

Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»**

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Реферат: Тема: «Постоянное шинирование»

Выполнил клинический ординатор 2 года:

Циглер Михаил Михайлович Специальность:

Стоматология ортопедическая **Руководитель**

ординатуры к.м.н., доцент : Кунгуров

Сергей Викторович

Красноярск, 2019 год

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 съёмными, несъёмными и комбинированными.

1. Несъёмные шины.

Несъёмные протезы лучше, чем съёмные, т.к. фиксируют зубы в горизонтальной и вертикальной плоскостях.

Они 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.

Главная проблема при изготовлении - обеспечение надежной фиксации шины или шины-протеза к шинируемому зубу. Конструкция должна быть достаточно жесткой и точно прилегать к протезному ложу, имеющему к тому же достаточную площадь контакта. Увеличить площадь контакта и повысить устойчивость к боковому сдвигу можно путем введения в конструкцию парапульпарных или внутриканальных штифтов. Наиболее надежной несъёмной конструкцией следует признать такую, фиксирующим элементом которой является цельнолитая облицованная или необлицованная коронка ("цельнолитые несъёмные шины"). Жесткость цельнолитой коронковой шины-протеза зависит от материала, из которого изготовлена конструкция. Поперечное сечение конструкции (прямо пропорционально) и ее протяженность (обратно пропорционально). Повысить жесткость конструкции можно путем увеличения поперечного сечения, например, путем создания гирлянды с небной (язычной) поверхности. Для обеспечения необходимой жесткости конструкция дополняется небным бюгелем, укрепленным на Т-задвижках. Пазы под задвижки формируют в области вторых премоляров или первых моляров. Конструкцию ставят на временный цемент на срок до 3 месяцев, и если за этот срок окажется, что конструкция недостаточно жесткая (это проявляется сколами облицовки, расцементировками, обострением воспалительного процесса в пародонте), то необходимо переделать конструкцию.

В настоящее время показания к использованию металлокерамических конструкций расширяются и металлокерамические протезы могут применяться при пародонтите легкой и средней степени.

У металлокерамических протезов отмечен ряд положительных свойств:

- биологическая инертность керамики (в отличие от пластмассы) исключает травмирование краевого пародонта;
- на глазурованной поверхности металлокерамических протезов значительно менее благоприятные условия для образования бляшки.

Область применения несъёмных конструкций ограничена включенными дефектами. Опорный зуб должен быть достаточно устойчивый, иметь достаточно костной опоры. В

противном случае показано изготовление съемной шинирующей конструкции (бюгельной). Она надежно шинирует зубной ряд в горизонтальной плоскости и обеспечивает любой вид стабилизации зубного ряда. Открытый маргинальный пародонт имеющихся зубов позволяет избежать травмирования десны в процессе пользования протезом. Недостаток состоит в том, что для фиксации зуба в вертикальном направлении одних цельнолитых кламмеров недостаточно. Решить данную проблему можно при помощи гибридных протезов, т.е. протезов, в конструкции которых присутствуют как кламмерные фиксирующие элементы, так и замковые (например, жесткие фиксаторы, т.е. телескопы).

Бюгельные протезы с бескламмерной фиксацией требуют изготовления анкерных коронок, благодаря чему вся конструкция переходит в вид комбинированных съемных (несъемных) протезов.

2. Съемные шины

Шинирующие свойства съемных шин обеспечиваются различной комбинацией непрерывных опорно-удерживающих и перекидных кламмеров, а также разной формы окклюзионных накладок. Распространению их способствовала разработка методик параллелометрии, точного литья на огнеупорных моделях, применение хромокобальтовых сплавов и сплавов из благородных металлов.

Съемные шины могут применяться для шинирования одной какой-либо группы зубов или всего зубного ряда. При иммобилизации передних зубов шину желательно доводить до премоляров, а при шинировании боковых - до клыков.

Съемные шины могут включаться в конструкцию дугового протеза как его составляющая часть. Это шины-протезы:

- 1) шина типа непрерывного кламмера;
- 2) шина-каппа;
- 3) единая шина для всего зубного ряда.

Сравнительная оценка съемных и несъемных шин.

Оба вида шин обладают положительными и отрицательными свойствами.

К положительным свойствам несъемных шин относится:

- 1) их способность обеспечивать блокирование системы в трех направлениях: вертикальном, трансверзальном, медиодистальном;
- 2) оставляя открытым десневой карман (исключение - блок полных коронок), делают его доступным для медикаментозной и хирургической (кюретаж) терапии;
- 4) больные быстро привыкают к несъемным шинам, а фонетические нарушения возникают редко и быстро устраняются без помощи врача.

Отрицательные свойства несъемных шин:

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

Шинирующие свойства несъемных шин обеспечиваются кламмерами, когтевидными отростками и окклюзионными накладками. Они создают иммобилизацию лишь в двух направлениях: вестибулооральном, медиолатеральном (для передних зубов) или медиодистальном (для боковых зубов). Эти шины не всегда создают фиксацию в вертикальном направлении.

Съемные шины легко поддаются очистке, меньше нарушают гигиену полости рта. Нарушения эстетики минимальны.

Преимуществом является возможность применять их для профилактики функциональной перегрузки пародонта, при дефектах зубных рядов с признаками заболевания пародонта, но без патологической подвижности зубов.

Изготовление съемных шин производится в лаборатории, в полости рта больного манипуляции сокращаются. Это также относится к достоинствам этого вида шинирования.

К недостаткам таких шин относится то, что при изготовлении их требуется большая точность: обязательное применение параллелометрии и точного литья на огнеупорных моделях. При нарушении точности наложения и снятия шины возможна перегрузка пародонта отдельных зубов.

Показания к включению зубов в шину.

Показания к включению зубов в шину зависят от величины атрофии зубной альвеолы и формы заболевания пародонта. Зубы с подвижностью III степени подлежат удалению. Необходимо удалить зубы с подвижностью II степени, если имеется атрофия более 2/3 лунки. Зубы с подвижностью I степени при атрофии лунки более чем на половину при пародонтитах удаляют, а при пародонтозе их нужно включить в шину. При хронических периапикальных изменениях зубы с подвижностью I степени и с хорошо пломбированными корневыми каналами подлежат шинированию. При плохой obturation корневого канала зуб может быть включен в шину только при отсутствии изменений верхушечного периодонта и спокойного клинического течения (отсутствие болей до лечения и через 3-4 недели после него). В случае обострения хронического периодонтита, зуб не включается в шину. Зубы с подвижностью II степени и хроническими околоверхушечными очагами, даже если каналы хорошо пломбированы, шинированию не

подлежат. Наличие свищевого хода является противопоказанием к включению зуба в шинирующий блок, даже если канал запломбирован.

Список литературы

1. Лекционный материал.
2. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. 1977.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. 1985.
4. Копейкин В.Н., Жемнер Л.М. Зубопротезная техника. М., 1985.
5. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология. М. 2003.