



САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Лектор: доктор медицинских наук ИВАЩЕНКО А.В.

ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:

1. ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ КОМПЛЕКСНЫМ (УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НОРМАЛИЗАЦИЮ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ БОЛЬНОГО В ЦЕЛОМ, Т.Е. ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ МЕСТНОГО И ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ).
2. НЕОБХОДИМА СТРОГАЯ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ ВИДА, ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО.
3. ОБОСНОВАННЫЙ ВЫБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОЧАГ В ПАРОДОНТЕ И ОРГАНИЗМ БОЛЬНОГО В ЦЕЛОМ.
4. СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.
5. В ПЕРИОД РЕМИССИИ ПРОВОДИТЬ ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.
6. ПРЕДУСМОТРЕТЬ ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР.
7. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ:

1. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ.

2. ВРЕМЕННОЕ ШИНИРОВАНИЕ.

3. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ.

4. ПРИМЕНЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ШИНИРУЮЩИХ
АППАРАТОВ И ПРОТЕЗОВ.

5. НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ.

Метод избирательного пришлифовывания. Методика Дженкельсона.

Показания:

1. Суперконтакты при:

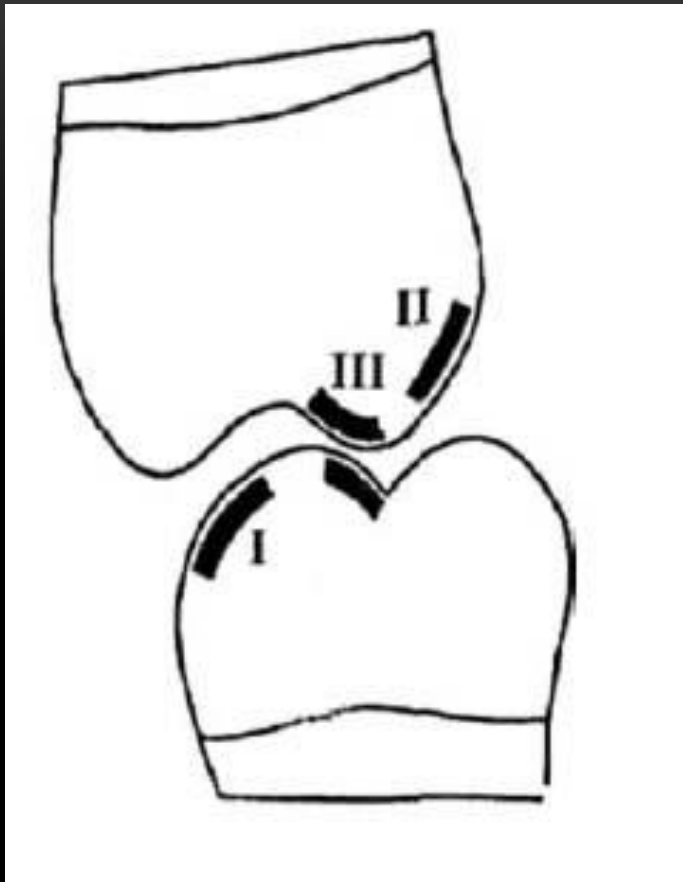
- а) вторичной деформации зубных рядов при вторичной частичной адентии;
- б) патологической стираемости;
- в) заболеваний пародонта с наклоном зубов, поворотом зубов вокруг оси, образованием диастем и трем.

2. Синдром болевой дисфункции нижнечелюстного сустава.

3. Отсутствие физиологической стираемости.

Цели избирательного пришлифовывания зубов:

1. Устранение травматической ситуации в периодонте путем распределения функциональной нагрузки на возможно 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.
6. Создание стабильной устойчивой центральной окклюзии.
7. Устранение нарушений окклюзии перед ортопедическим лечением.
8. Восстановление функциональной окклюзии после проведенного ортопедического лечения.
9. Профилактика и лечение патологии периодонта, жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в периоде молочного, сменного и постоянного прикуса.



**Классификация
преждевременных
контактов (супраконтактов)
зубов по Jankelson**

Различают три класса:

- 1) щечные поверхности вестибулярных бугров нижней челюсти, вестибулярные - режущих поверхностей резцов и клыков;
- 2) оральные поверхности небных бугров верхней челюсти;
- 3) щечные поверхности небных бугров верхней челюсти.

Избирательная пришлифовка проводится в 4-5 посещений в зависимости от суперконтактов (если контакт 2,5 мм по площади, то 5 посещений).

МЕТОДИКА ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ по Jankelson

1 посещение

Дистальная окклюзия. Пришлифовка проводится по 3 классу каплевидным или пламевидным бором, т.е. заострить бугор, но не снимать сам бугор. После этого - ремтерапия, 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.

Возможны следующие нежелательные последствия и осложнения:

1. снижение межальвеолярной высоты;
2. смещение зубов;
3. гиперестезия твердых тканей;
4. чрезмерная нагрузка на пародонт после уплощения бугров зубов;
5. выведение из окклюзионного контакта одних зубов и перегрузка пародонта других.

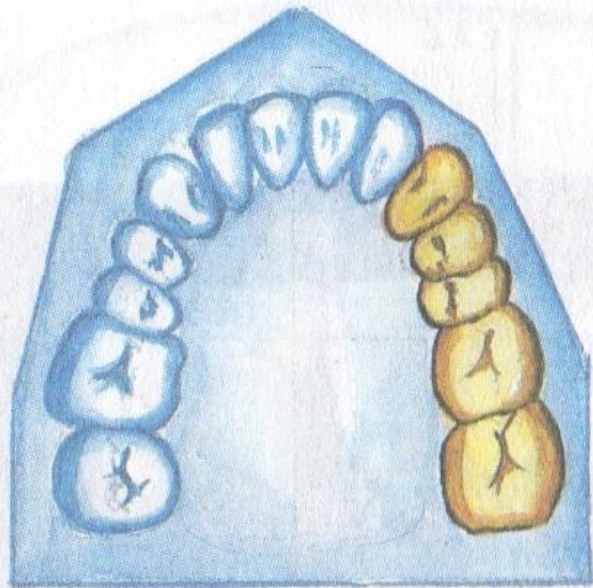
Противопоказания к проведению избирательного пришлифовывания зубов:

1. Выраженное воспаление пародонта.
2. Резко выраженные аномалии и деформации зубочелюстной системы, подлежащие ортодонтическому, ортопедическому, хирургическому или комбинированному лечению.
3. Острые и хронические заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сопровождающиеся болевым синдромом мышечно-суставной дисфункции.

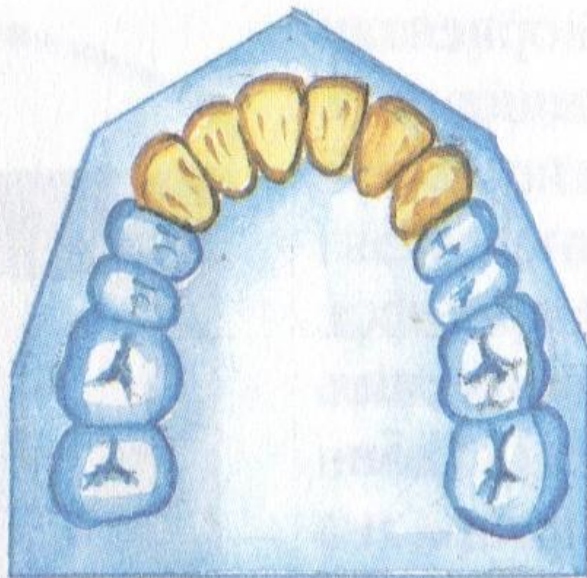
Шина - приспособление для иммобилизации (полной неподвижности или значительно уменьшенной подвижности) группы зубов или всего зубного ряда.

Требования, предъявляемые к шинам:

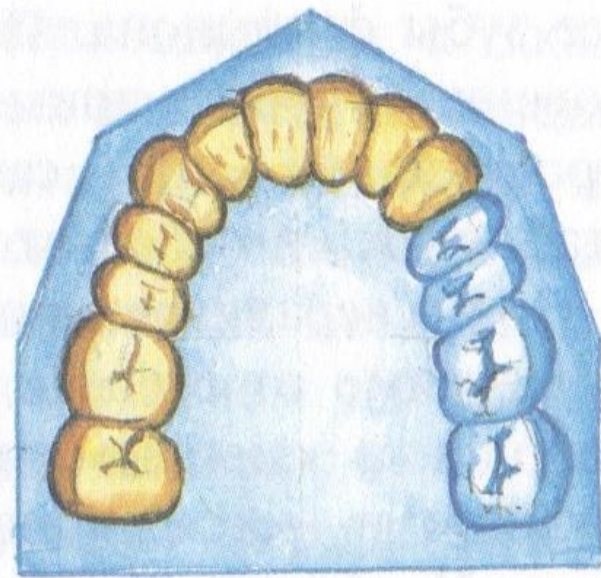
- 1) создавать прочный блок из группы зубов, ограничивая их движения в трех направлениях: вертикальном, вестибуло-оральном, медио-латеральном (для передних) и переднезаднем (для боковых);
- 2) быть жесткой и прочно фиксированной на зубах;
- 3) не оказывать раздражающего действия на маргинальный пародонт;
- 4) не препятствовать медицинской и хирургической терапии десневого кармана;
- 5) не иметь ретенционных пунктов для задержки пищи;
- 6) не создавать своей окклюзионной поверхностью блокирующих моментов движению нижней челюсти;
- 7) не нарушать речи больного;
- 8) не вызывать грубых нарушений внешнего вида больного;
- 9) изготовление шины не должно быть связано с удалением большого слоя твердых тканей коронок зубов.



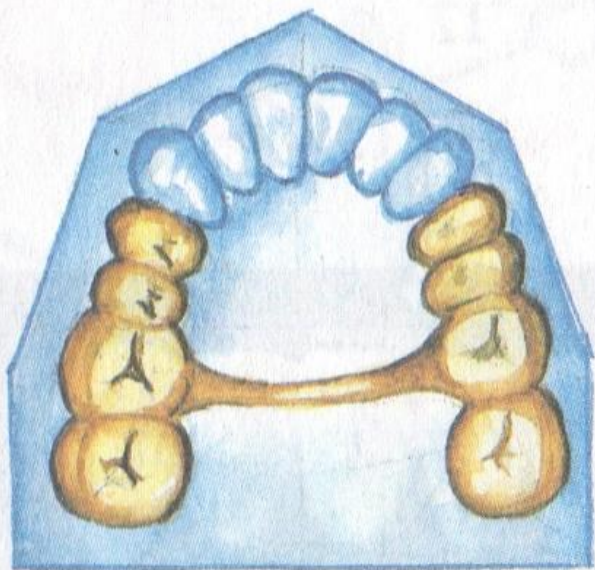
а



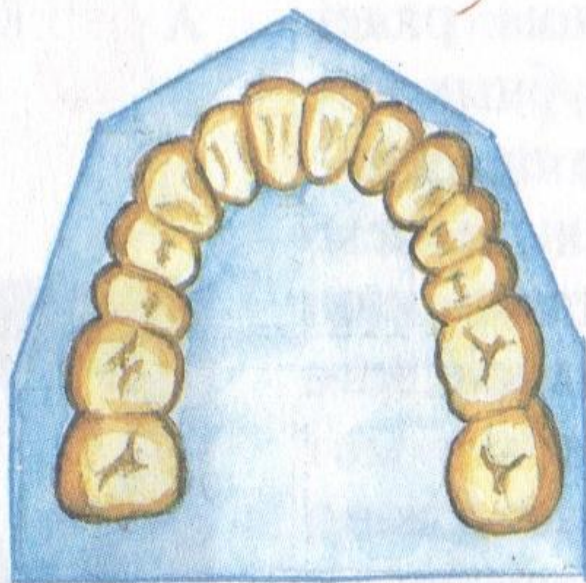
б



в



г



д

Выбор конструкции шины напрямую зависит от:

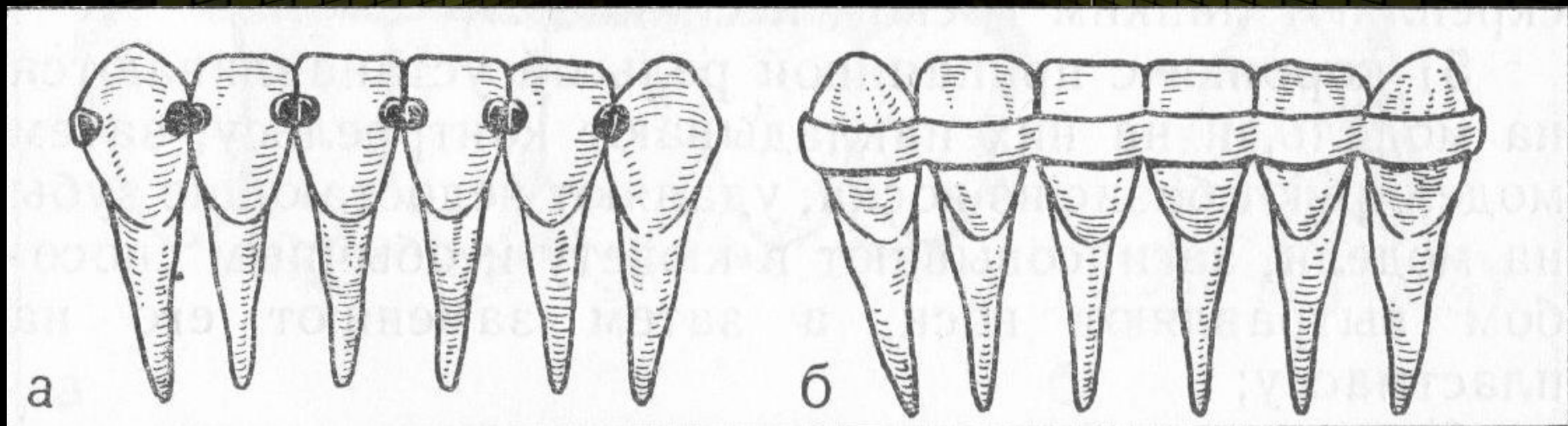
- количества отсутствующих зубов,
 - вида деформации зубных рядов,
 - наличия и выраженности заболеваний десен,
 - возраста,
 - вида прикуса,
 - гигиены полости рта.
-

Необходимо учитывать:

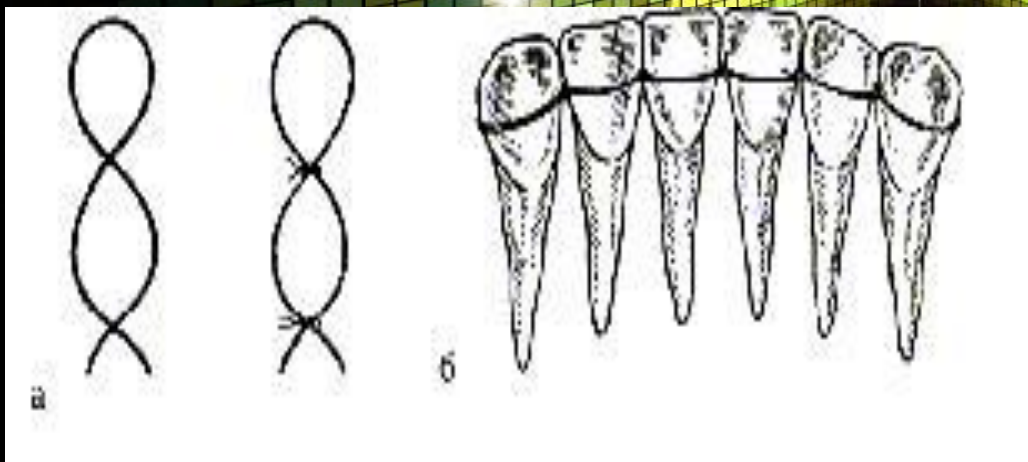
1. Какие зубы и в каком количестве будут включены в шину. Чем больше опорных зубов будет включено в единую систему шины, тем легче возникающая нагрузка амортизируется пораженным опорным аппаратом.
2. В качестве дистальных опор в шине необходимо выбрать достаточно крепкие зубы, не пораженные или мало пораженные патологическим процессом (для использования резервных сил здоровых зубов в шинируемой группе).
3. Шинирование моляров и премоляров должно устранить их подвижность в мезиодистальном направлении и частично уменьшить ее в щечно-язычном направлении, резцов — уменьшить их подвижность в орально-вестибулярном направлении.
4. Следует помнить, что само по себе шинирование не способствует уменьшению воспалительного процесса в краевом пародонте и не влияет на регенеративные процессы.
5. Перед временным шинированием должен быть проведен полный комплекс мероприятий профессиональной гигиены.
6. Пациент должен быть обучен качественной индивидуальной гигиене полости рта.

При временном шинировании обычно применяют шины не требующие препарирования зубов и лабораторного изготовления, для чего используются

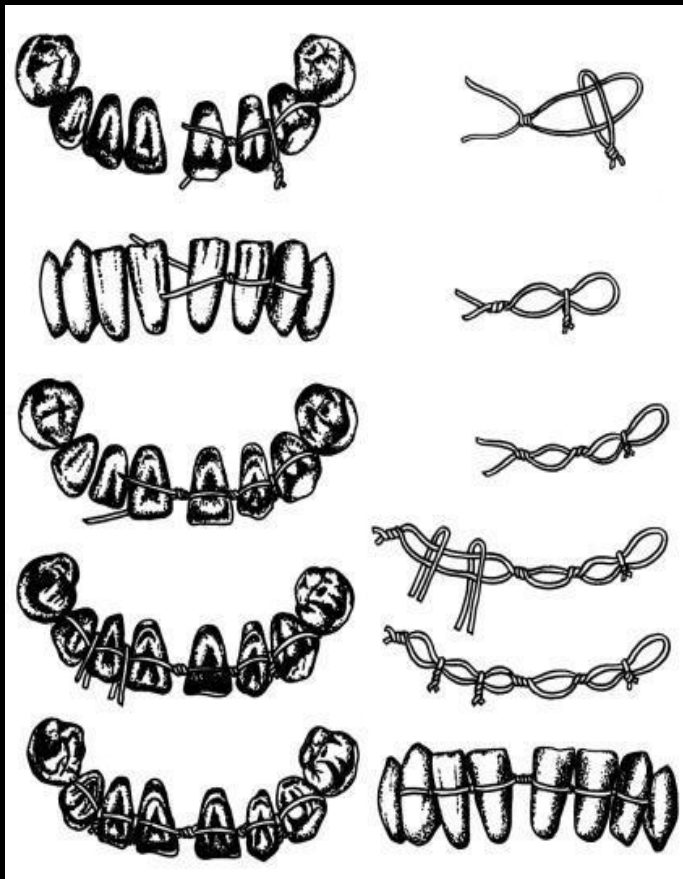
- быстротвердеющие пластмассы,
- композитные материалы
- лигатурная проволока.



**Временная пластмассовая
шина по Новотну.**



Временная лигатурная шина



Этапы работы с лигатурой:

1. зубы тщательно очищают от зубного налета абразивной пастой;
2. межзубные промежутки очищают штрипсами;
3. лигатурой охватывают опорный зуб (чаще клык);
4. затем в виде восьмерок связывают все зубы над контактным пунктом;
5. конечный узел помещают в межзубной промежуток, который можно фиксировать адгезивом или полимерным материалом.

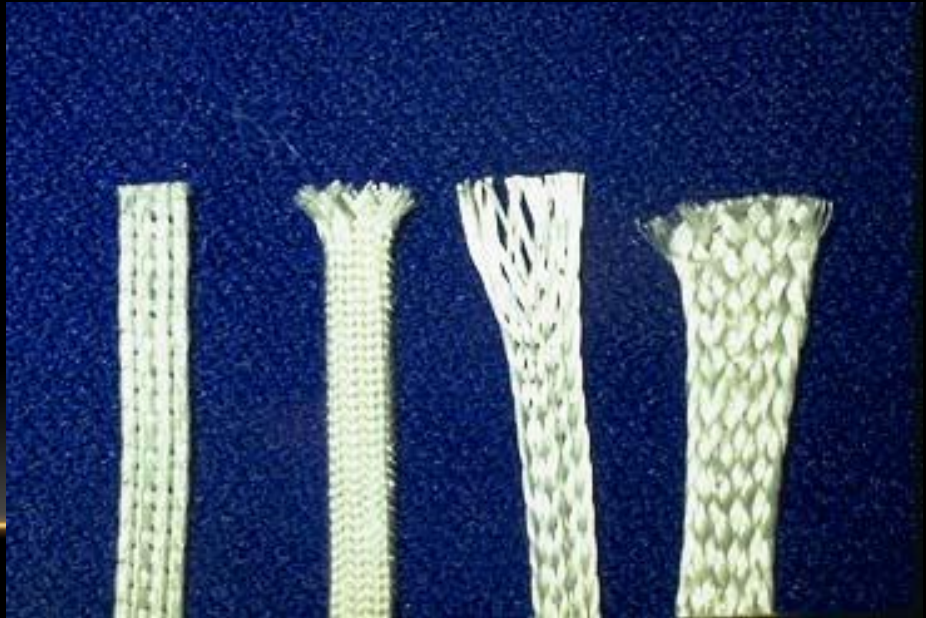
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 2 ТИПА МАТЕРИАЛОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА:



- на основе неорганической матрицы GlasSpan и Fiber Splint
- на основе органической матрицы полиэтилена Ribbond и Connect, выполненные из множества тончайших волокон, сплетенных между собой. обладают лучшей адгезией за счет специальной плазменной обработки и лучше пропитываются композитом, что позволяет композиту создать с лентой более прочный единый блок; они имеют лучшую биосовместимость с тканями человеческого организма, т.к. состоят из биоинертного стекла, а не из пластин.



GlasSpan



Ribbond

Ribbon



Кислотное протравливание препарированных поверхностей



Границы отпрепарированной бороздки



Адаптация шинирующей ленты в межзубные промежутки

Ribbon



Адаптированная шина



Вид шины с вестибулярной поверхности





Вантовое шинирование зубов
полиамидной нитью



Шина из ортодонтической проволоки ($d = 0.36\text{мм}$)

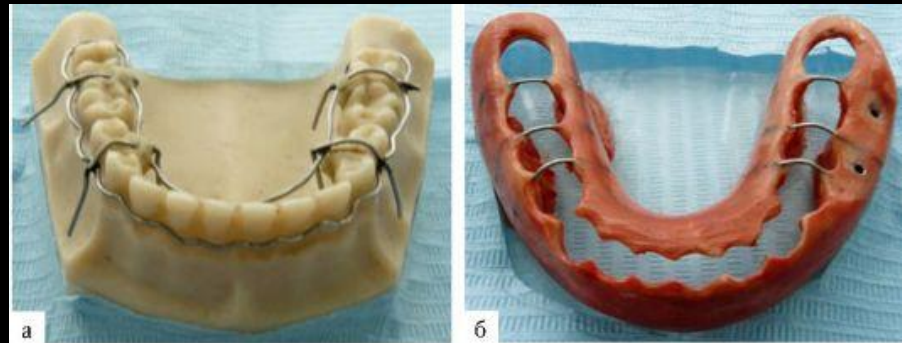
Окклюзионные шины или каппы

- **Окклюзионная шина** - съемное искусственно изготовленное приспособление из пластмассы, воспроизводящее окклюзионную поверхность, которое пациент носит временно с целью изменения окклюзионных контактов зубов и функционального расположения нижней челюсти.

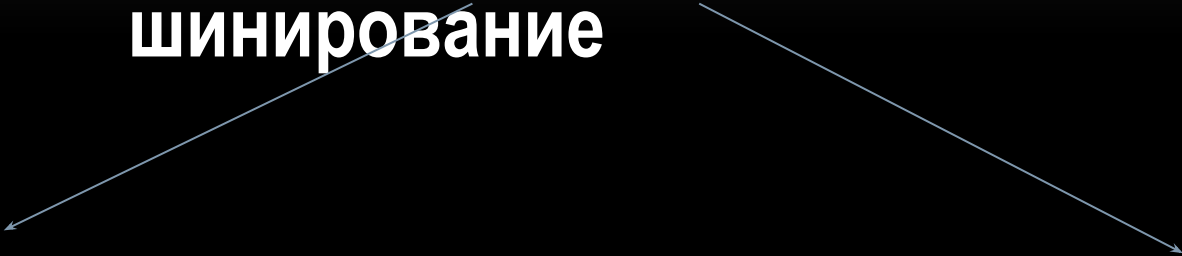


Пластмассовые шины

- каппы, армированные металлической или неметаллической арматурой и временно фиксированные, обеспечивают наилучший шинирующий эффект, одновременно позволяют восстановить дефекты зубного ряда и улучшить внешний вид пациента.



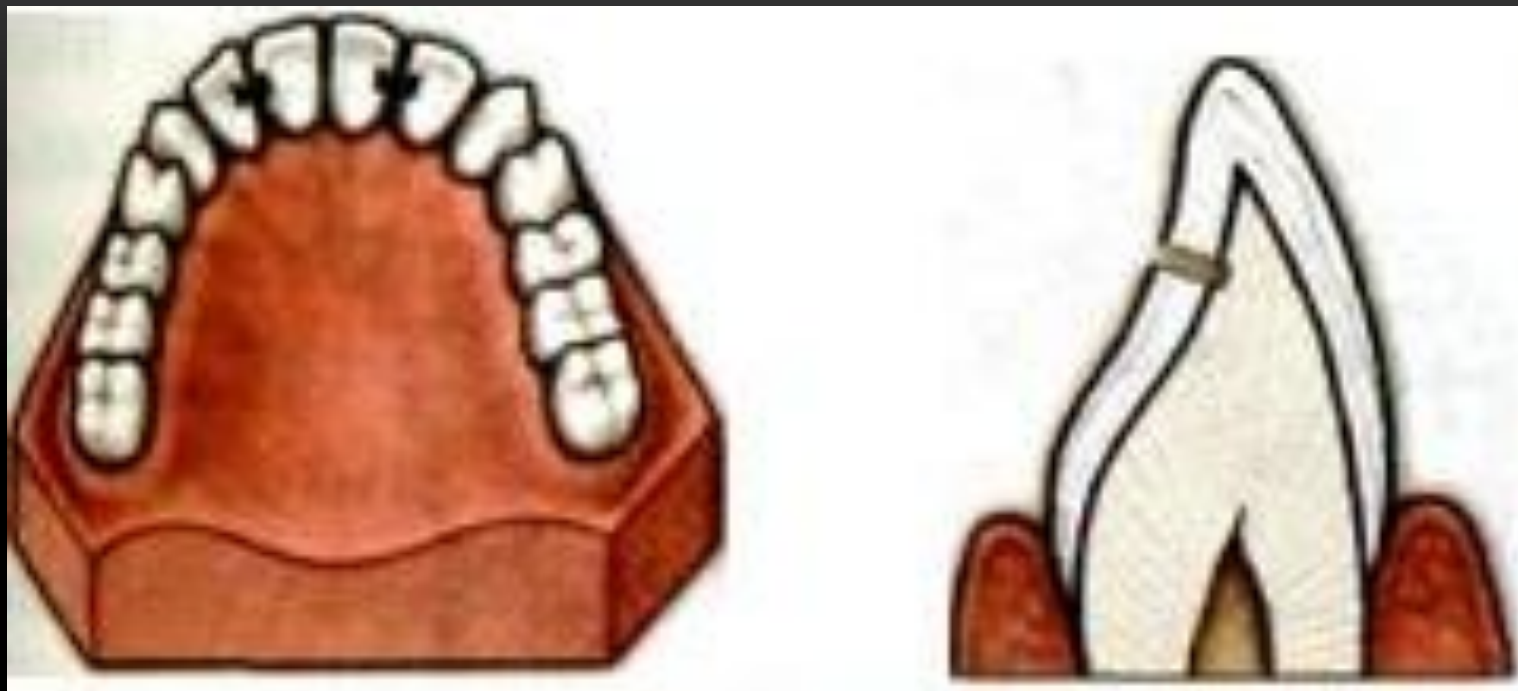
Постоянное шинирование



```
graph TD; A[Постоянное шинирование] --> B[Съемные шины.]; A --> C[Несъемные шины.]
```

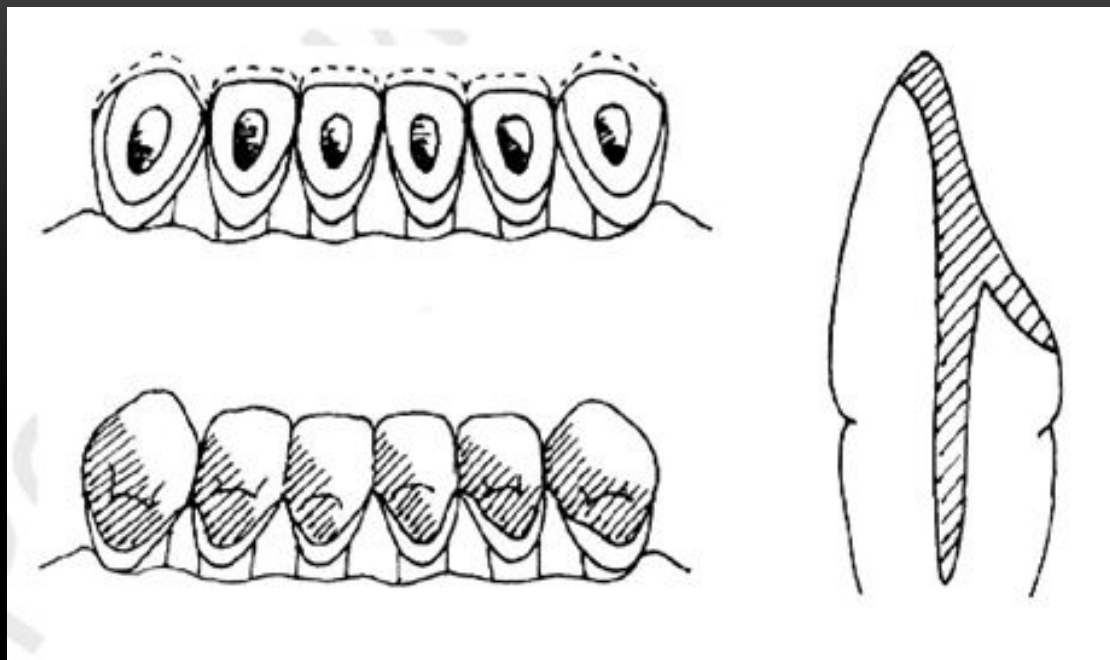
Съемные шины.

Несъемные шины.



Интердентальная шина Копейкина

Состоит из межзубной металлической перемычки (каркаса), введенной с боковых сторон двух соседних зубов и покрытой композитным материалом.

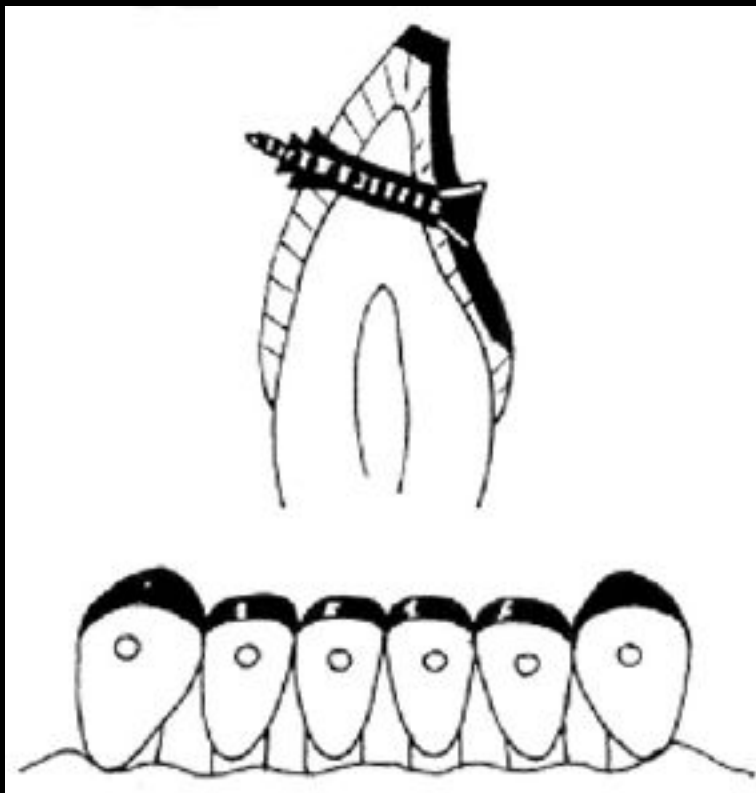


Состоит из литой небной или язычной пластинки, плотно прилегающей к оральной поверхности и режущему краю передних зубов и фиксирующейся на корневых штифтах.

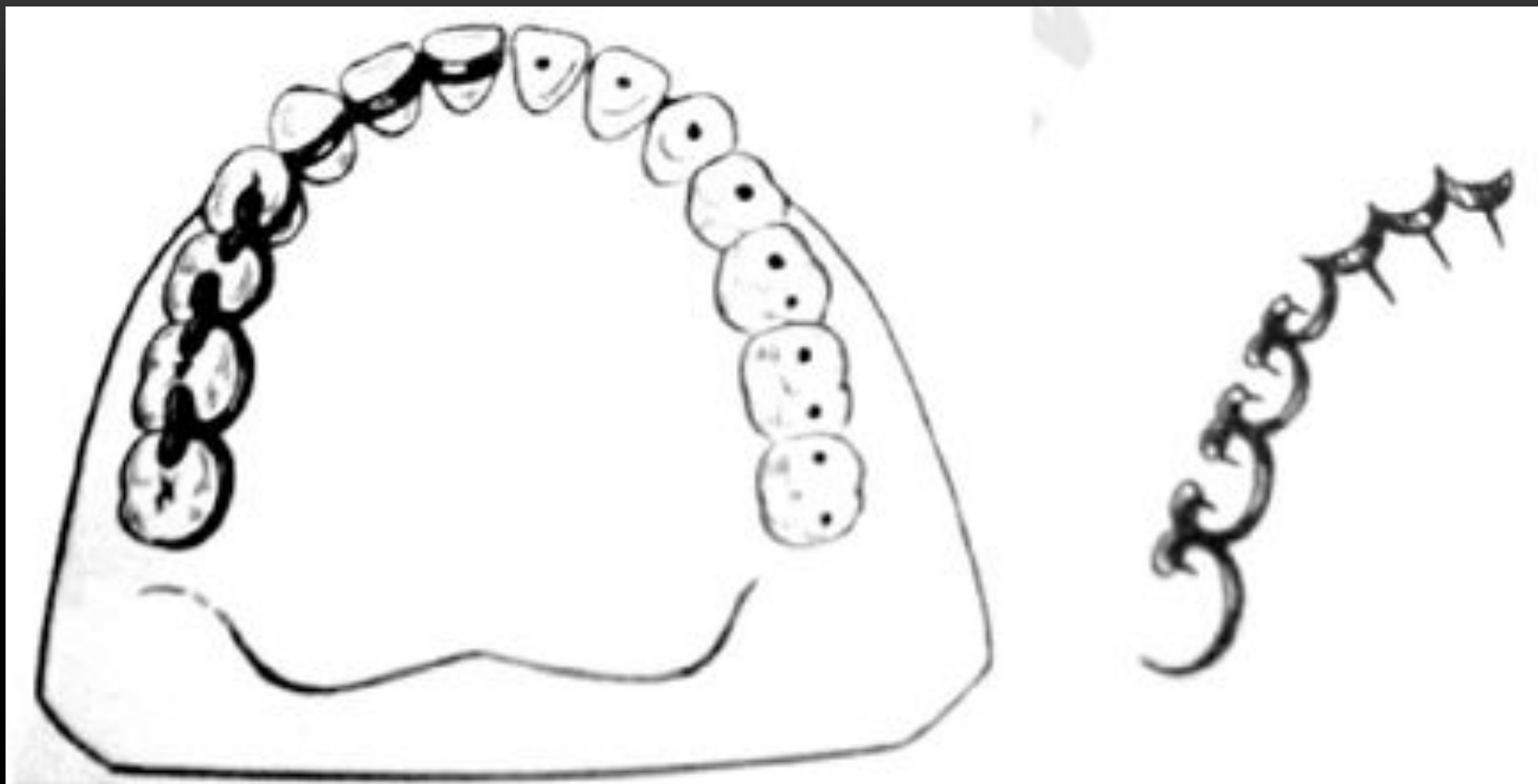


Шина Мамлока

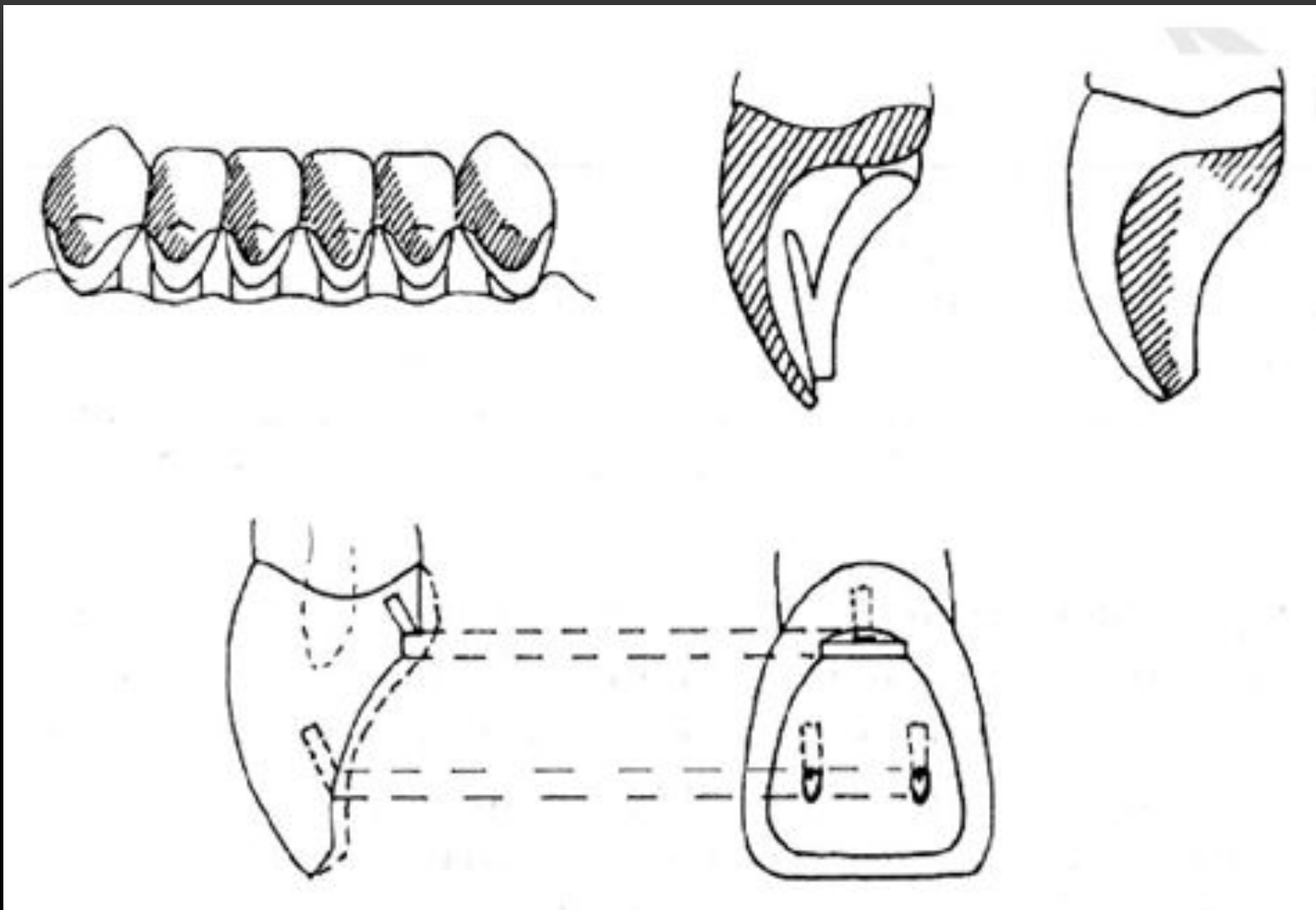
Шина Мамлока.



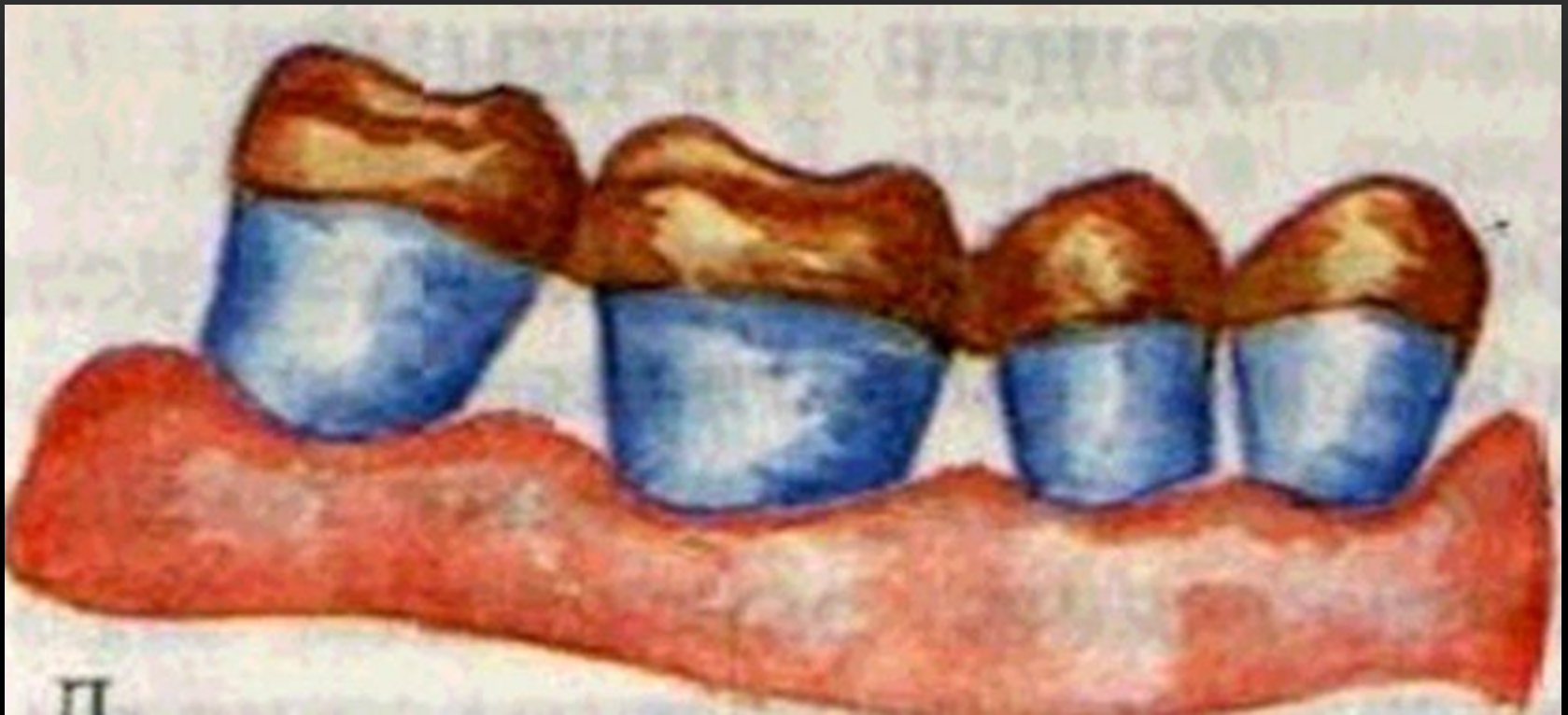
Шина Треймана. Представляет собой литую металлическую накладку в виде пластинки, которая располагается на язычной поверхности передних зубов, закрывая ее от зубных бугорков до режущего края с его перекрытием. Пластика фиксируется к зубам путем привинчивания штифтами, проходящими через всю толщу твердых тканей зуба между режущим краем и пульпой.



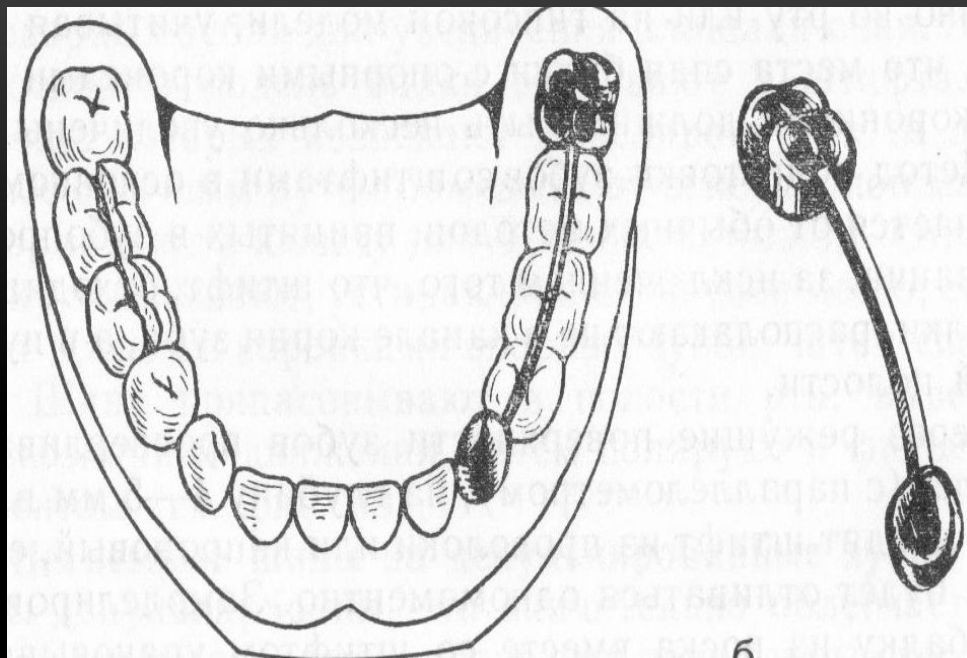
Шина из многозвеньевых кламмеров с парапальпарными штифтами представляет собой литую шину в виде орального кламмера с парапальпарными штифтами и окклюзионными накладками в области жевательных зубов.



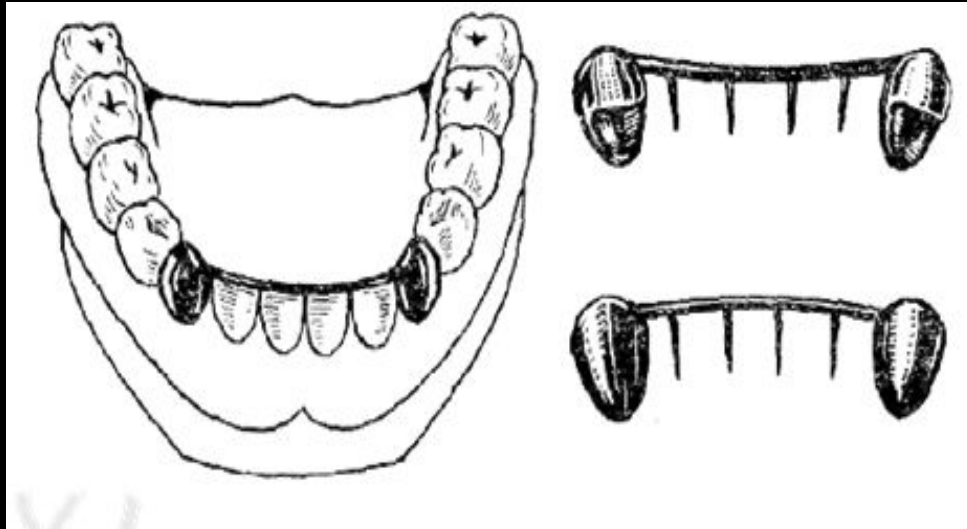
Шина из полукоронок представляет собой блок спаянных или отлитых вместе полукоронок и отличается хорошим эстетическим эффектом



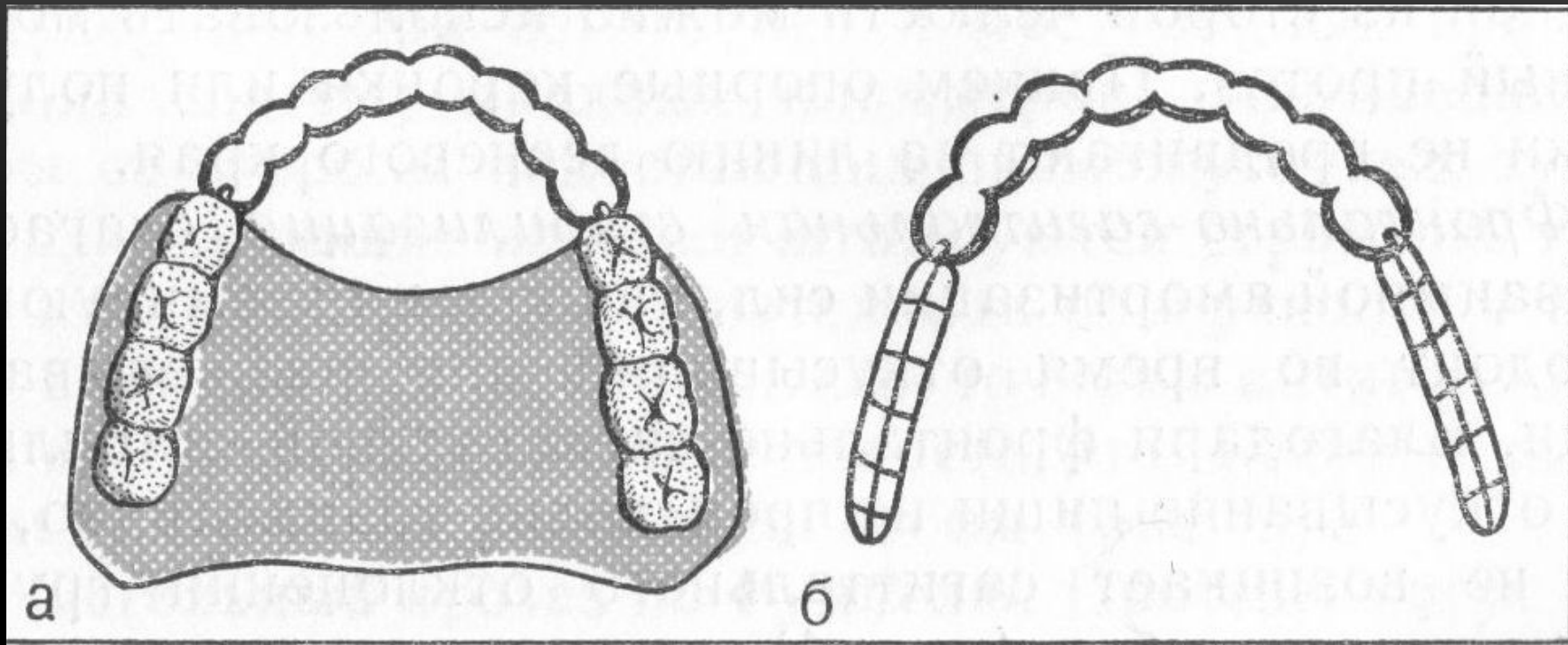
Шина на колпачковых (экваторных) коронках представляет собой цельнолитую шину с каркасом в виде соединенных между собой колпачковых или экваторных коронок



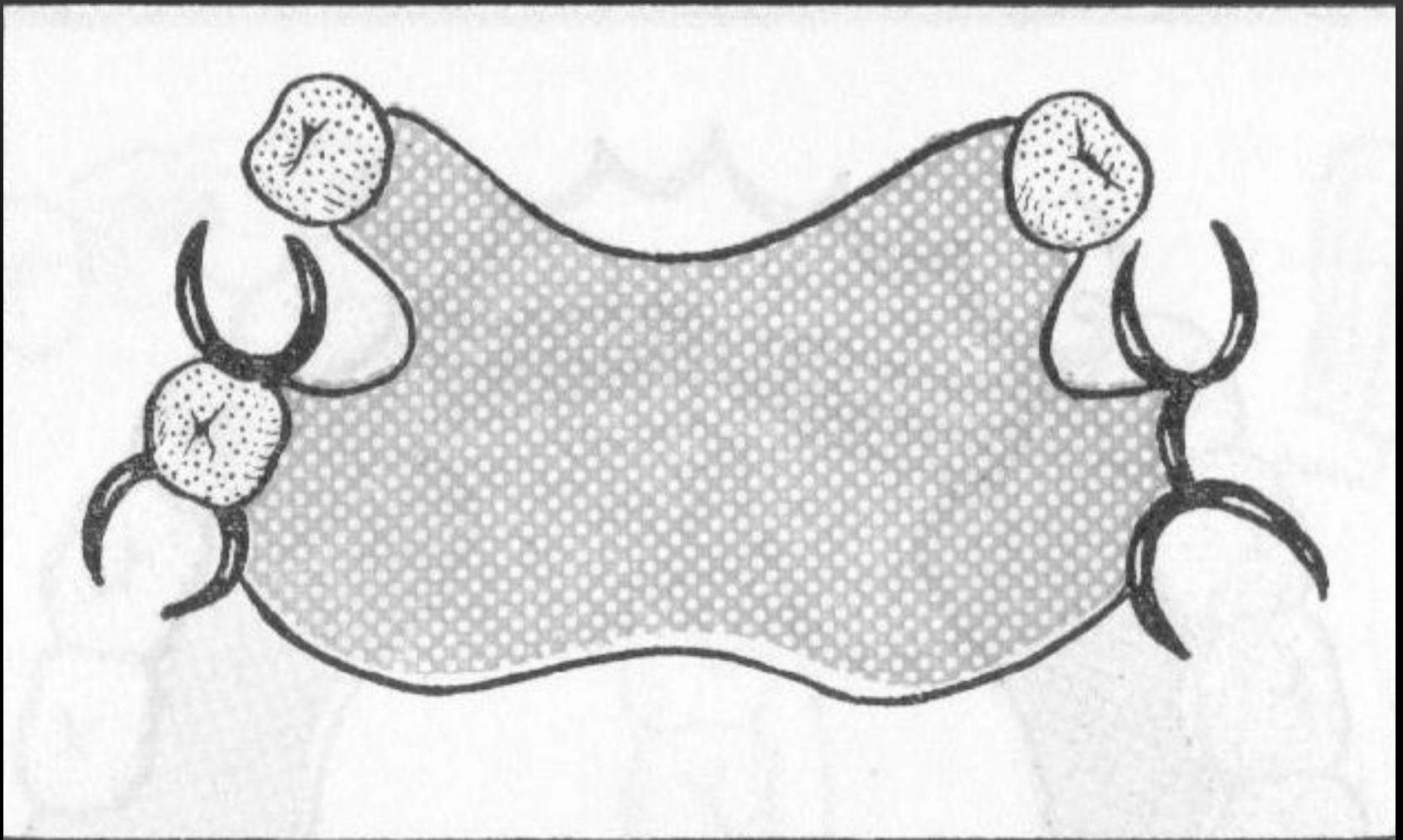
Балочная шина для боковой группы зубов — литая шина в виде балки



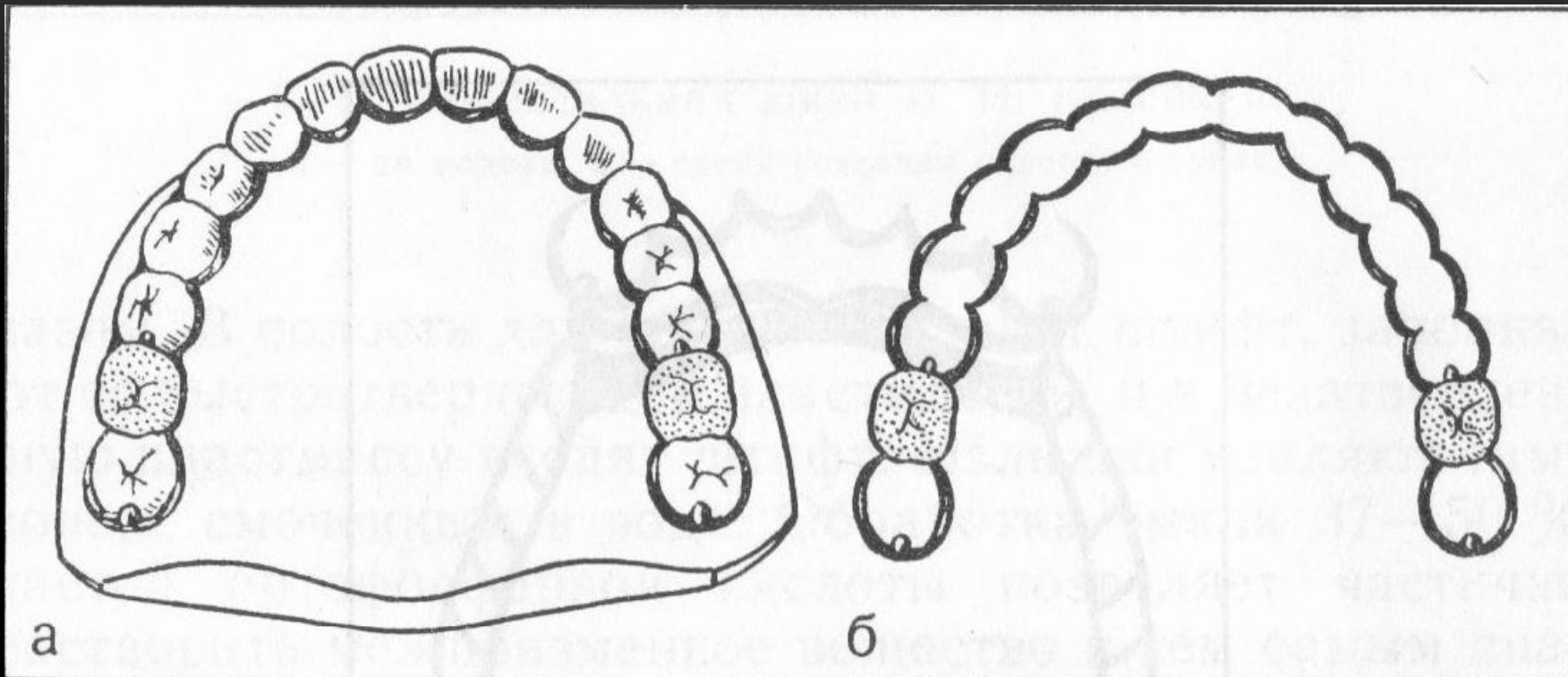
Балочная шина со штифтами — литая шина в виде балки со штифтами длиной 4–5 мм



Съемный протез с фронтальной стабилизацией



Съемный протез с парасагитальной стабилизацией



Стабилизация по дуге



Шинирующий бюгельный протез

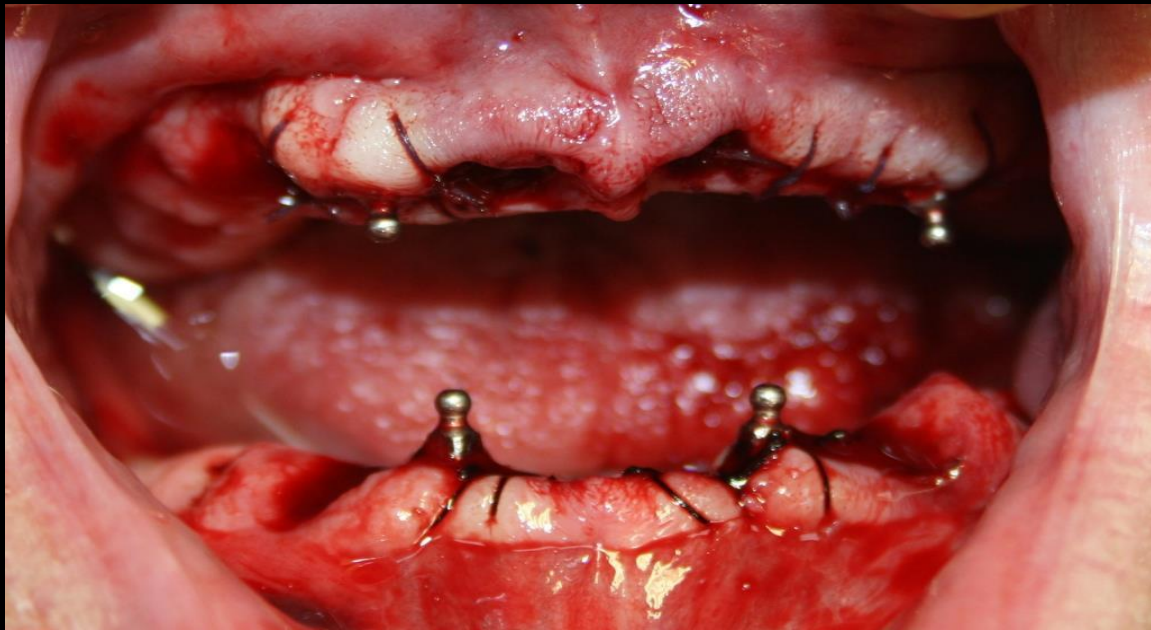
Непосредственные протезы изготавливаются до удаления естественных зубов и накладываются на челюсть не позднее 24-х часов после операции.

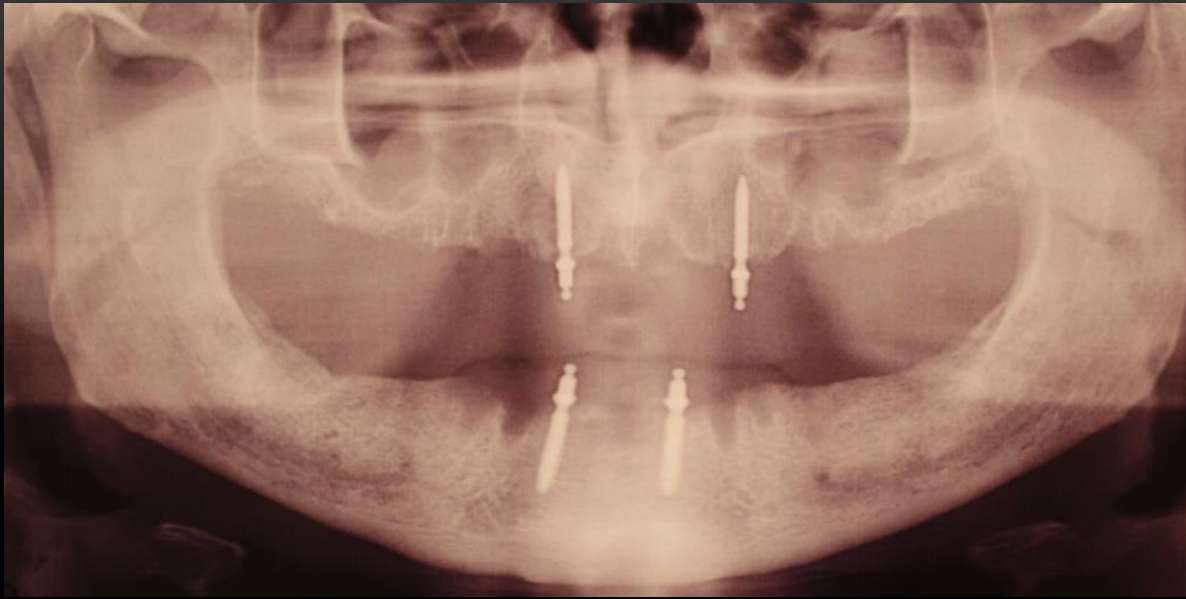
1 методика.

Г.П. Соснин (1953), А.А Котляр (1957) при пародонтите и пародонтозе рекомендуют срезать не только гипсовые зубы, подлежащие удалению, но и слой гипса альвеолярного края в области удаляемых зубов на толщину 2-3 мм. Этим, по их мнению, достигаются плотное прилегание базиса протеза к раневой поверхности и формирование гладкой и полукруглой формы альвеолярного отростка.

2 методика.

По методике И.М. Оксмана, М.Н. Шитовой, З.Я. Шур (1961), удаляемые зубы срезаются на модели выше их шеек, благодаря чему не ущемляется трофика тканей протезного ложа и ускоряется заживление раневой поверхности (цитируется по Ю.В. Петрову с соавт., 2005). Затем на рабочей модели изготавливают базис, проводят постановку искусственных зубов и общепринятой методикой заканчивают изготовление непосредственного протеза.



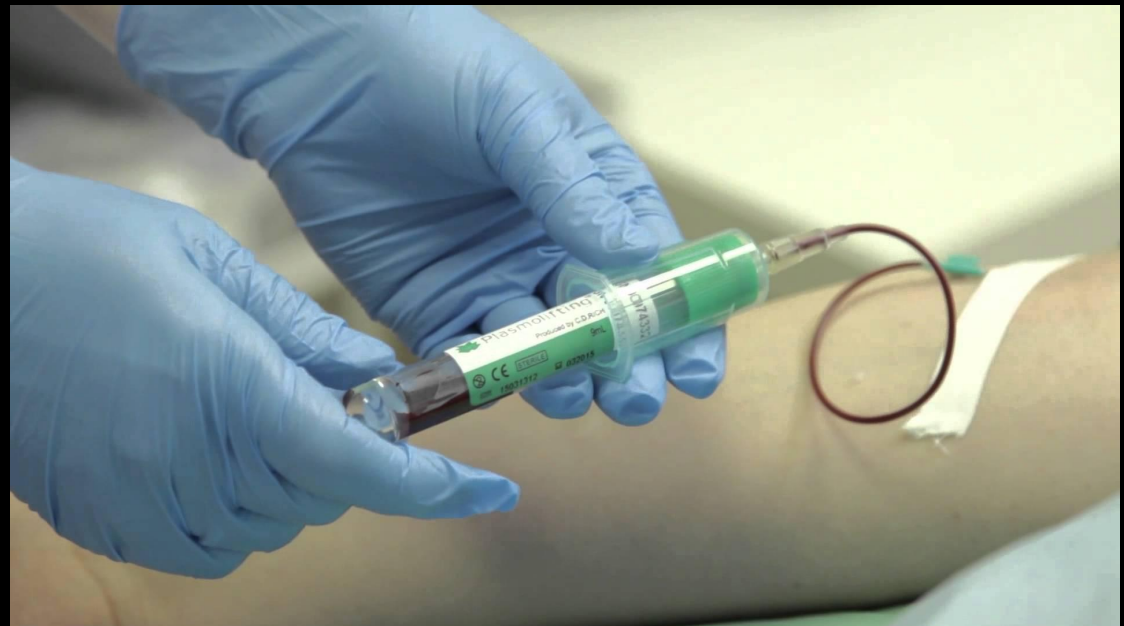


Плазмолифтинг (Plasmolifting™) - это новая методика, представляющая собой одну из немногих, к сожалению на сегодня, возможностей лечения заболевания пародонта, снятия кровоточивости десен, устранения подвижности зубов и неприятного запаха изо рта, а также восстановления жевательной функции.

Лечение плазмолифтингом заключается в запуске естественных процессов восстановления тканей пародонта полости рта, образования новой соединительной и костной ткани, ликвидации воспаления в костной ткани и слизистой оболочки полости рта, прорастание капилляров в пораженную пародонтитом ткань, и в целом улучшение кровоснабжения и обмена веществ в тканях, за счет чего происходит повышение местного иммунитета полости рта человека. Отек в тканях воспалённого пародонта значительно уменьшается, а десна приобретает естественный, здоровый вид и правильную форму.

Plasmolifting™ — это инъекционный метод локальной стимуляции регенеративных процессов в тканях, восстановления цвета, формы и структуры десны, предотвращение убыли костной ткани.







Богатая тромбоцитами плазма (БотП) — это высокоэффективный биологический стимулятор процессов регенерации, содержащий в себе факторы роста, в высокой концентрации, а так же гормоны, белки и витамины в естественной комбинации.

Противопоказания для проведения плазмолифтинга:

системные заболевания крови,
сахарный диабет в стадии декомпенсации,
онкологические заболевания,
воспалительные процессы на коже,
аутоиммунные процессы в анамнезе,
аллергии (на коагулянты),
психические заболевания.



Пациентка В., до лечения. Проба Шиллера-Писарева положительная. Диагноз: хронический пародонтит I степени тяжести



Пациентка В., после лечения через 1 месяц. Проба Шиллера-Писарева отрицательная. Диагноз: хронический пародонтит I степени тяжести



Пациентка Э, до лечение. Проба Шиллера-Писарева
положительная.

Диагноз: Диагноз: хронический пародонтит I степени тяжести



Пациентка К., после лечения через 1 месяц. Проба Шиллера-
Писарева слабо положительная. Диагноз: Диагноз:
хронический пародонтит I степени тяжести





