



УДК 616.34-089.28+616.724

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ВНЧС

Украинская
медицинская
стоматологическая
академия,
г. Полтава

В. М. Новиков

Окклюзионные нарушения в зубочелюстной системе могут являться как причиной, так и

отягчающим факторами при целом комплексе стоматологических заболеваний, и в первую очередь болезней пародонта. Необходимость нормализации окклюзии зубов при лечении патологии пародонта обоснована в работах Е. В. Боровского (1987), Х. А. Каламкарова (1989), А. Д. Шварца (1994) и др. [1].

Однако, в специальной литературе мало уделено внимания практическим рекомендациям по диагностике и устранению окклюзионных нарушений при дисфункциональных состояниях в ВНЧС.

Показаниями для окклюзионного шлифования зубов являются:

- 1) повышенный тонус жевательной мускулатуры (бруксизм);
- 2) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
- 3) нарушение окклюзионного равновесия на фоне интактного пародонта (например, веерообразное выдвигание резцов);
- 4) обнажение шеек, корней отдельных зубов на фоне воспалительных явлений в пародонте.

Цель данной работы состоит в проверке методики избирательного шлифования зубов при дисфункциях ВНЧС.

Объект и методы исследования. Для исследования нами были отобраны пациенты только с интактными или восстановленными зубными рядами и предъявляющие жалобы на состояние ВНЧС. Наличие зубов мудрости не учитывалось. В исследование также не были включены пациенты с заболеваниями пародонта или со значительной потерей высоты прикуса (например, патологическим стиранием II и более степени).

Для выявления преждевременных окклюзионных контактов использовались пластины бюгельного воска, которым придавалась форма оттисковой ложки. Пластина размещалась на нижнем зубном ряду, и большой смыкал челюсти в центральном соотношении. Восковый оттиск просматривали в проходящем свете, определяя участки наиболее выраженного продавливания воска. Выявленные участки преждевременных контактов маркировались при помощи копировальной или артикуляционной бумаги.

Одним из важных звеньев цепи артикуляционных движений является дистальное (ретрузивное) положение нижней челюсти. В специальной литературе дистальное положение нижней челюсти обозначают тремя латинскими буквами RKP, что означает «ретрокусидальная позиция». Центральная окклюзия сокращенно обозначается IKP («интеркусидальная позиция»). По данным А. Motsch (1972) [2], перемеще-

ние нижней челюсти из положения центральной окклюзии (ИКР) в дистальное положение (РКР) занимает приблизительно 0,3-2 мм, а из РКР в боковые окклюзии – до 4 мм. Благодаря такому относительно большому размаху движений нижней челюсти пищевой комок хорошо измельчается перед актом глотания в РКР. Режущие поверхности передних и бугорки боковых зубов нижней челюсти при этих жевательных движениях описывают замкнутую кривую, напоминающую по форме ромб. Центральная окклюзия находится внутри этого ромбовидного пространства и является исходной для всех жевательных движений.

По нашему мнению, наиболее правильной и удобной является классификация окклюзионных поверхностей по Jankelson (1955) [3]. Окклюзионная поверхность скатов зубных бугров согласно этой классификации делится на определенные части, обозначенные классами I, II, III, а соответствующие антагонизирующей поверхности зубов противоположной челюсти - Ia, IIa, IIIa (так же обозначаются и супраконтакты, которые обнаруживаются на зубах):

Класс I – вестибулярные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров и вестибулярная поверхность передних нижних зубов;

Класс Ia – оральные скаты щечных бугров верхних моляров и премоляров и оральная поверхность передних верхних зубов;

Класс II – оральные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров;

Класс IIa – вестибулярные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров;

Класс III – вестибулярные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров;

Класс IIIa – оральные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров.

Перед избирательным шлифованием зубов проводился анализ диагностических моделей челюстей, обязательный рентгенологический контроль ВНЧС.

Техника функционального окклюзионного шлифования по Джанкельсону, на наш взгляд, является и наиболее щадящей для тканей зубов. Вмешательство осуществлялось на ограниченных участках поверхности эмали, при этом сохранялись верхушки бугров, что способствовало сохранению высоты прикуса. Преждевременные контакты устранялись в центральной (привычной) окклюзии и в дистальной окклюзии. Защитные бугры – щечные верхние и язычные нижние – сохраняют, т. к. первые защищают слизистую оболочку щеки, вторые – язык от попадания между зубами. Сошлифовывались скаты бугров, нестерпящие участки зубов, углублялись фиссуры, заглаживались острые края.

Избирательное шлифование проводят в 3-4-5 посещений, через неделю. После каждой процедуры следует полировать отработанные участки, наносить

защитные (фтористые) лаки. По окончании курса лечения проводилась повторная окклюзография. Восковые пластинки сравнивали между собой. При необходимости выполнялась контрольная рентгенография ВНЧС.

Результаты исследования. В результате проведенной окклюзионной коррекции у всех наших пациентов уменьшились или исчезли жалобы на боли, хруст, щелчки в области ВНЧС.

Выводы. Таким образом, тщательно проведенное избирательное шлифование окклюзионных поверхностей зубов позволяет:

- 1) устранить суперконтакты;
- 2) создать стабильную, устойчивую центральную окклюзию;
- 3) восстановить функциональную окклюзию после проведенного ортопедического или ортодонтического лечения;
- 4) снять травмы твердых тканей зубов и пульпы;
- 5) снять патологическую активность жевательных мышц;
- 6) устранить травматические перегрузки в пародонте;
- 7) при сошлифовывании окклюзионной поверхности искусственных протезов создать множественные двухсторонние контакты при всех видах окклюзии (для стабилизации протезов), сохраняя при этом бугровое перекрытие боковых зубов (для предупреждения прикусывания слизистой оболочки щек) [4].

Литература

1. Золотарева Ю. Б. Избирательное шлифование зубов при лечении болезней пародонта. //Стоматология №2.-1999.- С.36.
2. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов.- М.: Медицина,1994 – С.175.
3. Бушан М. Г. Ошибки и осложнения при зубном протезировании и их профилактика. - Кишинэу, 2000. - С. 197 – 247.
4. Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. - Н. Новгород, 1996. - С. 163 – 172.

Стаття надійшла
01.11.2002 р.

Резюме

У спеціальній літературі мало приділено уваги практичним рекомендаціям щодо діагностики й усунення оклюзійних порушень при дисфункційних станах СНЩС. Метою даної роботи є перевірка методики вибіркового пришлифовування при дисфункційних станах СНЩС. Ретельно проведено вибіркоче пришлифовування оклюзійних поверхонь зубів є невід'ємною частиною лікування пацієнтів із дисфункційними станами СНЩС.

Summary

Little attention is devoted to the problem of practical recommendations of diagnostics and avoiding of occlusal distroyes of disfunctional states of TMJ in special literature. The goal of this work is a check of methodics of choosing grind of tooth under disfunctional states of TMJ. Careful choosing grind of tooth - is an inseparable part of treatment of patients with disfunctional states of TMJ.