

**Дефекты зубных рядов, их  
классификация. Ортопедическое  
лечение пациентов мостовидными  
протезами.**

# Организационные вопросы и доп. материалы

Занятия будут проходить по адресу: Беловодский пер., 1, 3 этаж, 316 кабинет. О каких-либо изменениях сообщу заранее.

347 группа - по вторникам с 13:30

348 группа - по понедельникам с 13:30

349 группа - по понедельникам с 13:30

<http://www.studmedlib.ru/>; <https://stomatologclub.ru/>;

<https://www.coursera.org/> (HKU: Implant Dentistry - с 25 февраля, Materials in Oral Health - с 22 марта; Penn: Введение в стоматологию - с 11 февраля)

# Дефекты зубных рядов, их классификация.

Понятие "потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита" - K08.1 по МКБ-С - Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10. Синонимом термина "частичное отсутствие зубов" является также понятие "дефект зубного ряда", означающее отсутствие одного или нескольких зубов.

Дефект зубного ряда является одним из самых распространенных заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 75 % населения в различных регионах земного шара. В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75 % и встречается во всех возрастных группах пациентов.

# Дефекты зубных рядов, их классификация.

Дефект зубного ряда является следствием кариеса и его осложнений, удаления зубов и/или утраты вследствие несчастного случая (травмы), заболеваний пародонта. Несвоевременное восстановление целостности зубных рядов при частичном отсутствии зубов обуславливает развитие таких функциональных нарушений, как перегрузка пародонта оставшихся зубов, развитие повышенной стираемости, нарушения биомеханики зубочелюстной системы, в отдаленной перспективе приводит к полной утрате зубов.

Главным признаком частичного отсутствия зубов считается отсутствие в зубном ряду от 1 до 15 зубов на одной из челюстей. Клиническая картина характеризуется отсутствием одного или нескольких зубов при наличии одного или нескольких естественных зубов или их корней.

# Дефекты зубных рядов, их классификация.

Особенностью данной патологии является отсутствие у пациентов болевого синдрома. При отсутствии одного или двух, а иногда и нескольких зубов больные нередко не ощущают дискомфорта и не обращаются к врачу.

Частичное отсутствие даже одного зуба в любой функционально ориентированной группе зубов может привести к развитию феномена Попова-Годона или отраженного травматического узла. Развиваются воспаление в десневом крае, деструкция костной ткани, в первую очередь - в области зубов, ограничивающих дефект.

# Дефекты зубных рядов, их классификация.

При отсутствии одного или нескольких передних зубов на верхней челюсти клиническая картина характеризуется симптомом "западания" верхней губы. При значительном отсутствии боковых зубов отмечается "западание" мягких тканей щек и губ. При отсутствии даже одного переднего зуба на верхней или нижней челюсти может наблюдаться нарушение дикции.

Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях без сохранения антагонизирующих пар зубов в каждой функционально ориентированной группе приводит к снижению высоты нижнего отдела лица, а нередко - к развитию ангулярных хейлитов ("заед"), патологии височно-нижнечелюстного сустава, изменениям конфигурации лица, выраженным носогубным и подбородочной складкам, опущению углов рта.

# Классификация Кеннеди

I - двусторонние концевые дефекты;

II - односторонний концевой дефект;







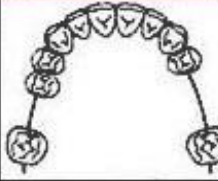
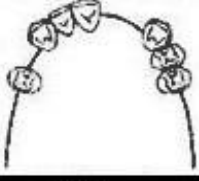
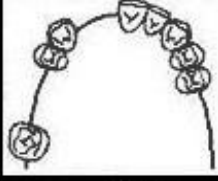
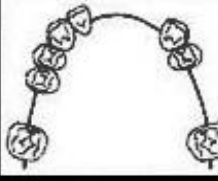
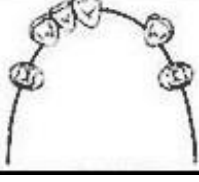
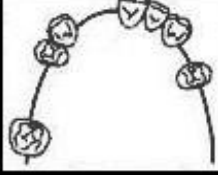
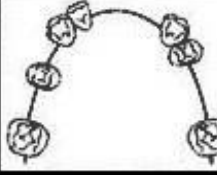
III - включенный дефект в

боковом отделе;

IV - включенный дефект в переднем

отделе зубного ряда.

Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди (1923)

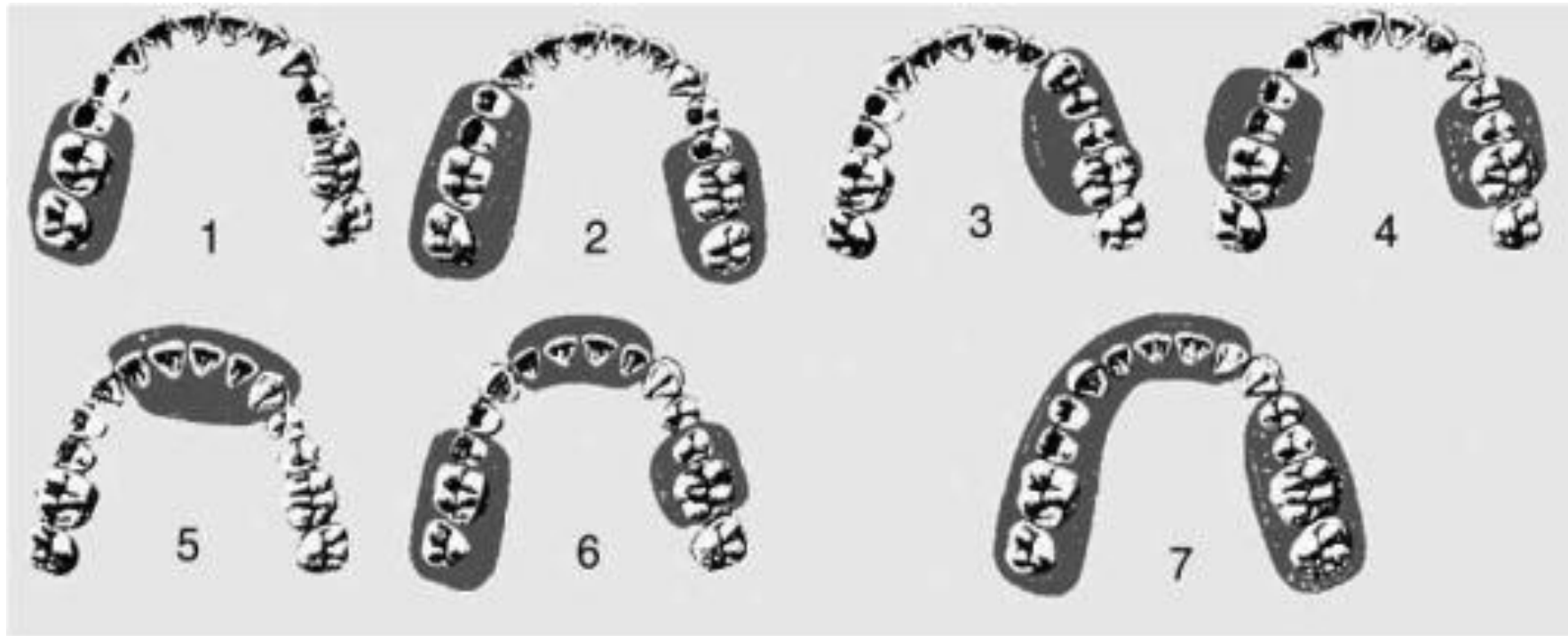
	I класс	II класс	III класс	IV класс
Характеристика класса				
1 подкласс				
2 подкласс				
3 подкласс				

# Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову

- 1 - односторонний концевой дефект;
- 2 - двусторонние концевые дефекты;
- 3 - односторонний включенный дефект бокового отдела зубного ряда;
- 4 - двусторонние включенные дефекты боковых отделов зубного ряда;
- 5 - включенный дефект переднего отдела зубного ряда;
- 6 - комбинированные дефекты;
- 7 - одиночно сохранившийся зуб



# Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову



# Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов

Классификация Кеннеди, как и другие анатомо-топографические классификации, не дает представления о функциональном состоянии зубных рядов, что важно для выбора конструкции протезов и способа распределения через них нагрузки между опорными зубами и слизистой оболочкой альвеолярных гребней. При выборе конструкции протеза необходимо использовать следующие факторы:

- функциональное состояние пародонта опорных зубов и зубов-антагонистов;
- функциональное (силовое) соотношение антагонизирующих групп зубов;
- функциональное (силовое) соотношение зубных рядов верхней и нижней челюстей;

# Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов

- вид прикуса;
- функциональное состояние слизистой оболочки беззубых участков альвеолярных гребней (степень ее податливости и порог болевой чувствительности);
- форма и размеры беззубых участков альвеолярных гребней.

# Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов

Ведущие симптомы дефекта зубного ряда:

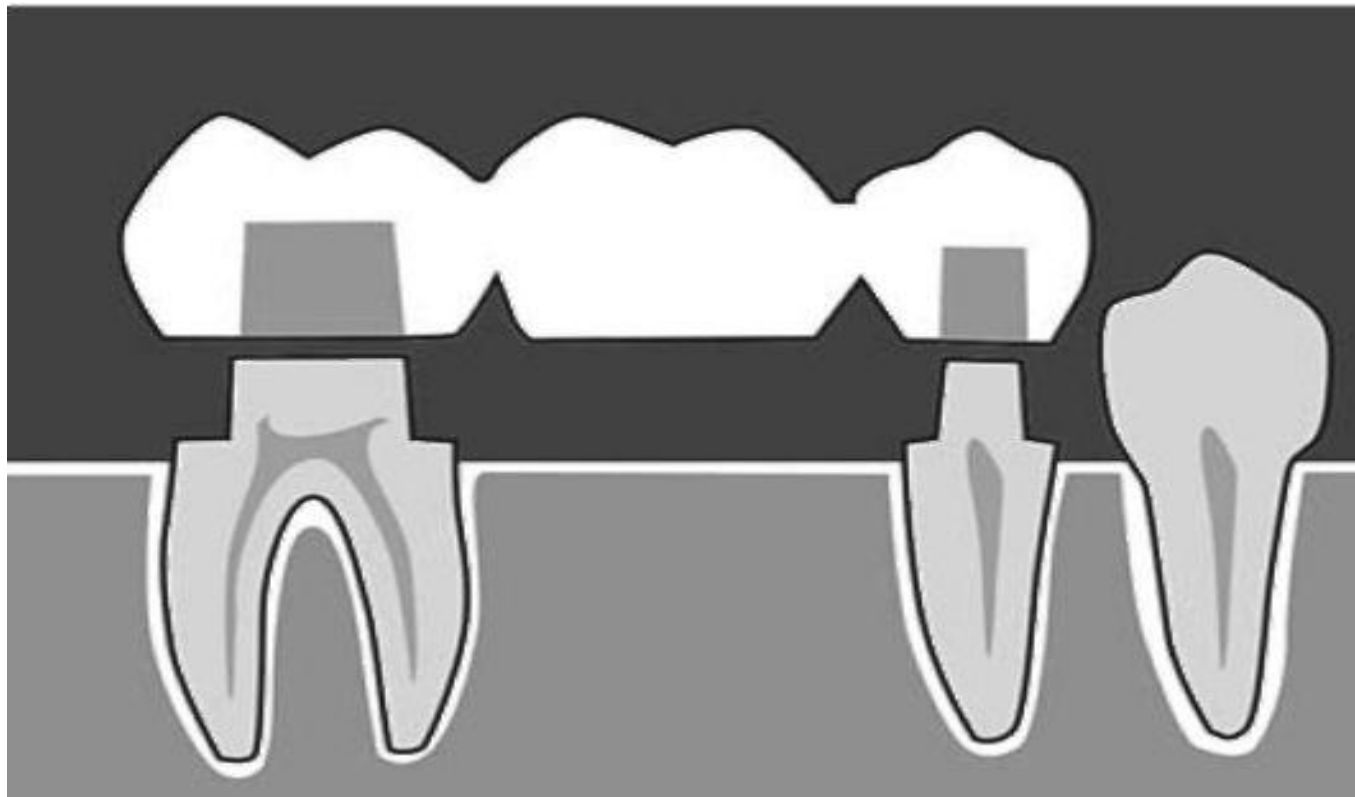
- Нарушение непрерывности зубного ряда.
- Распад зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов двух типов - функционирующие и нефункционирующие.
- Функциональная перегрузка пародонта зубного ряда.
- Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.
- Нарушение функций жевания и речи.
- Изменения в височно-челюстном суставе в связи с потерей зубов.
- Нарушение эстетики.

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Термин "мостовидный протез" пришел в ортопедическую стоматологию в период бурного развития механики, физики и отражает инженерную конструкцию - мост. Известно, что конструкция моста определяется предполагаемой теоретической нагрузкой, т.е. назначения, длины пролета, состояния грунта для опор и т.д.

Практически те же проблемы стоят перед врачом стоматологом-ортопедом с существенной поправкой на биологический фактор воздействия мостовидной конструкции. Любая конструкция ортопедического мостовидного протеза включает две опоры и более (медиальную и дистальную) и промежуточную часть (тело) в виде искусственных зубов.

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ



# Классификация мостовидных протезов

- По материалу: металлические, пластмассовые, керамические и комбинированные.
- По характеру крепления: несъемные и съемные.
- По конструкции: цельные и составные.
- По отношению промежуточной части к альвеолярному гребню: касательные и промывные.
- По расположению опорных зубов: с двусторонней опорой и односторонней - консольные.
- По конструкции опорной части протеза: различные виды коронок, полукоронки, вкладки, штифтовые зубы и их сочетание.

# Классификация мостовидных протезов

Положительные качества мостовидных протезов:

- восстановление целостности зубного ряда;
- восстановление функции жевания и речи;
- восстановление эстетических норм;
- более комфортны, чем съемные протезы;
- происходит наиболее быстрое привыкание по отношению к съемным протезам.



# Классификация мостовидных протезов

В переднем и боковом отделах зубной дуги положение промежуточной части неодинаково: если в переднем отделе она должна касаться слизистой оболочки без давления на нее (касательная форма), то в боковом отделе между промежуточной частью протеза и слизистой оболочкой, покрывающей альвеолярный гребень, должно оставаться свободное пространство для гигиенического ухода. При касательной форме отсутствие давления на слизистую оболочку проверяется зондом. Если кончик его легко вводится под тело протеза, значит, давление на десну отсутствует и в то же время нет видимой щели, которая выглядит неэстетично при улыбке или разговоре.

# ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ЧИСЛА ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Сделать правильный выбор зубов для опоры протеза можно только после тщательного клинического обследования. Большое значение имеет изучение вида прикуса, окклюзионных взаимоотношений в области дефекта, состояния пародонта оставшихся зубов, особенно тех из них, которые могут быть использованы в качестве опор. О состоянии пародонта можно судить по устойчивости или подвижности зубов, соотношению длины клинической коронки и корня, наличию пломб, цвету зуба. Для оценки состояния пародонта зубов используют данные рентгенологического исследования. Рентгенографии подлежат все зубы, покрытые ранее искусственными коронками, имеющие пломбы, измененные в цвете, с повышенным стиранием и изменившие свое положение. Окклюзионные взаимоотношения можно при необходимости изучить на диагностических моделях челюстей.

# ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ЧИСЛА ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Мостовидные протезы лучше всего фиксировать на зубах в пределах функционально ориентированных групп, несущих одну функцию (премоляр, клык правый-клык левый). Исключение представляет фиксация протеза на клыках и жевательных зубах. Мостовидные протезы с подобной опорой и здоровым пародонтом долгие годы выполняют свою функцию при устойчивости опорных зубов. Объясняется это тем, что клык находится на повороте зубной дуги и пародонт его ориентирован на восприятие как вертикальной нагрузки при разжевывании пищи, так и трансверсальной при жевании.

# Препарирование опорных зубов

Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования. Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Снятие оттиска с препарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные оттискные массы, стандартные или индивидуальные оттискные ложки.

В случае применения метода ретракции десны при снятии оттисков уделяется особое внимание соматическому статусу пациента.

# Заполнение дневника приема

**Жалобы:** (Со слов пациента)

**Об-но:** (Описание статуса), не имеем права описывать Rg-снимки (использование записи “Рентгенограмма клинически прочитана”)

**D.S.:** (по МКБ-10!!!!)

**Лечение:** Перечисление манипуляций с указанием материалов и использованных анестетиков (Sol.....).....Даны рекомендации (какие именно (новые правила)). Явка на (число).

**Врач ....** подпись