяженности включенного дефекта (но не более 4 отсутствующих зубов в переднем и 2 — в боковых отделах зубного ряда). Для обеспечения доступа к зубодесневым карманам при применении шинирующих и восстанавливающих конструкций О.В.Громов рекомендует мостовидные протезы сочетать с интрадентальными шинами. Включенные дефекты в переднем отделе зубного ряда при отсутствии 1 или 2 зубов восстанавливаются фасетками, спаянными с интрадентальной шиной, включающей в себя по 2 опорных зуба с каждой стороны дефекта.

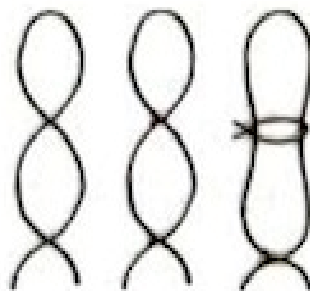
При отсутствии 3-4 зубов в переднем отделе или наличии включенных дефектов с отсутствием 1-2 зубов в боковых отделах зубного ряда дефекты рекомендуется замещать мостовидными протезами с опорными коронками на зубы, ограничивающие дефект. С целью увеличения количества опорных зубов к коронкам припаивается интрадентальная шина, включающая в единый блок дополнительно по 2-3 зуба с каждой стороны. Такой подход обеспечивает в 95,7% случаев отдаленные благоприятные результаты комплексной терапии пародонтитов [О.В.Громов, 1991]. Эти рекомендации легковыполнимы при возможности изготовления цельнолитых конструкций шинирующих зубных протезов.

Перспективным является использование металлокерамических протезов у больных с заболеваниями пародонта. Такие протезы не оказывают давления на десну при грамотной методике одонтопрепарирования (с уступом) и соблюдении требований ко всем клинико-лабораторным этапам изготовления таких протезов, а также на глазурованной поверхности керамического покрытия практически не образуется зубной бляшки [J.Brahn et al., 1985], что имеет большое лечебно-профилактическое значение при пародонтите и пародонтозе.

Установлено, что у больных с заболеваниями пародонта при пользовании шинами и протезами из хромоникелевой стали заметно выражен сдвиг микрофлоры в сторону увеличения их анаэробных видов: спирохеты, фузобактерии, бактероиды, а также разнообразных аэробных и факультативно анаэробных палочковидных и кокковых форм: стафилококки, зеленящие и негемолитические стрептококки, диплококки, грамотрицательные кокки (нейссерии), коринебактерии, лептотрихии и др. В то же время при исследовании микрофлоры зубодесневых карманов после протезирования серебряно-палладиевым сплавом выявлено заметное уменьшение количества анаэробной флоры уже через месяц [П.С.Величко, 1985]. Это позволило авторам проведенных микробиологических исследований сделать вывод о целесообразности применения серебрянопалладиевого сплава при ортопедическом лечении заболеваний пародонта.

Показания к применению съемных шин:.

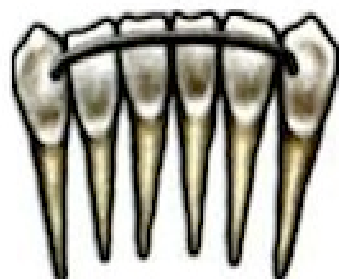
- патологическая подвижность зубов I-II степени с отсутствием или наличием дефекта в зубном ряду, с относительно равномерной резорбцией альвеол в пределах половины и более, если нет вертикальной подвижности и силовые соотношения пародонта антагонизирующих зубов находятся в динамическом равновесии;.
- дистально не ограниченные дефекты и дефекты, которые по своей величине не могут быть устранены несъемными шинирующими протезами;.
- съемные конструкции могут сочетаться с несъемными протезами при стабилизации группы зубов или совмещении их с конструкциями по Румпелю.



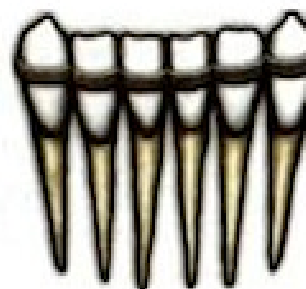
Временное шинирование на период медикаментозного лечения



Пластмассовая шина



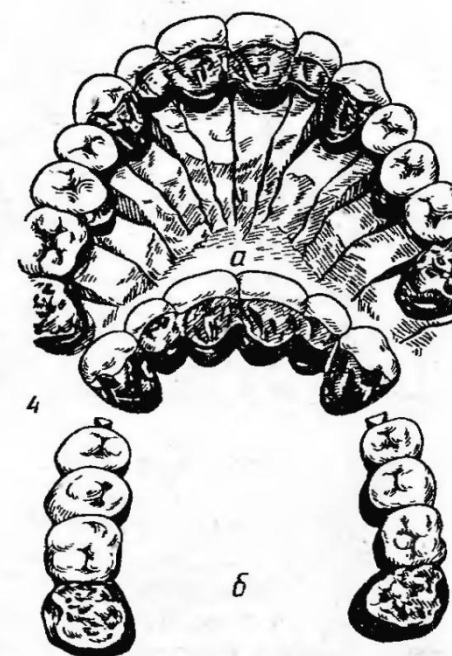
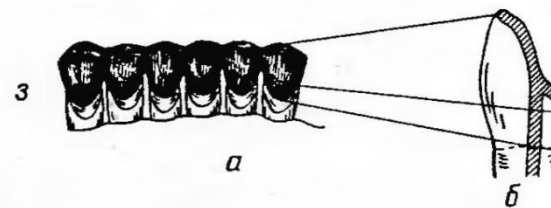
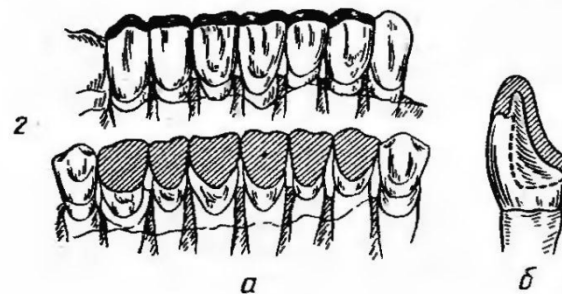
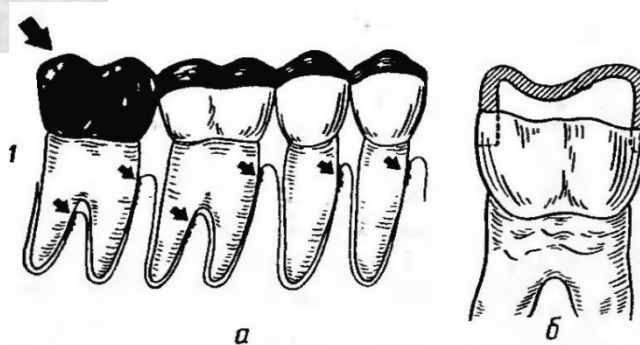
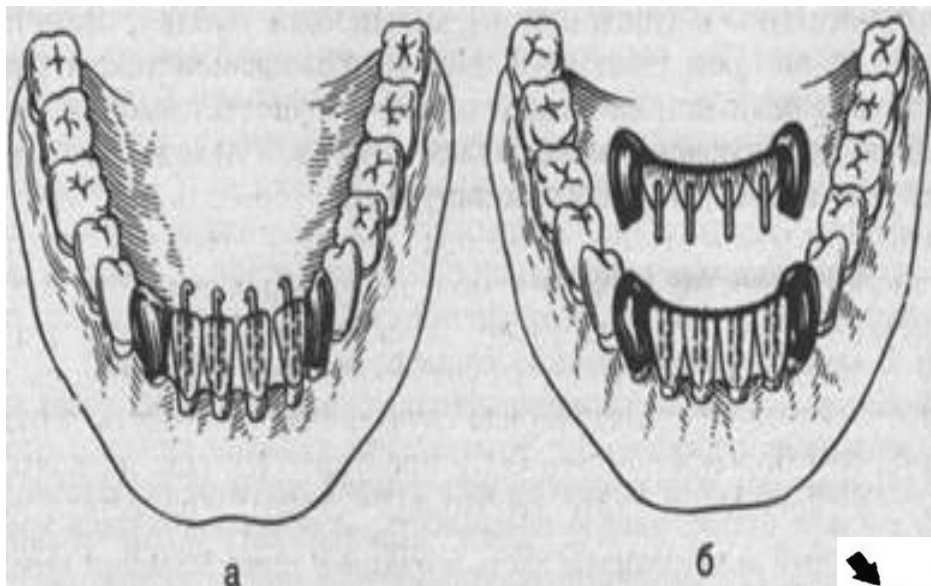
Барочная шина на фронтальные зубы



Временная шина по Новотну из пластмассы

Показания к использованию несъемных шин:.

- необходимость шинирования определенной группы зубов;.
- устранение патологической подвижности в трех направлениях;.
- создание блоков из определенных групп здоровых зубов для уравнивания силовых соотношений выносливости пародонта антагонизирующих их зубов.



Временное шинирование естественных зубов показано при их подвижности. В комплексном лечении заболеваний пародонта временное шинирование позволяет [Л.П.Ильина, 1984]:.

- ускорить получение эффекта от консервативного и хирургического лечения и сохранить его на наиболее длительный срок;.
- осуществить элементы ортодонтического лечения с шинированием;.
- положительно влиять на психоэмоциональное состояние больного, настроить его на успех лечения;.
- содействовать более полному проявлению резервных возможностей пародонта;.
- обоснованно решить вопрос об удалении подвижных зубов.

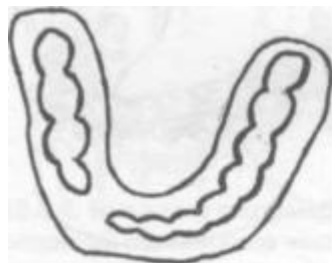
Продолжительность временного шинирования в среднем составляет от.

5-6 сут. до 2-3 мес. В зависимости от сроков временные шины изготавливают из проволоки (стальная, бронзово-алюминиевая — 0,2 мм), пластмассы (норакрил, акрилоксид, протакрил, дуракрил-композиты) или их комбинации. На непродолжительный срок можно шинировать подвижные зубы с помощью стоматологической композиции СК-М

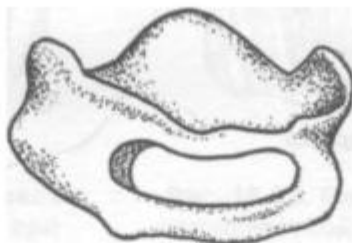
В практике чаще применяют следующие виды временных шин.

Проволочная шина. Проволоку изгибают пополам, фиксируют на крайнем зубе, затем обводят вокруг каждого шинируемого зуба в виде восьмерки. Чтобы шина лучше держалась, в межзубном промежутке проволоку скручивают.

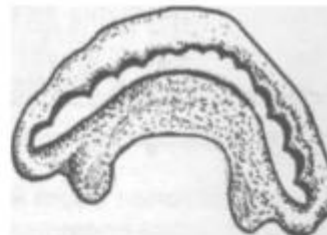
Пластмассовая шина. Быстротвердеющую пластмассу в тестообразной стадии наносят на зубы (при шинировании нижних передних зубов — на язычную поверхность, верхних — на вестибулярную) в виде сплошной ленты, которую располагают на уровне экватора шинируемых зубов. В процессе полимеризации пластмассу прижимают к зубам, чтобы часть ее через межзубные промежутки вышла на противоположную сторону зубной дуги, за счет чего и будет фиксироваться шина. Пользоваться пластмассовой шиной можно до 3-6 мес.



а)



б)



в)

Рис. 18.4.8. Зубодесневые и надесневые шины:
а) шина Вебера; б) шина Порты; в) шина Ванкевич.



Рис. 18.4.9. Использование съемных протезов больного в качестве шины.
Оба протеза соединены в моноблок: а) лигатурной проволокой;
б) быстротвердеющей пластмассой.

Комбинация проволоки и пластмассы — пластмассовая армированная шина — применяется в тех случаях, когда одновременно с шинированием производят исправление положения зубов при вторичных деформациях. Вначале подвижные зубы фиксируют проволокой, а затем последнюю «заливают» пластмассой (композитом).

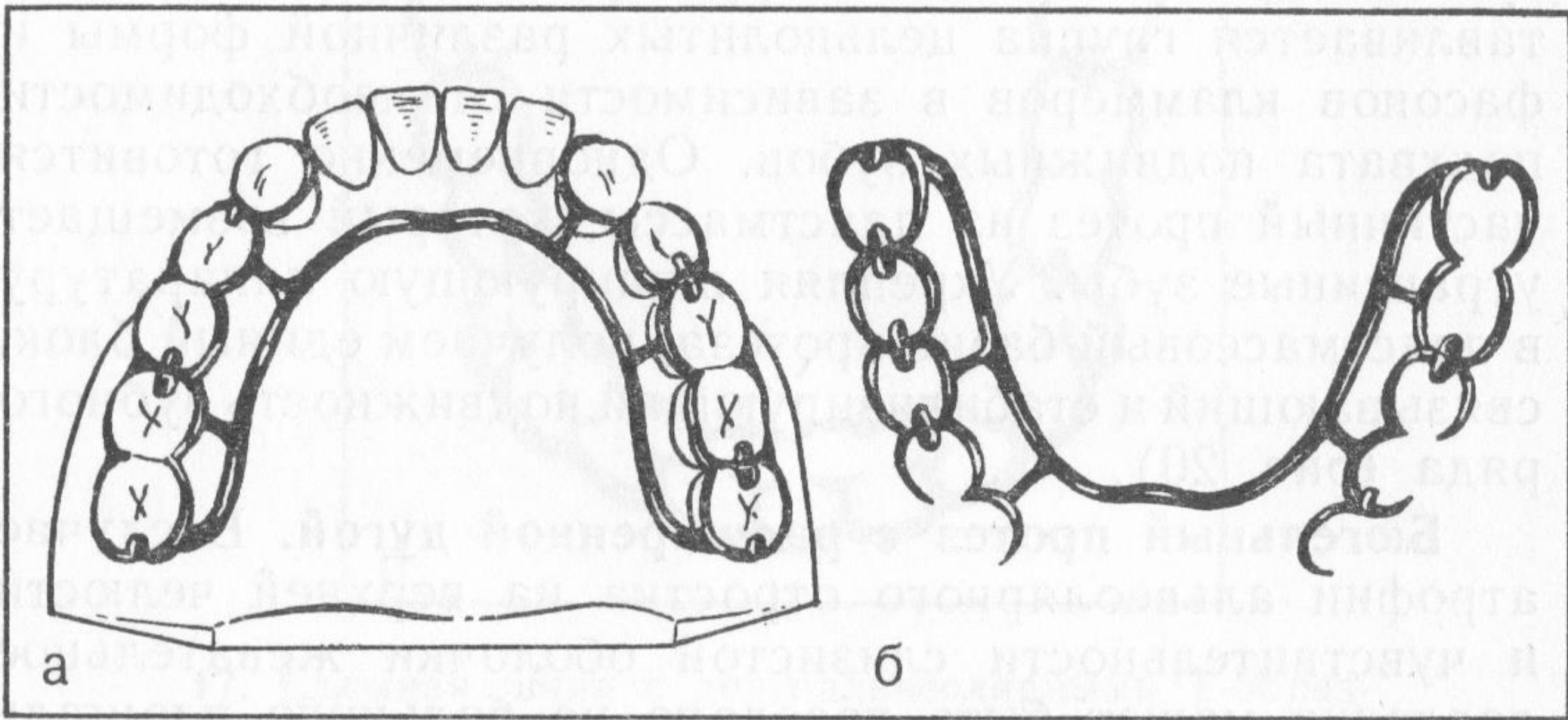
Максимальный срок ношения комбинированной шины — 3 нед.

Временное шинирование особенно целесообразно проводить в условиях работы пародонтологического или стоматологического кабинетов, когда нет возможности изготовления шин в условиях зуботехнической лаборатории.

Постоянное шинирование планируется и проводится одновременно с протезированием зубов, если имеются дефекты в зубных рядах. Можно использовать несъемные зубные протезы при увеличении якорных элементов и снижении нагрузок на опорные зубы, съемные пластиночные или опирающиеся зубные протезы с шинирующими элементами, а также комбинации несъемных и съемных зубных протезов с шинирующими элементами. При этом применяют следующие виды стабилизации групп зубов и зубного ряда: сагиттальную, фронтальную, фронтосагиттальную, парасагиттальную, по дуге и по дуге в сочетании с парасагиттальной [В.Ю.Курляндский, 1956]. Наименее эффективными являются шинирование по дуге, парасагиттальное шинирование или их сочетание.

Шинирующий опирающийся протез по Б.К.Костур-Е.М.Тер-ПогосянД.Н.Липшицу для иммобилизации подвижных зубов нижней челюсти. Отличается от бюгельного протеза тем, что в этой конструкции отсутствует дуга, а ее.

роль выполняет утолщенный многозвеньевой литой кламмер. Часто в опирающихся протезах используем кламмер Роуча



19. Опирающийся протез с парасагиттальной стабилизацией.

а — на модели; б — каркас шины без модели.

Литая адгезионная шина [Р.А. Гумецкий, А.Е.Завадка, А.О. Лобач] для шинирования передней группы зубов. Основой шины является литая дуга в форме уплощенного многозвеньевоегo кламмера дугового протеза, расположенная с оральной поверхности зубов. Опорными элементами шины служат различного вида окклюзионные накладки, для размещения которых используют имеющиеся в зубах фиссуры, пломбы, полости. Для улучшения фиксации шины создают ответвления литой дуги в виде отростков, которые размещают в межзубных пространствах. Шину изготавливают без сошлифовывания твердых тканей зубов или проводят его избирательно. Фиксируется литая шина на композиционные пломбированные материалы. Одним из надежных условий фиксации адгезионных конструкций является электрохимическое травление внутренних поверхностей их опорных элементов, проводимое после окончательной припасовки уже готовых конструкций. Протравленные конструкции должны поступать обратно из лаборатории в клинику в полиэтиленовой упаковке. Вплоть до окончательной установки на место протравленные поверхности каркаса не должны ни к чему прикасаться, поскольку любые загрязнения (влага, жир) существенно уменьшают силу сцепления



Шинирование зубов с помощью гибкой керамики и стекловолокна. Скрепление подвижных зубов при пародонтите или пародонтозе целесообразно осуществлять волокнами стеклоткани, наложенными восьмеркой. В тех случаях, когда с вестибулярной стороны стеклоткань заметна, ее можно удалить, оставив с язычной стороны. Возможно изготавливать шину из пучка стекловолокна в зуботехнической лаборатории на модели с последующей заливкой его композиционным материалом. После снятия конструкции с модели и отработки ее фиксируют в полости рта оптизондом (REPP) к зубам. С помощью таких конструкций можно одновременно с шинированием замещать включенные дефекты зубных рядов протяженностью в один зуб [В.В.Олешко, 1999].





11



12

Вывод

В возникновении и прогрессировании воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта большую роль играют не только общие, но и местные факторы. Именно поэтому успешное лечение патологии пародонта в современных условиях возможно только при использовании диспансерного наблюдения больных с применением комплекса терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий.

Литература

1. Каливраджан, Э. С. Ортопедическая стоматология: учебник / Э. С. Каливраджан, И. Ю. Лебеденко, Е. А. Брагин.– М.: ГОЭТАР–Медия. 2018.– 800 с.
2. Руководство для врачей, студ. ВУЗов и мед. училищ / Н. Г. Аболмасов, Н. Н., Аболмасов, В. А. Бычков, А. Аль- Хаким. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 576 с.
3. Лебеденко, И. Ю. Ортопедическая стоматология : учебник для ординаторов / И. Ю. Лебеденко. – 2-е изд., перераб. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медия, 2018.– 800 с.
4. Абдурахманов, А. И. Ортопедическая стоматология. Материалы и технологии : учебник / А. И. Абдурахманов, О. Р. Курбанов.– М.: ГЭОТАР– Медия. 2016.– 352 с
5. Смит, Бернард. Коронки и мостовидные протезы в ортопедической стоматологии : учебное пособие / Б. Смит. – 1-е изд., – М.: МЕДпресс-информ. 2010.–344 с.
6. «Ортопедическая стоматология: Под ред В.Н.Копейкина, М.З.Миргазизова. 2-е изд.доп. М.:Медицина,2006.-621с.
7. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учеб. Пособие/Н.Ф.Данилевский,В.К.Леонтьев,А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний.-М: ОАО «Стоматология», 2001.-271с.

Благодарю за внимание