

# ВИДЫ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

## 10.1. ВИДЫ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

В зависимости от клинической картины в полости рта устранение дефектов утраченных тканей зубочелюстной системы возможно различными конструкциями протезов.

**Протез** (от греч. *prosthesis* — присоединение; *protithemi* — ставить впереди, замещать: *pro* — спереди, вместо + *tithemi* — ставить, возмещать, восстанавливать) — приспособление, замещающее потерю или врожденное отсутствие тканей, органов (Трезубов В.Н., 2002).

По характеру удержания в полости рта зубные протезы подразделяют на несъёмные, съёмные и условно-съёмные.

Восполнение дефектов твёрдых тканей зубов достигают применением несъёмных видов зубных протезов. К ним относят:

- микропротезы — вкладки, виниры;
- искусственные коронки;
- штифтовые конструкции.

Возмещение дефектов зубных рядов возможно благодаря использованию несъёмного и съёмного вариантов протезирования:

- мостовидные протезы;
- съёмные пластиночные протезы;
- бюгельные (дуговые) протезы;

- комбинированные конструкции зубных протезов;
- ортопедические конструкции с опорой на имплантаты.

Дефекты, возникшие вследствие огнестрельных ранений и неогнестрельных травм, а также послеоперационные дефекты замещают специальными челюстно-лицевыми протезами, которые можно сочетать с зубными протезами.

По мнению В.Н. Копейкина (1985), назначение зубных и челюстно-лицевых протезов — не только замещать дефекты, но и восстанавливать нарушенные функции органов, составляющих зубочелюстную систему, а также предохранять органы и ткани от дальнейшего разрушения. Таким образом, протезы и аппараты выполняют заместительную, лечебную и профилактическую функции.

## 10.2. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВКЛАДОК, НАКЛАДОК

Дефекты естественных коронок зубов — наиболее распространенная форма поражения зубочелюстной системы. Их причинами могут быть кариес и его осложнения, а также болезни некариозной этиологии — гипоплазия, флюороз, острая и хроническая травма, клиновидные дефекты, повышенная стираемость, врождённые и приобретённые пороки развития твёрдых тканей. Разрушение коронки зуба может иметь различную степень выраженности. В зависимости от распространённости патологического процесса существует множество способов лечения.

При выборе метода восстановления разрушенных коронок боковых зубов целесообразно руководствоваться **индексом разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ)**, предложенным В.Ю. Миликевичем (1984) (рис. 10.1). Его рассчитывают через отношение площади полости к площади всей окклюзионной поверхности, принятой за единицу. Значение ИРОПЗ всегда меньше единицы:

- при ИРОПЗ до 0,3 показано пломбирование зубов;
- при ИРОПЗ в пределах 0,3–0,6 показано лечение вкладками;
- при ИРОПЗ в пределах 0,6–0,8 показано лечение коронками;
- при ИРОПЗ свыше 0,8 показано изготовление штифтовых конструкций.

**Вкладки** — микропротезы, применяемые для восстановления эстетической, функциональной и анатомической полноценности



**Рис. 10.1.** Критерии выбора методов лечения при кариозном поражении зубов

коронк зубов путём замещения дефектов твёрдых тканей. Возможно применение вкладок и как части зубного протеза в качестве опорного элемента.

Показания к изготовлению вкладок:

- различные формы кариеса;
- клиновидные дефекты;
- травматические дефекты коронок зубов;
- повышенное стирание твёрдых тканей зубов.

В зависимости от используемого материала вкладки могут быть:

- металлическими (металлы и сплавы металлов);
- неметаллическими — композитными (керомерными), пластмассовыми, керамическими;
- комбинированными (например, сочетание металла и керамики).

В практике ортопедической стоматологии чаще всего применяют вкладки при различных формах кариеса зубов, поэтому целесообразно привести классификацию Г. Блэка (1891), используемую большинством специалистов для группировки полостей при восстановлении дефектов твёрдых тканей коронок зубов.

- 1-й класс — полости, расположенные в фиссурах и естественных ямках зубов, ограниченные со всех сторон тканями зуба.

- 2-й класс — полости, расположенные на медиальной и дистальной поверхностях моляров и премоляров, ограниченные тканями зуба с трех сторон.
- 3-й класс — полости на медиальной и дистальной поверхностях резцов и клыков с сохранением режущего края.
- 4-й класс — полости на медиальной и дистальной поверхностях резцов и клыков с частичным или полным разрушением режущего края.
- 5-й класс — полости на вестибулярной поверхности в пришеечной части коронок зубов.
- 6-й класс — полости в области бугорков зубов.

Однако в клинике ортопедической стоматологии удобнее применять классификацию Б. Боянова (1960), где используют буквенную индикацию поверхности зуба, на которой локализуется полость:

- О — полость на окклюзионной (жевательной) поверхности;
- М — полость на медиальной поверхности;
- Д — полость на дистальной поверхности;
- МО — полости, одновременно охватывающие медиальную и окклюзионную поверхности;
- МОД — полости, локализующиеся на медиальной, окклюзионной и дистальной поверхностях.

Различают вкладки видов *inlay*, *onlay*, *overlay*, *pinlay* (рис. 10.2):

- вкладка **inlay** располагается внутри коронки зуба;
- вкладка **onlay** покрывает большую часть поверхности зуба;
- вкладка **overlay** захватывает всю окклюзионную поверхность (перекрывает 1–3 бугорка), достигая апроксимальных стенок коронки зуба;
- вкладка **pinlay** имеет ретенционный штифт, располагающийся в пределах твёрдых тканей зуба.

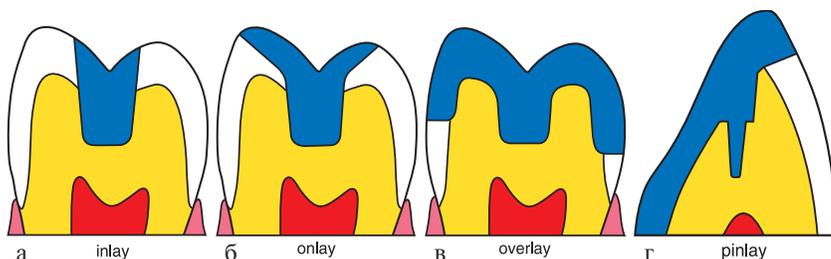


Рис. 10.2. Виды вкладок (а–г)

### 10.3. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ И КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДОВ

При полном разрушении естественных коронок зубов особое значение имеет сохранение их корней, пригодных для протезирования, с целью профилактики дефектов и деформаций зубных рядов, предупреждения атрофии альвеолярных отростков. Критерии возможности сохранения зуба включают:

- результаты оценки состояния твёрдых тканей зуба и тканей пародонта;
- возможность изготовления протеза после окончания эндодонтического лечения;
- оценку значимости данного зуба с точки зрения выполнения общей концепции терапии с учётом последствий его удаления.

Особенно актуально это в случаях, когда удаление корней далеко не всегда обоснованное, приводит к образованию концевой дефекта зубного ряда. Несомненную ценность представляют корни передних зубов в связи с их эстетической значимостью. Использование корня — это последний шанс микропротезирования. В таких случаях рекомендовано использовать корневые штифты или **штифтовые культевые конструкции**. Первое напечатанное исследование, посвящённое установке металлических штифтов в корневые каналы для укрепления коронки зуба (создания культы), датируют 1728 г. (Fauchard). В период 1830–1870 гг. дерево, как ни странно, стало более популярным материалом для штифтов, затмив собой даже металлические. Однако оно, естественно, набухало, а также часто вызывало переломы корня. В 30-х годах XX в. после значительного развития ортопедических и эндодонтических техник стало популярным изготовление литых штифтовых культевых вкладок. Фабрично изготовленные анкерные штифты и композитные материалы для восстановления культы появились почти одновременно в 1960-х годах. За последнее десятилетие фиксация корневых штифтов, особенно при изготовлении постоянных протезов, стала одной из наиболее распространённых операций в области эндодонтии.

Для восстановления значительно или полностью разрушенной естественной коронки зуба применяют штифтовые конструкции:

- штифтовые зубы;
- культевые штифтовые конструкции (литые культевые вкладки со штифтом с последующим покрытием их искусственной коронкой).