

Штефан А. В.

## ОЦЕНКА ОККЛЮЗИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ПРОВЕДЕНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Институт экологии и медицины, г. Киев

В последнее десятилетие особ актуальной становится роль окклюзии, что связано со значительным прогрессом в развитии рынка стоматологических технологий. Появление новых методов и методик по восстановлению и замещению утраченных зубов и зубных рядов диктует необходимость в более глубоком понимании окклюзии, функции периодонта и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Длительное функционирование выполненных ортопедических конструкций или реставраций возможно при достаточном количестве и правильном расположении окклюзионных контактов и адекватном взаиморасположении компонентов ВНЧС. Формирование физиологической окклюзии будет основой равномерного распределения функциональных и парафункциональных нагрузок.

К сожалению, в настоящее время стремление стоматологов к достижению высокого косметического результата зачастую приводит к менее внимательному отношению к окклюзии. Изготовление цельнокерамических и металлокерамических конструкций с окклюзионными несоответствиями зачастую приводит к частым поломкам зубных протезов и стираемости антагонизирующих с ними естественных зубов.

Результаты исследований 164 пациентов (109 женщин и 55 мужчин), жителей города Киева и Киевской области в возрасте от 16 до 73 лет, подтверждают, что длительное использование ортопедических конструкций мо-

жет быть достигнуто только при наличии баланса между межбугорковой позицией зубов (МБП) и мышечно-скелетным положением суставных головок в ямках. При нарастании несоответствия между составляющими ВНЧС и МБП повышается риск развития внутрисуставных нарушений.

Правильный контакт бугорков и фиссур зубов-антагонистов необходим для беспрепятственного движения нижней челюсти. Во время жевания контакты между направляющими поверхностями антагонистов помогают нижней челюсти занять необходимое положение в центральной окклюзии. Наличие окклюзионных препятствий затрудняет достижение правильной МБП, что перепрограммирует работу жевательной системы и может привести к развитию дисфункции ВНЧС. Данное состояние чаще возникает в тех случаях, когда ВНЧС и нейромышечная система не могут адаптироваться к изменениям прикуса при значительном или быстром изменении окклюзии.

Физиологическое распределение окклюзионной нагрузки, т. е. вдоль оси зуба, достигается при двух типах межбугорковых контактов антагонистов: контакт между противоположными скастами или между кончиком опорного бугорка и противоположной ямкой. Для достижения вышеуказанных окклюзионных контактов в МБП реставрации должны как можно более точно воспроизводить анатомию окклюзионных поверхностей с правильно сфор-

мированными бугорками, гребнями и бороздками.

Формирование нестабильной окклюзии вызывает развитие чрезмерной окклюзионной нагрузки как на передние, так и на жевательные зубы, приводя к частым сколам реставрации. Однако данное состояние после проведенного лечения не встречается довольно часто благодаря адаптационной способности зубов, пародонтальной связке, нейромышечной системе и височно-нижнечелюстному суставу. Поэтому при планировании реставрации необходим анализ моделей челюстей в артикуляторе, который даёт возможность воспроизводить трехмерную модель движений нижней челюсти относительно верхней с учетом индивидуальных особенностей пациента.

На этапе планирования реставрации принимается решение о конформативном или реорганизующем подходе в восстановлении целостности зубных рядов. При условии стабильности МБП и отсутствии у пациента гиперактивности жевательной мускулатуры, бруксизма, а также патологии ВНЧС протезирование проводят с использованием конформативного подхода (при восстановлении отдельных зубов и протезировании небольших дефектов зубных рядов). При этом исходное положение центральной окклюзии (ЦО) остается неизменным.

При необходимости проведения значительного объема ортопедического вмешательства,

при отсутствии одновременных контактов зубов-антагонистов (стираемость, подвижность, смещения зубов, дисфункция ВНЧС) показано использование реорганизирующего подхода с созданием совпадения ЦС с ЦО. Оклюзию в центральном соотношении используют в качестве маркера, так как такое положение относительно легко воспроизводимо и наиболее стабильно в течение продолжительного времени. Кроме того, в некоторых случаях совпадение контактов при ЦС и ЦО способствует устранению патологической симптоматики и достижению ремиссии у пациентов с дисфункцией ВНЧС, что

подтверждается нормализацией мышечной активности.

Таким образом, проведенный анализ влияния окклюзии на состояние жевательного аппарата при планировании и проведении восстановительной терапии позволяет сформулировать следующие клинические выводы:

1. чрезмерная окклюзионная нагрузка может создавать травматическую окклюзию и быть пусковым механизмом в развитии дисфункции ВНЧС;

2. для эффективного восстановления окклюзионной поверхности жевательных зубов предпочтительнее использование вкладок или коронок, нежели

композитных реставраций, так как воспроизвести полноценную окклюзионную поверхность возможно только с помощью артикулятора;

3. при протезировании незначительных по протяженности дефектов зубных рядов, когда оставшиеся зубы находятся в стабильном окклюзионном соотношении с антагонистами, показано использование конформативного подхода;

4. при замещении большого количества утраченных зубов или отсутствии стабильной окклюзии рекомендуется использование реорганизирующего подхода.