

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**ВДНЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)**

Развитие современной стоматологии сопровождается появлением большого количества новых технологий и стоматологических материалов, что вполне отвечает эстетическим запросам пациентов. Применение композиционных материалов последних поколений дает возможность максимально точно формировать анатомическую форму зубов. Методики выполнения прямых реставраций при восстановлении окклюзионной поверхности зубов достаточно просты и выполнимы в условиях амбулаторного стоматологического приема. Однако полностью восстановить физиологические окклюзионные соотношения зубов при реставрации жевательных поверхностей прямым методом весьма сложно.

Лечение подобных нарушений сводится к устранению нависающих краев пломб, восстановлению контактных пунктов. Несмотря на это, после комплексного лечения локализованных воспалительных процессов в тканях пародонта, у большинства больных наблюдаются клинические и рентгенологические признаки воспаления. В ряде случаев отмечается развитие локализованного воспаления в тканях пародонта без видимых механических повреждений десневого края [12].

Аппарат прикрепления зуба (пародонт) состоит из цемента зуба, периодонта (связки), окружающей зуб альвеолярной кости и прилегающей к зубу десны. Основная функция пародонта заключается в фиксации зубов в лунке. Физиологическая нагрузка направлена вдоль оси зуба и не превышает адаптационную возможность тканей. Такая функциональная нагрузка вызывает и поддерживает процессы резорбции и восстановления в здоровом пародонте [14]. Ширина периодонтальной щели на различных уровнях корня неодинакова: 1) у устья зубной альвеолы она в среднем равняется 0,25 мм; 2) в пришеечной трети – 0. 2 мм; 3) в средней трети – 0. 1 мм; 4) в верхушечной трети – 0. 2мм., следовательно ее конфигурация напоминает песочные часы [13].

Под действие окклюзионной травмы происходят гистологические изменения в тканях пародонта: циркулярные нарушения; тромбоз сосудов пародонтальной связки; отек и гиалинизация коллагеновых волокон; воспалительная инфильтрация; ядерный пикноз в остеобластах, цементобластах и фибробластах; расширение сосудов (вазодилатация). Пародонтальная щель адаптируется к травме и становится более широкой (форма песочных часов) [10].

Травматическая окклюзия. В настоящее время для обозначения функциональной перегрузки пародонта зубов применяется термин «травматическая окклюзия». Впервые в 1917 году термин «травматическая окклюзия» употребил P. Stillman, который понимал ее как «условие, при котором повреждение

пародонта является результатом удара зубов при смыкании челюстей» [5]. P. R. Stillman в 1919 году выделял два вида травматической окклюзии – потенциальную и актуальную.

Под потенциальной травматической окклюзией P. R. Stillman понимал такое смыкание зубных рядов, при котором имеются условия для функциональной перегрузки зубов и развития деструктивных изменений в тканях пародонта, но самих этих изменений может еще не быть.

При актуальной травматической окклюзии уже имеют место патологические изменения в тканях пародонта [9].

В 1965, Irving Glickman для того что бы понять роль травматической окклюзии в заболеваниях пародонта предложил разделить пародонт на 2 зоны:

- Зона раздражения маргинальных и межзубных тканей, которые чувствительны к воспалениям, бляшкам.

- Зона периодонтальной связки, цемента и альвеолярной кости, которая вовлекается в процесс в тех ситуациях, когда маргинальное воспаление распространяется в альвеолярный гребень [18].

На сегодняшний день травматическую окклюзию разделяют на: первичную, вторичную и комбинированную.

Первичная травматическая окклюзия развивается на фоне непораженного (интактного) пародонта в результате действия чрезмерной по величине и/или по направлению окклюзионной нагрузки [2, 11].

Вторичная травматическая окклюзия или же «окклюзионная травма» – это травма, вызванная чрезмерным или преждевременным воздействием окклюзионных сил на воспаленные ткани пародонта. Еще в 1960-х годах Glickman и Smulow сформулировали гипотезу о том, что преждевременные контакты и чрезмерная окклюзионная нагрузка могут быть факторами, участвующими в развитии заболеваний пародонта, так как это способствует распространению воспаления в более глубокие пародонтальные структуры [7].

Возникновение комбинированной травматической окклюзии обусловлено сочетанием этиологических факторов, характерных для первичной и вторичной травматической окклюзии.

Силы, действующие при этом на пародонт могут быть двух видов: воздействовать в одном направлении (ортодонтические силы) могут вызывать наклоняющее, корпусное, вколачивающее и выталкивающее воздействие, или в разных направлениях (раскачивающие силы) действующие попеременно в щечно-язычном или мезио-дистальном направлении, что при нарушении адаптационных процессов в пародонте приводит к подвижности зуба [6].

Причины и клиническая картина. Причины супраконтатов весьма разнообразны. К ним можно отнести зубочелюстные аномалии, особенно глубокое резцовое перекрытие и глубокий прикус, дефекты и деформации зубных рядов, гиперфункцию жевательных мышц, первичные заболевания суставов, вредные привычки (например, одностороннее жевание), смещенные зубы, неправильное оформление жевательной поверхности при протезировании, протезировании и ортодонтическом лечении, различные формы бруксизма и других форм стресса, снижение межальвеолярной высоты. Особую роль играют в формировании постоянного прикуса первые моляры, которые не случайно называют «ключом окклюзии». Однако, в результате раннего поражения кариесом эти зубы изменяют свою анатомическую форму, уменьшается их клиническая коронка, изменяются взаимоотношения с антагонистами, что в последующем при отсутствии коррекции, может быть причиной деформаций и окклюзионных нарушений. Клинически в месте расположения супраконтата могут обнаруживаться трещины эмали в результате хронической микротравмы, кариозное разрушение или стирание дентина, пульпит травматической этиологии, потемнение зуба, тупой перкуторный звук, периодонтит, гингивит, атрофия костной ткани лунки, гиперестезия шеек зубов, клиновидные дефекты, ретракция десны вследствие повышенных боковых нагрузок [1]. Самый главный признак ее клинический признак – увеличение подвижности зубов, развивающийся в 2 фазы. Для начальной (первой) фазы характерны резорбция альвеолярной кости, увеличение ширины периодонтальной щели и уменьшение количества периодонтальных волокон. Вторая фаза объединяет посттравматические репаративные (восстановительные) и адаптационные процессы [3].

Цели окклюзионной диагностики:

- Определение исходных данных, по отношению к которым можно будет судить о произошедших изменениях.
- Выявление любых признаков или любых симптомов окклюзионной патологии
- Принятие решения о выборе между конформативным и реорганизирующим подходом реставрационной терапии [16].

Методы выявления суперконтактов и используемые материалы. Существуют различные методы выявления суперконтактов. Простейшие из них: визуальный контроль, использование восковых окклюзиограмм (от слова окклюзия)

и артикуляционной бумаги, фольги, шелка. Окклюзионный анализ моделей в артикуляторе может быть успешно осуществлен при следующих условиях:

При наличии точных слепков и моделей челюстей;

При использовании лицевой дуги;

При определении центрального соотношения челюстей посредством прикусных блоков или устройств (например, с помощью функциографа) [15].

Рентгенологический метод исследования показывает нам расширение периодонтальной щели, изменения в кортикальном слое, уровень межкорневой кости, рисунок кости, резорбцию и степень поглощения рентгеновских лучей в периапикальной области. [4]

Лечение. Основными ортопедическими методами профилактики и устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта являются:

- 1) избирательное пришлифовывание зубов;
- 2) ортодонтическое исправление деформации зубных рядов (веерообразного расхождения передних зубов);
- 3) шинирование зубов;
- 4) протезирование полости рта [8, 3].

Лечение следует начинать одновременно с терапевтическим, но после того, как будут проведены предварительные санационные процедуры, которые включают: удаление зубных отложений, пломбирование зубов, пораженных кариесом, удаление разрушенных зубов и корней, купирование воспалительного процесса в пародонте [17]. Избирательное пришлифовывание зубов проводится для выравнивания окклюзионных поверхностей зубных рядов при образовании преждевременных контактов или блокады движений нижней челюсти, которые, как правило, имеют место при генерализованном заболевании пародонта. Выравнивание окклюзионных поверхностей осуществляется путём избирательного пришлифовывания режущих краев и бугорков зубов. Существуют различные способы пришлифовывания зубов, но наиболее популярны методы Дженкельсона и Шуллера. По этой методике коррекцию окклюзии проводят как в задней, так и в центральной, передней и боковых окклюзиях [8].

Даже в здоровой полости рта, без воспалительных процессов травматическая окклюзия может привести к расшатыванию здоровых зубов, расширению периодонтальной щели и их потери. При обнаружении этих признаков следует немедленно обратиться к своему лечащему стоматологу, что бы он произвел анализ и коррекцию окклюзии.

Список литературы

1. Аболмасов Н. Н. Избирательная пришлифовка зубов / Н. Н. Аболмасов. – Смоленск, Изд-во «Смоленская государственная медицинская академия», 2004. – 352 с.
2. Аболмасов Н. Г. Ортопедическая стоматология / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А., Бычков А. Аль-Хаким. – М.: МЕДпресс-информ., 2003. – 496 с.
3. Артюшкевич А. С. Заболевания пародонта / А. С. Артюшкевич, С. В. Латышева, С. А. Наумович, Е. К. Трофимова. – М.: Мед. лит., 2006. – 328 с.
4. Гросс М. Д. Нормализация окклюзии. Пер. с англ. / М. Д. Гросс, Дж. Д. Мэтьюс. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
5. Жулев Е. Н. Несъемные протезы: Теория, клиника и лабораторная техника / Е. Н. Жулев. – Н. Новгород: Изд-во НГМД, 1995. – 365 с.

6. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология / А. К. Иорданишвили. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.
7. Оклюзия и клиническая практика / [Под ред. И. Клинеберга, Р. Джагера; Пер. с англ.; Под общ. ред. М. М. Антоника]. 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 200 с.
8. Орехова Л. Ю. Заболевания пародонта / Л. Ю. Орехова. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
9. Писаревский Ю. Л. Ортопедические методы диагностики и ортопедического лечения заболеваний пародонта: Учебное пособие / Ю. Л. Писаревский, М. А. Белоусова, Г. Г. Белоусова, А. Г. Шаповалов. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2007. – 118 с.
10. Ратайшак. Коррекция окклюзии. Избирательное сошлифовывание / Ратайшак. – М.: Азбука, 2004. – 16 с.
11. Рожко М. М. Ортопедична стоматологія / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
12. Соснина Ю. С. Влияние окклюзионных факторов на формирование воспалительных локализованных процессов в тканях пародонта: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Ю. С. Соснина. – Санкт-Петербург, 2009. – 21 с.
13. Трезубов В. Н. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для медицинских вузов / [Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнёв Л. М.]. Под ред. проф. В. Н. Трезубова. – С. Пб.: СпецЛит, 2001. – 480 с.
14. Хайман Смуkler. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов / Смуkler Хайман. – М.: Издательский дом «АЗБУКА», 2006. – 150 с.
15. Хватова В. А. Клиническая гнатология / В. А. Хватова. – М.: Медицина, 2005. – 296 с.
16. Ховат А. П. Оклюзия и патология окклюзии. Цветной атлас / А. П. Ховат, Н. Джей Капп, Н. В. Джей Баррет. – М.: Азбука, 2005. – 233 с.
17. Цепов Л. М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Е. А. Михеева – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с. (3-е изд., испр. и доп.).
18. Peter Heasman. Master Dentistry – Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. Volume 2, 1 edition / Peter Heasman. – Churchill Livingstone, 2003. – 215 p.

УДК 616.716.-007.272

ТРАВМАТИЧНА ОКЛЮЗІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Новіков В. М., Московец Д. В.

Резюме. Проведення прямих реставрацій зубів в порожнині рота може супроводжуватися травмуванням ясенного краю. Лікування подібних порушень зводиться до усунення нависаючих країв пломб, відновленню контактних пунктів. Уряді випадків відзначається розвиток локалізованого запалення в тканинах пародонту без видимих механічних пошкоджень ясенного краю. Існують різні методи виявлення суперконтактів: візуальний контроль, використання воскових окклюдіограмм (від слова оклюзія) і артикуляційного паперу, фольги, шовку, окклюдійний аналіз моделей в артикуляторі. Основними ортопедичними методами профілактики та усунення або послаблення функціональної перевантаженія пародонту є: виборче пришліфування зубів; ортодонтичне виправлення деформації зубних рядів, шинування зубів; протезування порожнини рота.

Ключові слова: травматична оклюзія, виборче пришліфування, пародонт.

УДК 616.716.-007.272

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Новиков В. М., Московец Д. В.

Резюме. Проведение прямых реставраций зубов в полости рта может сопровождаться травмированием десневого края. Лечение подобных нарушений сводится к устранению нависающих краев пломб, восстановлению контактных пунктов. В ряде случаев отмечается развитие локализованного воспаления в тканях пародонта без видимых механических повреждений десневого края. Существуют различные методы выявления суперконтактов: визуальный контроль, использование восковых окклюдіограмм (от слова окклюзия) и артикуляционной бумаги, фольги, шелка, окклюдіонный анализ моделей в артикуляторе. Основными ортопедическими методами профилактики и устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта являются: избирательное шлифование зубов; ортодонтическое исправление деформации зубных рядов; шинирование зубов; протезирование полости рта.

Ключевые слова: травматическая окклюзия, избирательное шлифование, пародонт.

UDC 616.716.-007.272

Traumatic Occlusion in the Practice of a Dentist

Novikov V. M., Moskovets D. V.

Summary. Holding of direct restorations of the teeth in the oral cavity may be accompanied by trauma of the gingival margin. Treatment of such disturbances is to remove the overhanging edges of fillings, restoring contact points. In some cases there is the development of a localized inflammation in the periodontal tissues with no visible physical damage of the gingival margin. There are various methods of identification of supercontacts phenomenon: visual inspection, the use of wax occlusiogram (from the word occlusion) and articulating paper, foil, silk. Occlusal analysis of the models in the articulator. Major orthopedic methods of preventing and eliminating or reducing periodontal functional overload are: selective adjustment of teeth; orthodontic correction of deformation of dentitions; splinting of teeth; oral prosthetics.

Key words: traumatic occlusion, selective adjustment, periodont.

Стаття надійшла 25.10.2012 р.

Рецензент – проф. Дворник В. М.