

Ортопедическое лечение вторичного травматиче- ского синдрома.

Биомеханические принципы применения постоянных шинирующих аппаратов-протезов при травматической окклюзии.

Работу выполнила:
студентка СПбГПМУ
452-й группы стоматологического
факультета
Алиева Айсан Асиф кызы

Травматическая окклюзия. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной травматической окклюзии.

Исходя из анализа причинно-следственных взаимоотношений и клинического течения болезни, полезно различать *первичную* и *вторичную*, *компенсированную* и *декомпенсированную функциональную перегрузку* или *травматическую окклюзию*. Е.И. Гаврилов (1961) подчеркивал, что *травматическая окклюзия является одной из форм патологического смыкания зубов*.

- Первичная травматическая окклюзия может наблюдаться при частичной потере зубов, блокировании взаимно переместившихся зубов при движениях нижней челюсти, неправильном конструировании протезов, аномалиях смыкания зубов и зубных рядов и др.
- Вторичный травматический синдром на фоне заболеваний тканей пародонта возникает в результате патологических изменений в них, например, при пародонтозе. В этом случае деструкция тканей пародонта препятствует нормальному выполнению функций.

Вторичный травматический синдром

- Обычная жевательная нагрузка становится травмирующей для пародонта, усугубляя и без того имеющееся нарушение его обменных процессов. Травматическая окклюзия при генерализованных заболеваниях пародонта носит вторичный характер, поскольку дистрофия пародонта в этом случае первична, а функциональная перегрузка является ее следствием, т.е. вторична.

Факторы ,вызывающие первичную травматическую окклюзию.

- аномалии соотношения зубных рядов;
- формы зубных дуг, размеров и положения отдельных зубов;
- частичная потеря зубов;
- деформации зубных рядов;
- повышенная стираемость твердых тканей зубов;
- ошибки ортопедического лечения;
- ошибки ортодонтического лечения;
- Феномен Кароли или бруксизм(парафункция)

Глубокая резцовая окклюзия



Величина окклюзионной нагрузки зависит от силы сокращения жевательных мышц, которая регулируется прежде всего рефлекторно. Эти данные свидетельствуют о том, что для развития болезней пародонта при травматической окклюзии необходимы особые условия - снижение резистентности тканей пародонта к функциональной перегрузке.

Факторы, способствующие развитию вторичной травматической окклюзии

- системные заболевания тканей пародонта (пародонтит, пародонтоз);
- гормональные нарушения, нервные и соматические болезни;
- воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

Задачи ортопедического лечения

Ортопедическое лечение проводится с целью профилактики, устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта. Устранение или уменьшение функциональной перегрузки ставит пародонт в новые условия, при которых воспаление и дистрофия развиваются медленнее. Благодаря этому терапевтические мероприятия становятся более эффективными. Чтобы уменьшить функциональную перегрузку и облегчить пародонту выполнение его функции, необходимо:

- вернуть зубной системе утраченное единство и превратить зубы из отдельно действующих элементов в неразрывное целое;
- принять меры к правильному распределению жевательного давления и разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом за счет зубов, у которых он лучше сохранился;
- предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки; 4) при частичной потере зубов, кроме того, необходимо протезирование.
- Лечение проводят комплексно с применением общих и местных лечебных мероприятий. Местные лечебные мероприятия носят терапевтический, хирургический и ортопедический характер. Ортопедическое лечение, таким образом, является частью этого комплекса и не исключает, а наоборот, предполагает другие виды мероприятий, особенно терапевтические (кюретаж десневых карманов, физиотерапия и др.).

Ортопедическое лечение вторичного травматического синдрома

- Когда наблюдается уже развившаяся стадия пародонтита, где имеют место подвижность зубов II-III степени, дефекты зубного ряда, глубокие десневые карманы, *избирательное шлифовывание* сочетают с *шинированием*.
- Под шинированием понимают соединение нескольких зубов в блок ортопедическим аппаратом - шиной. Шинами могут служить спаянные вместе полные, экваторные коронки, полукоронки, кольца, колпачки и различные комбинации опорно-удерживающих кламмеров. При помощи шины удастся объединить зубы в общую систему; выступающую при восприятии жевательного давления как единое целое.

Биомеханические основы шинирования.

Шинирование основано на следующих биомеханических принципах:

- Шина, укрепленная на зубах, вследствие своей жесткости, ограничивает свободу их подвижности. Зубы могут совершать движение лишь вместе с шиной и в одном с ней направлении. Уменьшение патологической подвижности зубов благоприятно сказывается на больном пародонте.
- Шинирующая конструкция, объединяя в блок все передние или все боковые зубы, разгружает их пародонт при откусывании или разжевывании пищи. Этот эффект возрастает в связи с увеличением количества шинируемых зубов.

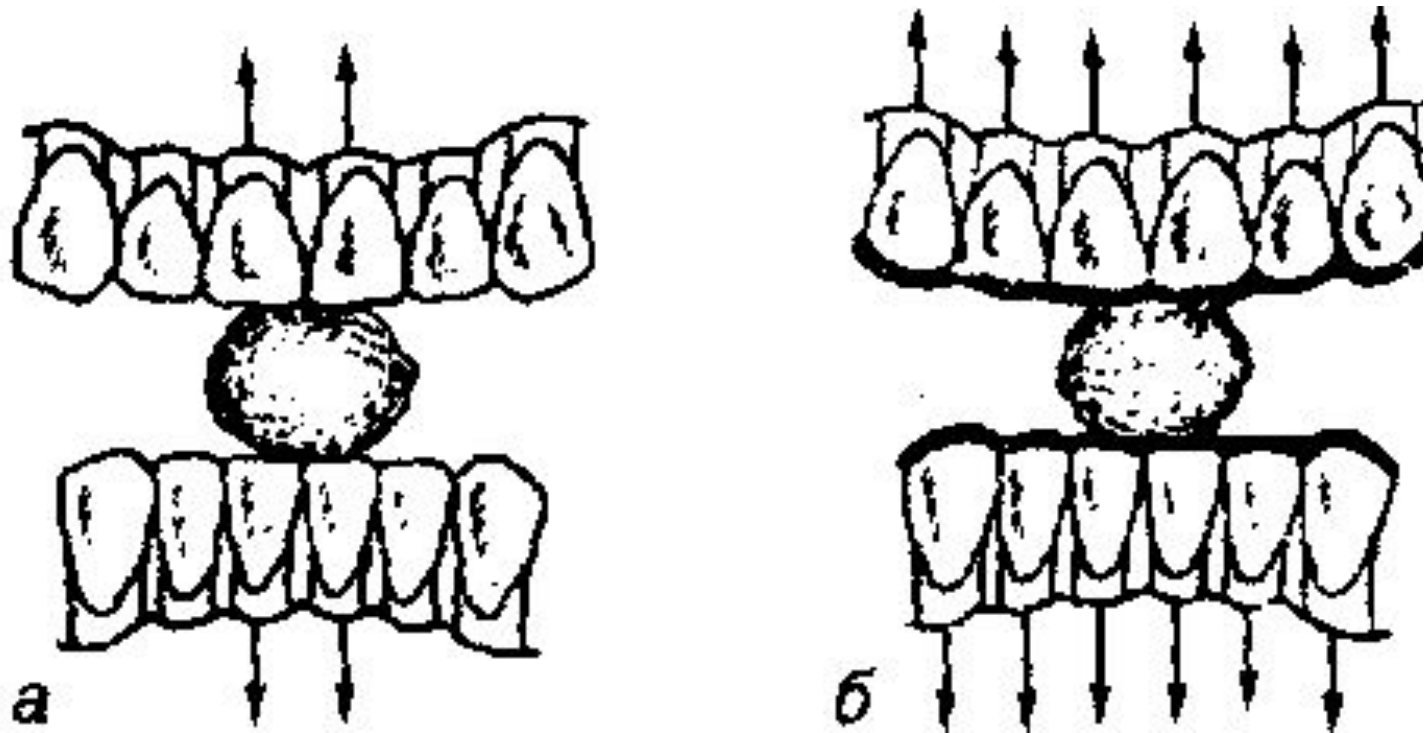
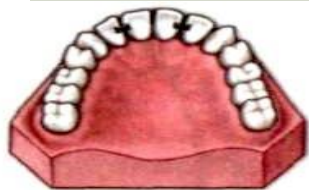


Рис. 130. Распределение жевательного давления при откусывании пищи: а - давление распределяется на две пары передних зубов; б - после шинирования давление распределяется на всю группу зубов, включенных в шину.

Постоянные шины

Постоянные шины применяют как лечебные аппараты для иммобилизации зубов на продолжительное время. Больной такими шинами пользуется постоянно. Они могут быть несъемными и съемными. Несъемные шины. С точки зрения лечебных свойств несъемные шины имеют все преимущества перед съемными, так как обеспечивают надежное укрепление подвижных зубов, образуя из них блок, способный противостоять как- единое целое горизонтальным и вертикальным силам, развивающимся при жевании. Они мало нарушают речь, и больные быстро привыкают к ним. К недостаткам несъемных шин относится необходимость шлифования зубов, что связано иногда с очень сложными манипуляциями. Кроме того, как бы ни была хорошо выполнена шина, всегда будут образовываться ретенционные пункты, где задерживается пища и возможно развитие кариеса. Техника препарирования зубов при протезировании несъемными шинами иногда бывает довольно сложной и требует не только умения, но и специального инструмента. По мере усовершенствования инструментария эти затруднения с каждым годом преодолеваются, и несъемные шины становятся ценными шинирующими аппаратами при лечении заболеваний пародонта.



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



Конструкции постоянных несъемных шин

Несъемная шина со штифтами





Несъемная шина с перекидными кламмерами



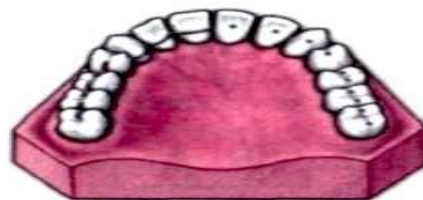
Балочная шина со штифтами



Шинирование литыми полукоронками



Балочная шина-рельса



Многосвязевая шина на штифтовой основе



Кольцевая шина



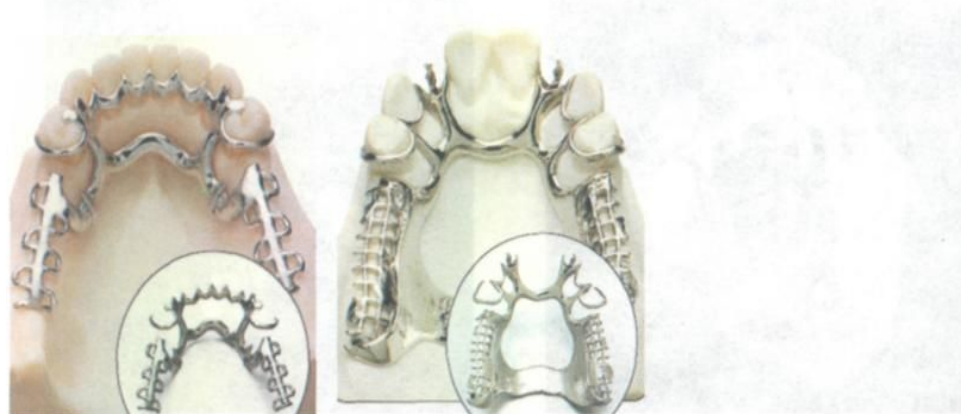
Колпачковая шина



Несъемная комбинированная шина на зубной ряд с литыми штифтами (стабилизация по дуге) по методике кафедры

Съемные шин-протезы

Различные конструкции съемных шин и шин-протезов. Съемные шины легко поддаются очистке и, таким образом, в меньшей степени, чем несъемные, нарушают гигиену полости рта. Что касается эстетики, то нарушения ее съемными шинами могут быть минимальными. Серьезным преимуществом этих шин является возможность применять их для профилактики функциональной перегрузки пародонта, при дефектах зубных рядов с признаками заболевания периодонта, но без патологической подвижности зубов. Например, при двусторонних концевых дефектах в конструкцию нижнего дугового протеза можно ввести непрерывный кламмер. Разгрузив нижние передние зубы, он явится профилактическим шинирующим средством. Съемные шины можно применять при целостных зубных рядах, а при необходимости удалить зубы их легко заменить искусственными, не меняя конструкции шины или протеза. Шинирование тесно связано с иммобилизацией зубов. Направление патологической подвижности любого зуба всегда определено и зависит от расположения его в зубной дуге. Линии подвижности одних зубов (моляры и премоляры) лежат почти в параллельных плоскостях, других (резцы и клыки) - в плоскостях, располагающихся под углом друг к другу.



Используемая литература

- Щербаков А.С., Гаврилов Е.И. «Ортопедическая стоматология»
- http://vmede.org/sait/?id=Stomatologiya_ortop_lebedenko_2011&menu=Stomatologiya_ortop_lebedenko_2011&page=10