


# Лечение при очаговом пародонтите

- Следует выделить две группы больных с очаговым пародонтитом и с дефектами в зубных рядах. Лечение также должно быть комплексным.

Терапевтические методы направлены на устранение местных процессов и факторов, поддерживающих воспаление (лечение — снятие зубного налета и медикаментозная обработка).

К местно-действующим факторам относятся: плохой контакт зуба с нарушением контактных стенок, неправильно изготовленные протезы и пломбы, снижение окклюзионной высоты, наклонно расположенные зубы, зубной камень. В этих случаях воспаление десневого края может являться исходным пунктом развития деструктивного процесса или наслаиваться на уже развившуюся воспалительную реакцию в периодонте, т. е. можно говорить о двух зонах начала развития деструктивного процесса в пародонте: 1) слизистая оболочка десневого края; 2) сосудистая система периодонта и костной ткани.







Московский Государственный Медико-стоматологический  
университет


# Ортопедические методы лечения очагового пародонтита. Виды стабилизации конструкции.

Выполнила студентка 4 курса, стомат. факультета

Буштец Эльвира

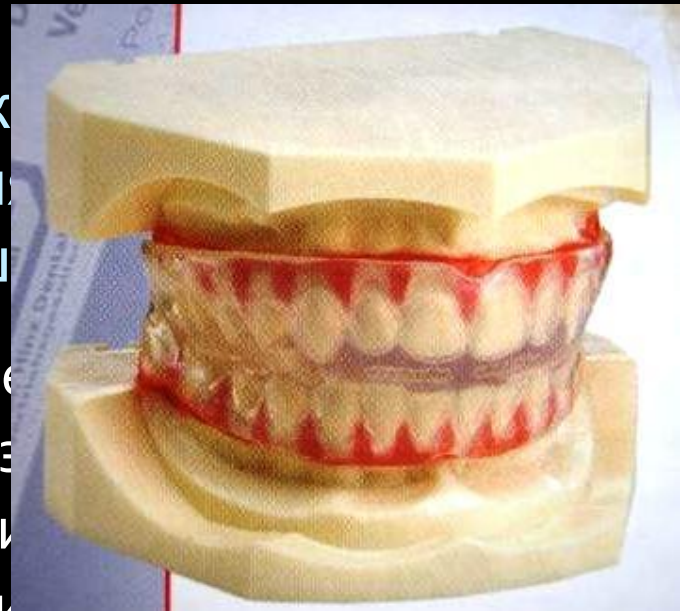


- 
- Устранение только причин, вызвавших поражение пародонта при развившейся стадии очагового пародонтита, неэффективно в результате потери или снижения резервных сил пародонта зубов, вовлеченных в процесс. Поэтому лечение очагового пародонтита должно проводиться в несколько этапов: 1) устранение причин, обусловивших развитие заболевания; 2) лечение очага поражения.

- 
- На I этапе проводят замену неправильно изготовленных пломб, вкладок, снимают некачественные коронки и мостовидные протезы, прекращают пользоваться некачественными съемными протезами. Проводят комплекс медикаментозной терапии и хирургические вмешательства. При глубоком прикусе, глубоком резцовом перекрытии, прогении производят избирательную шлифовку. При этих видах аномалии развития зубочелюстной системы, при патологической стертости группы жевательных зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти, в план лечения как самостоятельный этап включают перестройку миотатического рефлекса.

Миотатический рефлекс - короткая мышца в результате возбуждения рецепторов сухожилия этой мышцы

- Перестройка миотатических рефлексов И. С. Рубинова осуществляется по определенной высоте прикуса. По этой высоте изготавливается пластмассовая каппа, которая накладывается на зубной ряд на 2-6 недель. В течение этого времени происходит нормализация мышечного тонуса и перестройка рефлексов на разобщение прикуса (миотатических рефлексов жевательной мускулатуры) до получения новой высоты физиологического покоя. После такой перестройки можно приступать к изготовлению и наложению соответствующей конструкции зубных протезов.



- На основании клинических исследований некоторые авторы считают, что двухэтапное ортопедическое лечение, следует проводить при необходимости повышения прикуса на 4 мм и более. Для перестройки миотатического рефлекса рекомендуется применять назубодесневую капу с множественным контактом с зубами-антагонистами на всем протяжении зубного ряда. Это позволяет добиться равномерной передачи жевательного давления на все зубы и значительно улучшает фиксацию каппы. При необходимости значительного повышения прикуса вначале нужно наложить капу высотой до 4 мм. В дальнейшем при помощи быстротвердеющей пластмассы<sup>^</sup> (протокрилл, редонт и др.) можно довести прикус до нужной высоты. Такое постепенное повышение прикуса способствует более плавной, спокойной перестройке миотатических рефлексов и адаптации элементов височно-нижнечелюстного сустава.

# Оценка эффективности лечения

- При активном диспансерном наблюдении обязательными методами обследования являются: 1) выявление стадии воспаления по пробе Шиллера—Писарева; 2) оценка индекса гигиены; 3) оценка степени подвижности зубов; 4) метод зондирования десневых карманов и обязательное заполнение одонтопародонтограммы. Оценка стабилизации проводится в процессе сопоставления данных на день диспансерного обследования с данными на период начала лечения. Проводится оценка общего состояния зубных рядов и уровня стабилизации процесса по индексу поражения пародонта (В. Н. Копейкин). Для этого необходимо показатель ИПП на день наблюдения разделить на показатель ИПП на день начала наблюдения. Стабилизация процесса характеризуется единицей и более высокими цифрами (это свидетельствует о прекращении резорбции, сохранении или уменьшении уровня глубины десневого кармана, уменьшении подвижности зубов).

К положительным результатам следует отнести случаи при уровне стабилизации до 0,9—0,8, а к отсутствию эффекта лечения — показатели ниже этих цифр.

ИПП =  $\frac{\text{Сумма показателей резорбции у каждого зуба}}{\text{Общее количество зубов на челюсти}}$

где 1 — отсутствие резорбции; 0,75 — резорбция равна 1/4 длины стенки альвеолы; 0,5 — 1/2; 0,25 — 3/4 длины.

Устранение местно-действующих перейти к основному этапу орто очагового пародонтита применен иммобилизирующего аппарата.

- Под шинированием понимают объединение в единый блок каким-либо ортопедическим шинирование направлено на решение ортопедического лечения при заболевании пародонта. Е. И. Гаврилов считал, что для достижения лечебного эффекта шинирования при планировании шинирующей конструкции необходимо руководствоваться следующими биохимическими принципами:
  1. Ограничение подвижности зубов за счет жесткости шины, что благоприятно действует на больной пародонт
  2. Разгрузка пародонта происходит за счет нормализации распределения жевательного давления
  3. Разгрузка пародонта зубов с наибольшим его поражением происходит за счет наиболее устойчивых зубов
  4. Шинирующая конструкция, расположенная по дуге, является самой жесткой за счет аркообразной формы™ и взаимного пересечения векторов подвижности включенных в шину зубов
  5. При линейном расположении шин в боковых отделах, справа и слева,





# Виды стабилизации

- Известно, что лучший результат шинирования получается тогда, когда шина объединяет зубы, подвижность которых происходит в пересекающихся плоскостях. Для передней группы зубов хорошая устойчивость шинируемого блока достигается, если шина объединяет резцы и клыки. Такая иммобилизация называется передней. Иммобилизация зубов, при которой шина располагается в переднезаднем направлении, называется боковой (сагиттальной). Под этим понимают стабилизацию малых и больших коренных зубов, имеющих одинаковую функцию. Объединение передней и боковой шин (например, при помощи соединительной коронки) между собой придает ей дугообразную форму, а стабилизация становится более устойчивой и называется переднебоковой. Для усиления сопротивляемости трансверзальным нагрузкам, боковые шины могут быть объединены между собой поперечной связью (дуговым протезом). Таким образом возникает поперечная стабилизация. Если все зубы зубного ряда соединяются в блок непрерывный или многозвеньевой шиной, то появляется круговая стабилизация.

# Лечения очагового пародонтита

- При малой степени атрофии , если не произошло смещения зубов и образование трем и диастем, шинирование не показано.
- Если атрофические процессы усиливаются и наблюдается атрофия более  $\frac{1}{4}$  длины стенки альвеолы , что ведет к развитию недостаточности пародонта , то ортопедическое лечение имеет следующие задачи.

# Задачи лечения

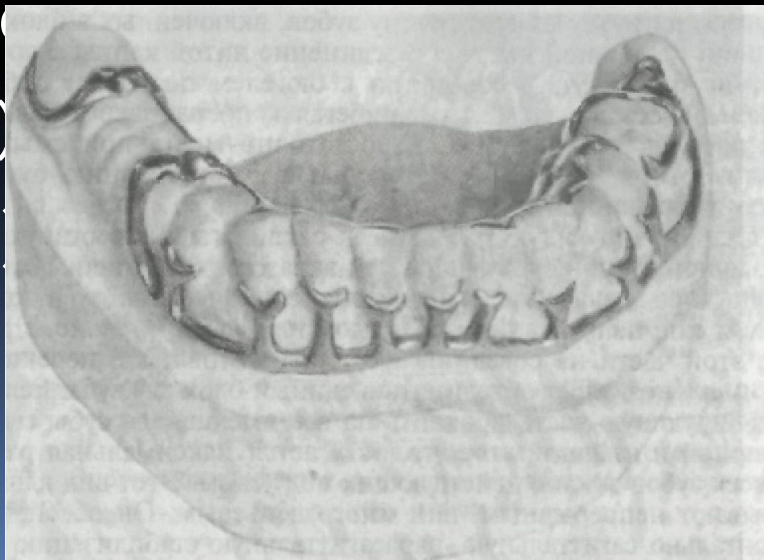
- 1) Перераспределить жевательную нагрузку на весь зубной ряд, снизить нагрузку на отдельные зубы, около которых наблюдается атрофия костной ткани.



- 2) Объединить в блок все зубы, подлежащие лечению, чтобы избежать их подвижности.

- 3) Устранить подвижность.

- 4) Устранить пародонтит и другие заболевания зубов



Протяженность и вид шины зависят от степени сохранности резервных сил зубов, пораженных пародонтитом и функциональных соотношений антагонизирующих зубов!

- Сумма коэффициентов функциональной значимости зубов с непораженным пародонтом, включаемых в шину, должна в 2 раза превышать сумму зубов с пораженным пародонтом и быть приравнена к сумме коэффициентов зубов-антагонистов, принимающих участие в откусывании или пережевывании комка пищи между 3- 4 зубами

# Временное шинирование

- Метод временного шинирования используют в развившейся стадии очагового хронического пародонтита, реже в период обострения при начальной стадии. Временные шины применяют в течение всего периода комплексного лечения до момента наложения постоянного шинирующего аппарата. Временное шинирование позволяет устранить травматическое воздействие патологической



ранить один из патогенетических  
мические нарушения при пародонтите.  
деление жевательного давления между  
здает покой пораженным тканям и  
патогенетической и симптоматической

потезы, применение временной шины  
есть воспаление-кровоснабжение-  
ствует улучшению трофики тканей  
есса.

ии без предварительного  
имо.

- При очаговом пародонтите протяженность шины обусловлена локализацией поражения и взаимоотношением его с зубами, у которых пародонт не поражен: шина обязательно должна включать в блок зубы с непораженным пародонтом.

Временные шины изготавливают из пластмассы. Различают капповые шины, оральные и вестибуло-оральные многосвязные.

Капповые шины охватывают окклюзионную часть коронок зубов, их применение связано с завышением окклюзионной высоты.

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.

Вестибуло-оральные шины (круговые) покрывают только часть вестибулярной поверхности зубов, не мешают смыканию антагонистов и не



- Появление современных материалов, основанных на применении адгезивной техники, позволяет решать проблемы шинирования участков зубного ряда с соблюдением современных эстетических требований и непосредственно во время приема больного, без вовлечения длительного лабораторного этапа. В ряде случаев новые системы позволяют решить проблему замещения одиночных дефектов.

Используется 2 типа материалов в зависимости от их химического состава:

ША) и Fiber Splint

ribbond (США) и Connect

Д=3-5 мкм, сплетенных между  
учше, довольно трудно.  
падают лучшей адгезией за  
зации и лучше пропитываются  
у создать с лентой более  
вместимость с тканями  
ортного стекла, а не из



# Несъемные шины.


- Несъемные протезы лучше, чем съемные, 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 несъемной конструкцией следует признать такую, фиксирующую

вляется цельнолитая облицованная коронка ("мные шины").



- 
- В качестве шины может быть применена единая система экваторных коронок, коронок с облицовкой, шины из цельнолитых, металлоакриловых, металлокерамических коронок и мостовидные протезы.

- Если очаговый пародонтит распространяется на всю функционально ориентированную группу зубов и у этих зубов нет резервных сил, то необходимо переходить на смешанный вид иммобилизации. Для жевательных зубов- парасагитальный вид стабилизации, для передних- -по дуге с подключением



льно-это съемные шины с  
, многозвеньевые  
ярными отростками.