Красноярский государственный медицинский университет им. Профессора Войно-Ясенецкого В.Ф.

Реферат

**Тема**: “ Несъёмное шинирование зубов”.

**Выполнил**: ординатор 1-го года обучение по специальности “ Стоматология ортопедическая" Тихомиров А.Н.

 **Рецензент**: профессор Чижов Ю.В.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

г. Красноярск, 2020

**Содержание**

1. Введение
2. Историческая справка
3. Классификация несъёмных шин
4. Биомеханические основы
5. Требования предъявляемые к шинам
6. Положительные качества несъёмных шин
7. Отрицательные свойства несъёмных шин
8. Этапы изготовления шины
9. Вывод
10. Список литературы
11. **Введение**

Воспалительные заболевания пародонта представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, которая является актуальной и в настоящее время. По данным ВОЗ (2011), распространённость воспалительной патологии пародонта в возрастной группе 35-44 года по всему миру составляет 94,3%, а число людей, пользующихся зубными протезами при воспалительных заболеваниях пародонта - 78,2%, при нуждаемости - более 99,9%. Патологическая подвижность является главным симптомом при генерализованных формах пародонтита. Одним из важных этапов лечения пародонтита является стабилизация зубного ряда. При сильной степени подвижности зубов возникает риск травматической окклюзии, так как при жевании нагрузка на зубы идёт не только вдоль его оси. Векторы сил могут быть направлены в разные стороны: орально, вестибулярно, дистально и мезиально. Особенно это имеет значение для пациентов, у которых преобладают трансверзальные движения при жевании. Шинирование – комплекс мероприятий, направленных на объединение зубов в единый блок для перераспределения сил при жевательной нагрузке. Если своевременно или вообще не сделать шинирование, это может приводить к потере зубов, что усложняет в дальнейшем ортопедическое лечения пациентов, из-за феномена Попова-Годона.

1. **Историческая справка**

Иммобилизация зубов является одной из самых древних процедур в истории развития стоматологии. Археологические раскопки выявили, что ещё древние этрусские племена в XIII веке до нашей эры, использовали для этой цели золотую проволоку и кольца. В 1723 г. Р. Фаухард писал в своих зубоврачебных трактатах о шинирующих процедурах, когда он использовал для этих целей лигатурное связывание расшатанных зубов. В XX веке методики шинирования получили широчайшее развитие. Долгое время это были различные методы лигирования (шелковой тесьмой, проволокой, леской и т.п.).

1. **Классификация несъёмных шин**

**Кольцевая шина** – набор спаянных между собой колец, которые фиксируются непосредственно на зубы. **Полукольцевая шина** - тоже самое, что и кольцевые шины, только более эстетичны, так как они крепятся с оральной поверхности зубов, не вовлекая при этом вестибулярную. **Колпачковая шина** – напоминает мостовидный протез, так как основной опорой являются два колпачка, прикреплённых к устойчивым зубам и, закрывающих полностью, как коронка зуб, а между ними каркас, который частично контактирует с зубами, расположенными между этими колпачками**. Коронковая и полукоронковая шины** – металлические коронки и полукоронки, спаянные между собой, больше подходит для сагитальной стабилизации. **Шина Мамлока** – набор пластин, спаянных между собой, закрывающих оральную поверхность фронтальной группы зубов, при этом они имеют штифт. **Шина из ортодонтической проволоки** – вид стабилизации, как правило, фронтальной группы зубов. Проволока накладывается на оральную поверхность и фиксируется на композитный материал. Вантовое шинирование полиамидной нитью, шина из стекловолоконной ленты, шина из полиэтиленового шнура – данный вид стабилизации однотипен, так как имеется основной стабилизирующий
элемент, который крепится на адгезивный материал. **Стекловолоконный микропротез** – данная конструкция очень похожа на предыдущий вид стабилизации, но только имеется одно принципиальное отличие: искусственный зуб, который заменяет дефект зубного ряда. **Вкладочная шина** – монолитная конструкция которая фиксируется по типу вкладки **inlay**, **onlay**, **overlay**.

Разнообразие шин очень велико, и выбор той или иной конструкции зависит от клинической ситуации. Все эти конструкции можно разделить на 5 групп: сагитальная, фронтальная, фронтосагитальная, парасагитальная и по дуге.

1. **Биомеханические основы**

Ограничение подвижности зубов за счёт жёсткости шины. Зубы могут совершать движения лишь вместе с шиной и в одном направлении с ней, амплитуда движения блока зубов значительно меньше чем у каждого зуба по отдельности. Разгрузка тканей пародонта за счёт распределения жевательного давления. Чем больше вовлечено зубов в единый блок, тем выше эффективность шинирования. Нагрузка, прежде всего, воспринимается менее подвижными зубами, тем самым, разгружая более неустойчивые зубы. Самая жёсткая конструкция, которая располагается по дуге, за счёт пересечения векторов сил.

1. **Требования предъявляемые к шинам**

1. Создавать прочный блок, который будет ограничивать движение зубов в трёх направлениях: вестиболо-оральном, верикальном и мезиодистальном.

2. Конструкция должна быть жёсткой и плотно прикрепляться к зубам.

3. Не блокировать движение нижней челюсти.

4. Не иметь пространств, где будет задерживаться пища, зубной налёт.

5. Не препятствовать гигиене.

6. Не раздражать ткани пародонта.

7. Не должна препятствовать хирургическому и медикаментозному вмешательству в пародонтальный карман.

8. Не нарушать внешний вид больного.

9. Не нарушать речь больного.

1. **Положительные качества несъёмных шин**

Исключает возможность самодеятельности пациентов, которая может приводить к плохим последствиям. Хорошо ограничивают движение в трёх направлениях. Доступность к патологическим карманам при хирургической или медикаментозной обработки. Фонетические нарушения редко появляются, больные быстро привыкают к таким конструкциям. Могут выступать в качестве протезов при определённых клинических ситуациях: закрытие концевого дефекта, замещение коронки сильно разрушенного зуба и тд.

1. **Отрицательные свойства несъёмных шин**

Необходимость в препарировании зубов. Применение штифтовых шин подразумевает депульпирование зубов и пломбирование каналов: появляется риск верхушечного периодонтита. Могут ломаться в местах пайки, к примеру, между кольцами у кольцевой шины. Хуже влияют на гигиену полости рта.

1. **Этапы изготовления шины**

Этапы изготовление рассмотрим на примере колпачковой шины. Первый клинический этап, на нём врач-стоматолог должен оценить степень подвижности каждого отдельно взятого зуба и записать данные в специальную таблицу, в которой указаны степень оголения корней каждого зуба. Врачу необходимо определить какие зубы более устойчивые, так как именно на устойчивые зубы будут накладываться опорные колпачки (коронки по своей сути). После чего идёт препарирование зубов, опорные препарируются как под коронку, а промежуточные только в пределах экватора зуба с оральной и апроксимальных и вестибулярной сторон. Далее снятие оттисков. После того как мы передали информацию зуботехнику, он делает гипсовые модели, на которых он изготавливает коронки опорных зубов и колпачки промежуточных. Затем все эти элементы спаиваются между собой. Идёт припасовка на модели, затем в полости рта. При необходимости, конструкцию корректируют.

1. **Вывод**

При лечении пародонтита, в особенности при тяжко протекающих формах, шины являются необходимым элементом комплексного лечения. Главной задачей любого стоматологического вмешательства, будь то реставрация, эндодонтическое лечение или установка искусственной коронки зуба – это сохранение функции зубочелюстного аппарата, при потере которой, у пациентов значительно снижается уровень качества жизни. Так как без шин сохранение целостности зубочелюстного аппарата невозможно по ряду причин, то следует уделить много внимания этому этапу лечения пародонтита, и иметь хорошую компетентность для выбора конструкции и особенностях её установки индивидуально для каждого пациента.

1. **Список литературы**
2. Аболмасов Н.Г. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, П.Н. Гелетин, А.А. Соловьёв. // Российский стоматологический журнал. 2009 - №5.
3. Ряховский А.Н., Хлопова А.М. Биомеханика шинирования зубов. Панорама ортопедической стоматологии №1, 2004.
4. Артюшкевич А.С, Трофимова Е.К., Латышева СВ. Клиническая периодонтология. - Мн., 2002.