

МЕТОДИКА НОРМАЛІЗАЦІЇ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Тема статті є фрагментом комплексної ініціативної теми кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит» (державний реєстраційний №0110U000449).

Вступ. Як відомо, успіх у вирішенні проблем практичної стоматології в багатьох випадках залежить від глибини обізнаності біологічної сутності тих органів та систем, на які впливає патологічний процес. В більшості випадків при лікуванні пацієнтів з будь-якою патологією ми намагаємося відтворити так звану фізіологічну норму, яка існувала в тих органах чи системах до початку патологічних змін.

Патологічне стирання твердих тканин зубів відмічається приблизно у 8-14% пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікаря-стоматолога. Кількість їх може варіювати в залежності від умов проживання, віку, наявності супутньої патології, спадкової схильності до захворювання [3,6].

У той же час, особливості перебігу процесу, для цієї групи пацієнтів, досліджені недостатньо, тоді як потребують поглибленого вивчення для розробки методів ранньої діагностики і превентивного лікування. Найбільший науковий інтерес представляє генералізована форма захворювання, що характеризується прогресуючим перебігом, в більшості випадків, за умови інтактних зубних рядів. Беручи до уваги той факт, що порушення оклюзії є визначальною передумовою виникнення надмірного стирання зубів, у представленій роботі ми поставили за мету проаналізувати оклюзійні взаємовідносини при підвищеному стиранні твердих тканин зубів і запропонувати новітню методику визначення суперконтактів у пацієнтів цієї категорії з подальшим виготовленням спеціально розроблених кап для підвищення якості як діагностики так і лікування даної верстви населення [5,6].

Нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп є головним завданням в ортопедичній практиці. Незважаючи на кількість розробок із цього приводу, актуальність цього питання загострюється внаслідок підвищення вимог до рівня функціональності протезів та реставрацій, особливо при наявності патологічної стертості.

Сучасна оклюзійна реабілітація пацієнта вимагає вивчення та використання значної кількості оклюзійних детермінант. Найбільш важливими є положення змикання щелеп, яке повною мірою залежить від жувальних м'язів.

Підтримання щелепно-лицевої системи в умовах гармонії можливе за умов відповідності суглобових характеристик оклюзійним. Стартовим пунктом для аналізу рухів у скронево-нижньощелепних суглобах є положення центрального співвідношення щелеп. Визначення такого центру та точне перенесення його положення в артикулятор важливі для правильної діагностики і тим паче правильної розробки ортопедичної конструкції.

Мета дослідження. Розробити та апробувати методику визначення суперконтактів у пацієнтів з патологічною стертістю і запропонувати новий спосіб виготовлення капи для лікування та профілактики патологічної стертості зубів.

Об'єкт і методи дослідження. Нами проведено клінічне обстеження 35 пацієнтів із надмірною втратою емалі та дентину віком від 28 до 55 років. Пацієнти належали до дослідної групи, яким проводили лікування з приводу підвищеного стирання твердих тканин зубів. Дослідні були розподілені на 4 вікові групи, майже рівноцінні за статевою ознакою: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 років, при цьому жінки склали 52,3%, чоловіки – 47,7%. Для верифікації характеру стирання зубів (фізіологічне або патологічне) зіставляли вік хворого та інтенсивність ураження, використовуючи класифікацію Молдованова А. Г. (1992). Клінічні спостереження дозволили нам визначити суттєві розбіжності в плані лікування хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів у залежності від стану ротової порожнини, тому для класифікації патологічної стертості ми використовували класифікацію патології Бушан М.Г., (1979), звертаючи увагу на додаткові клінічні прояви хвороби в порожнині рота, які доповнені Баля Г.М., (2008) [2]:

1. Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів зі збереженою безперервністю зубних рядів:

без ознак вторинної зубощелепної деформації;
з ознаками вторинної зубощелепної деформації.

2. Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів з порушенням безперервності зубних рядів.

3. Генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів з порушенням безперервності зубних рядів і зубощелепними деформаціями різного ступеня та форми.

Дослідження передбачало аналіз зубних контактів з визначенням типу змикання зубів, який вивчали за допомогою запропонованої нами методики. При діагностиці і адекватному виборі лікувальних заходів при патологічній стерті зубів одним із методів діагностики є оклюзографія, за допомогою якої вивчають контакти між зубами при центральній, передній та бічних оклюзіях [1]. З цією метою в клініці ортопедичної стоматології використовується методика Т.В. Нікітіної (1982) [4]. Залежно від характеру оклюзійних порушень оклюзограма може бути фронтального, дистального або змішаного типу. Воскові пластинки можуть зберігатися деякий час та слугувати критерієм якості подальшого ортопедичного чи терапевтичного лікування в динаміці, пов'язаного із зміною оклюзійних взаємовідносин.

Але оцінюючи цей спосіб необхідно зазначити деякі його недоліки. цього способу:

1. Під час проведення дослідження віск деформується.
2. Під час проведення дослідження, інколи, пацієнти не досить чітко фіксують положення центральної оклюзії.
3. Отримані дані не досить чітко можна оцінити в динаміці.

При проведенні даної методики визначення суперконтактів необхідно пам'ятати про артикуляційні взаємовідносини, при яких первинний оклюзійний контакт на поверхні зубів, що має назву "заднє контактне положення" (контактна позиція центрального співвідношення щелеп, референс-контактне положення) з'являється на жувальних поверхнях молярів при русі щелепи уперед та вгору до положення центральної оклюзії. У сучасній літературі є повідомлення про те, що таке контактне положення зустрічається на премолярах, буває несиметричним та поодиноким. Безумовно, розташування першого контакту змикання щелеп впливає на функціонуючі ланки зубо-щелепної системи і вивчення цих питань є актуальним. За рахунок товщини воскової пластинки саме бічні ділянки мають першочергові контакти при восковому методі визначення суперконтактів. Тому ми пропонуємо для визначення суперконтактів використовувати метод, який включає виготовлення капи на зуби верхньої щелепи, використання її протягом однієї ночі з наступним фотографуванням для діагностики, лікування та порівняння їх в динаміці процесу лікування.

Капу виготовляють із однієї кольорової фольги зі спеціальним покриттям «Bruh checker». Спосіб виготовлення: за допомогою альгінатного відбиткового матеріалу знімають відбиток з нижньої

щелепи. На робочій моделі нижньої щелепи методом моделювання під тиском виготовляється тонка капа з односторонньої кольорової фольги зі спеціальним покриттям, при цьому поверхня фольги, яка має покриття має бути обернена до антагоністів. Фольга, яка зорієнтована на моделі обтискається по ній в апараті BIOSTAR. Модель має бути сухою, ізоляцію зубів проводити не потрібно (рис. 1, 2).

Після виготовлення і інструктажу пацієнта капа повинна ввестись у порожнину рота і щільно вдітись на зубний ряд нижньої щелепи.



Рис. 1. Загальний вигляд капи для визначення суперконтактів при патологічній стерті.



Рис. 2 Загальний вигляд капи в порожнині рота.

Пацієнт повинен знаходитись з капою в порожнині рота на протязі ночі. Наступного дня пацієнт приносить капу лікарю-стоматологу. В залежності від зтертих поверхонь на капі, які втратили захисне покриття можна визначити латеротрузію, медіотрузію і наявність суперконтактів. На капі чітко відображується малюнок суперконтактів, який є

можливість за фотографувати і застосовувати як в якості діагностики так і в лікувальних цілях для вибору ортопедичної конструкції і диспансерного нагляду за проведеними лікувальними заходами. Використання капи не змінює об'єм порожнини рота, що не впливає на положення язика та функціональні особливості жувальної мускулатури. Підвищені контакти чіткі і отримуються при різних оклюзійних положеннях нижньої щелепи (**рис.3**).

Після ретельного вивчення надмірних оклюзійних контактів ми пропонуємо, при лікуванні патологічної стертості зубів, з метою нормалізації



Рис. 3. Загальний вигляд капи на моделі з вираженими оклюзійними контактами.

діяльності жувальних м'язів та скронево-нижньощелепного суглоба використовувати пацієнтам спеціальну м'яку капу, яка ураховує надмірні контакти, які індивідуально відобразились на капі оклюзійній. З цією метою на моделі позначаються місця підвищених контактів, які вподальшому необхідно розвантажити (**рис.4**).

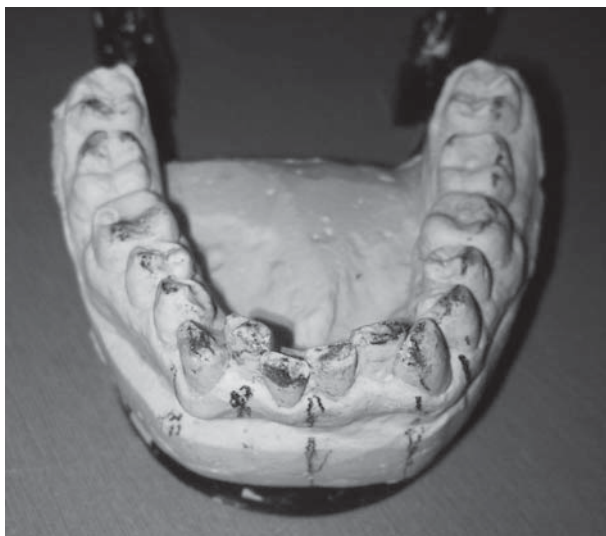


Рис. 4. Місця підвищених суперконтактів на моделі.

Після визначення і нанесення суперконтактів на моделі виготовляється восковий оклюзійний базис, який розташовується на жувальній поверхні зубів верхньої щелепи. Лікар-ортопед повинен визначити конструктивний прикус (висоту центральної оклюзії, яка була у пацієнта до втрати твердих тканин зубів).

В залежності від відстані між зубами верхньої та нижньої щелеп, яке потрібно в лікувальних цілях, на жувальні поверхні зубів ми можемо використовувати 1,2 чи іншу кількість пластинок із яких виготовляються капи. Спочатку моделі фіксуються в артикляторі в конструктивному прикусі, разом з оклюзійним базисом. Потім на моделі верхньої та нижньої щелепи методом моделювання під тиском виготовляються капи, які вкривають вестибулярну поверхню альвеолярного відростка, фронтальні та бічні зуби і щільно до них прилягають. Ми можемо збільшувати товщину капи у місцях підвищеного навантаження, яке зафіксовано на наших моделях до необхідної нам. В більшості випадків для лікування дисфункційних розладів при патологічній стертості ми виготовляємо капу-моноблок, яка нормалізує як положення щелепи так я являється запобіжним заходом при лікуванні парафункцій (**рис.5**). Таким чином обмежується рух нижньої щелепи і знімається перенавантаження на опорні зуби (за рахунок того, що капа є досить еластичною), що в свою чергу позитивно відображається на стані жувальних м'язів. Капа досить легко припасовується за рахунок своєї еластичності, тому при встановленні її в порожнині рота не виникає жодних проблем.



Рис. 5. Капа-моноблок для лікування патологічної стертості.

При змінненні товщини капи по жувальній поверхні ми можемо змінювати проміжок між щелепами і доводити його, за потребою, до стану фізіологічного спокою. Капа віддається пацієнту, який повинен нею користуватися вночі не менш, як 3- 4 місяці для отримання позитивних результатів перед ортопедичним лікуванням або у комплексній терапії лікування підвищеної стертості зубів.

За результатами дослідження оклюзійних контактів з'ясовано, що у групі пацієнтів із підвищеним стиранням зубів які знаходились на лікуванні і яким виготовлялись капи для виявлення суперконтактів латеротрузійні контакти виявлено у $76,5 \pm 4,2\%$ випадків, медіотрузійні – $23,5 \pm 4,2\%$. Таким чином, при виготовленні кап з кольоровим маркуванням ми мали можливість зафіксувати найбільш контактуючі ділянки на оклюзійних поверхнях зубів, які виявлялися протягом якнайменше 5-6 годин. Отримані контакти в подальшому надають змогу ліквідувати підвищене навантаження шляхом перебудови міостатичного рефлексу, який ми змінювали шляхом виготовлення кап з урахуванням суперконтактів за методикою запропонованою нами. Виявлена тенденція до злиття фасеток стирання на внутрішніх схилах щічних горбів з їхніми вершинами на молярах верхньої щелепи, а також вершин щічних горбів нижніх молярів з їхніми зовнішніми схилами за умови одночасного значного збільшення площі фасеток стирання на внутрішніх схилах язикових горбів.

Вивчення оклюзійних контактів продемонструвало інформативність для прогнозування прогресуючої втрати твердих тканин зубів. Спостерігаються стоншення верхніх фронтальних зубів, укорочення нижніх. Анатомічна форма оклюзійної поверхні бічних зубів зберігається, але стирається практично повсюдно.

Висновки. Отже, згідно з отриманими даними особливості оклюзійних взаємовідношень здатні сприяти патологічному (надмірному) стиранню

зубів. З огляду на це діагностичне дослідження міжзубних контактів, яке передбачає визначення показань до оптимізації оклюзії, використання нашої методики дозволить запобігти розвитку або прогресуванню патологічного процесу. Відповідно, обов'язковою умовою відтворення повноцінної функціональної оклюзії при патологічному стиранні зубів має бути вивчення її попередньої імітації та моделювання реставрацій жувальних поверхонь в артикуляторах, необхідне для досягнення оклюзійної гармонії, що передбачає створення не тільки стабільних множинних центричних контактів бокових зубів, а й протрузійної та латеротрузійної напрямних функцій. Проведені дослідження також свідчать, що визначення контактів центрального співвідношення щелеп та напрямків зміщення нижньої щелепи може бути важливою характеристикою в плануванні обсягу ортопедичного лікування пацієнтів. Ковзання нижньої щелепи від контакту центрального співвідношення щелеп у положення звичної оклюзії характеризується послідовним змиканням зубів, що направляються притертими фасетками стирання [1]. Отже, цей факт бажано було би враховувати в плануванні та вибіркового пришліфовуванні зубів. Капа, яка виготовляється за виявленими гіперконтактами може використовуватися в профілактичних і лікувальних цілях пацієнтів з підвищеною стертістю зубів.

Список літератури

1. Алексеев, В.А. Патологическое стирание зубов / В.А. Алексеев, А.М.Брозголь. - М.: Медицина, 1970. - 88с.
2. Баля Г.Н. Классификация форм генерализованного патологического стирания твердых тканей зубов / Г.Н. Баля // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, Вип. 3(23). – С.121-123.
3. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / Біда В.І. – К.:ВАТ «Видавництво «Київська правда», 2002. - 96 с.
4. Каламкаров, Х.А. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава /Х.А. Каламкаров, Р.И. Куликов // Стоматология.-1991.-№2.-С.57-59.
5. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов / Каламкаров Х.А. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 176 с.
6. Фастовець О.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного лікування патологічного стирання зубів: автореф. дис. ...д. мед. наук: 14.01.22 / Олена Олександрівна Фастовець – К., 2008. – 35с.

УДК 616.314-001.4 -084-08

МЕТОДИКА НОРМАЛІЗАЦІЇ ОККЛЮЗИОННИХ ВЗАИМОТНОШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧЕСЬКОЇ СТИРАЄМОСТІ ЗУБІВ

Ткаченко І.М.

Резюме. В работе представлены результаты изучения окклюзионных контактов при патологической стираемости твердых тканей зубов. Описана новая методика определения суперконтактов при повышенной истираемости зубов и бруксизме. Установлено, что применение новой методики с использованием односторонней окрашенной фольги для изготовления кап дает более точные результаты при установлении суперконтактов. Изучение точек повышенного контакта даст, в последующем, возможность проводить лечебные и профилактические мероприятия с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений при лечении и профилактике повышенной истираемости.

Ключевые слова: патологическое стирание зубов, методика определения суперконтактов при патологической стираемости.

УДК 616.314-001.4 -084-08

МЕТОДИКА НОРМАЛІЗАЦІЇ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМВІДНОШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ

Ткаченко І.М.

Резюме. У роботі представлені результати вивчення оклюзійних контактів при патологічній стертості твердих тканин зубів. Описана нова методика визначення суперконтактів при підвищеній стертості зубів і бруксизмі. Встановлено, що застосування нової методики з використанням односторонньої пофарбованої фольги для виготовлення кап дає більш точні результати при встановленні суперконтактів. Вивчення точок підвищеного контакту дає, в подальшому, можливість проводити лікувальні та профілактичні заходи з метою нормалізації оклюзійних взаємовідношень при лікуванні та профілактиці підвищеної стертості зубів.

Ключові слова: патологічне стирання зубів, методика визначення суперконтактів при патологічній стертості.

UDC 616.314-001.4 -084-08

Normalization Method For Pathological Occlusal Relationships Of Abrasion

Tkachenko I.M.

Summary. The results of the study of occlusal contacts in pathological abrasion of hard tooth tissues. We describe a new method for determining superkontaktov elevated abrasion of teeth and bruxism. Found that the use of new techniques with the use of one-sided colored foil for the manufacture of caps gives more accurate results when setting superkontaktov. The study points increased contact will, in future, to conduct therapeutic and preventive measures in order to normalize relations with occlusion in the treatment and prevention of high abrasion.

Key words: pathological abrasion of teeth, the method of determining superkontaktov in pathological abrasion.

Стаття надійшла 30.06.2011 р.