

ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

*На вопросы отвечают: врач-ортодонт Котюк И.П.; к.м.н., ассистент кафедры Жачко Н.И.; доцент Скрипник И.Л.
Кафедра ортодонтии и протезтики ортопедической стоматологии НМУ им. О.О. Богомольца*

1. Насколько важно в конечном результате ортодонтического лечения добиться правильного клыкового соотношения?

Клыки «обеспечивают защиту» («клыковая защита») пародонта и твердых тканей боковых зубов от чрезмерных нагрузок при жевании, поэтому при завершении ортодонтического лечения особое внимание следует обращать на их стабилизацию во избежание травмы пародонта.

Симметричные контакты клыков при боковой окклюзии обеспечивают равномерную нагрузку на зубы, пародонт, жевательные мышцы и височно-нижнечелюстные суставы (ВНЧС) при жевании.

Окклюзия неприемлема и требует коррекции при наличии:

- патологии пародонта;
- симптомов мышечно-суставной дисфункции;
- снижения окклюзионной высоты;
- окклюзионных интерференций (суперконтактов);
- одностороннего типа жевания.

Двусторонние симметричные отклонения от нормальной эксцентрической окклюзии в отличие от односторонних приемлемы.

2. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов может быть вызвана только нарушением окклюзионных контактов? Проявляется ли дисфункция височно-нижнечелюстных суставов у пациентов без окклюзионных нарушений?

Различные симптомы дисфункции могут быть у лиц с нормальной окклюзией. В этих случаях нужно думать о наличии:

- неокклюзионных парафункций, связанных, например, с психосоциальными заболеваниями;
- структурных изменений ВНЧС, обусловленных окклюзией (на-

пример, при ревматоидном артрите).

3. Почему не все пациенты с нарушениями окклюзии предъявляют жалобы, связанные с височно-нижнечелюстными суставами?

Адаптационная способность к окклюзионным нарушениям у разных людей различная. Одни безболезненно адаптируются к выраженным нарушениям окклюзии и значительным психологическим воздействиям, у других появляются серьезные симптомы мышечно-суставной дисфункции при небольших расстройствах окклюзии в короткие периоды эмоционального стресса [1]. Невозможно предсказать, когда произойдет срыв адаптации и разовьется «окклюзионный невроз». Последний может произойти во время ортопедического вмешательства. Это означает, что до лечения пациент «не чувствовал свои зубы ни в покое, ни во время жевания, а после окклюзионной коррекции все это возникло». В этих случаях на первый план выступают психологические, а затем и окклюзионные проблемы. Любые вмешательства по поводу нарушений окклюзии в условиях стресса и психоэмоциональных расстройств противопоказаны.

Одним из проявлений нарушенной окклюзии является окклюзионный контакт на каком-либо участке зуба, препятствующий:

- множественным фиссурно-бугровым контактам зубных рядов в положении центральной окклюзии;
- множественным динамическим контактам зубов в передних и боковых окклюзиях;
- симметричным двусторонним контактам скатов бугорков жевательных зубов в центральном соотношении челюстей (в «задней контактной позиции»).

Такое окклюзионное препятствие может быть на одном или нескольких зубах, и оно обозначается следующими терминами: «окклюзионная интерференция», «суперконтакт», «преждевременный контакт», «бугровое препятствие».

4. К чему может привести наличие суперконтактов без ортодонтической коррекции?

Суперконтакты 2 группы патологических проявлений вызывают:

- 1) патологию пародонта, твердых тканей и пульпы зуба в месте расположения суперконтакта;
- 2) изменение функции жевательных мышц, смещение челюсти в положение привычной окклюзии, чтобы обойти окклюзионное препятствие. Это ведет к перепрограммированию движений нижней челюсти, травме и нарушению гемодинамики тканей сустава, микротравматическому артрозу [2].

Этиологические факторы суперконтактов: частичная потеря зубов и связанная с ней деформация окклюзионной поверхности, зубочелюстные аномалии, заболевания сустава, патология жевательных мышц, вредные привычки (например, одностороннее жевание), смещение зубов мудрости, неправильное формирование жевательной поверхности пломб, искусственных коронок, несъемных и съемных протезов, неправильное соотношение зубов до, а также после ортодонтического лечения, эндогенные и психически мотивированные парафункции (стресс).

Клинически в месте расположения суперконтакта обнаруживаются следующие симптомы: вертикальные трещины эмали (микротравма эмали), кариозное разрушение и стертость дентина, пульпит (травматической этиологии), потемнение зуба, тупой звук

при перкуссии зуба, периодонтит, подвижность зуба, атрофия костной ткани пародонта, гингивит, периодонтальные абсцессы, повышенная чувствительность шеек зубов, клиновидные дефекты, парафункции (характерные стертые площадки), обнажение корня зуба с вестибулярной стороны на резцах, клыках и премолярах (рецессия десны — следствие повышенных боковых нагрузок на зубы), перфорация стенок корня зуба [3, 4].

5. Для чего проводится обрезание дуг на завершающих стадиях лечения?

На завершающих этапах лечения, когда корни всех зубов имеют правильное положение, можно обрезать основную дугу дистальнее брекетов на клыках с каждой стороны для установления плотных контактов между зубами верхней и нижней че-

люсти. Затем для предупреждения возникновения промежутков следует стянуть восьмиобразной связкой премоляры и моляры лигатурной проволокой и привязать к крючкам на дуге. С той же целью необходимо связать и передние зубы металлической проволокой или эластическими приспособлениями. Так как в боковом участке дуга отсутствует, для предупреждения ротаций следует назначать треугольные или ромбовидные межчелюстные эластические тяги более слабой силы.

Но все же нужно помнить, что при всей кажущейся легкости и эффективности, этот метод не обеспечивает полный контроль положения боковых зубов. Очень часто в таких случаях происходит экструзия в области вестибулярных бугорков антагонизирующих зубов, но небные и лингвальные бугорки остаются

вне контакта.

6. Всегда ли необходимо включать в лечение вторые моляры?

Присоединение вторых моляров на начальных стадиях лечения техникой прямой дуги принято считать нежелательным, так как это ведет к раскрытию прикуса и создает дополнительное трение. Исключением могут быть случаи класса II подкласса 2 с выраженным глубоким прикусом, когда дополнительное открытие прикуса может быть желательным.

На завершающих стадиях лечения необходимо оценить вторые моляры с точки зрения правильности их положения и функции. При необходимости следует присоединить их к дуге.

При использовании пассивной самолигирующей системы присоединение вторых моляров является обязательным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1986.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология. М. : Медицина, 2005.
3. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. М. : Медицина, 1994.
4. Окклюзия и клиническая практика / Под ред. И. Клинеберга, Р. Джагера: Пер. с англ. — М. : МЕДпресс-информ, 2006.