

ЗНАЧЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА. ЧАСТЬ 1: ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ

Статья посвящена одной из актуальных проблем стоматологии – комплексному лечению заболеваний тканей периодонта и значению ортопедической терапии в этом комплексе мероприятий. В данной статье рассматриваются этиологические и патогенетические механизмы развития заболеваний периодонта, классификации, а также роль и значение ортодонтического лечения и избирательного шлифования при этой патологии.

Ключевые слова: периодонт, ортопедическая терапия, комплексное лечение, ортодонтическое лечение, избирательное шлифование зубов

Заболевания периодонта относятся к числу наиболее распространенных у людей всех возрастных групп. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, показали, что болезни периодонта в стоматологической патологии являются самыми распространенными, встречаются в разных группах населения и с возрастом прогрессируют.

Распространенность гингивита возрастает, начиная приблизительно с 5 лет, достигает пика в период полового созревания и остаётся высокой на протяжении всей жизни. К 40 годам болезни периодонта различной степени тяжести поражают 100 % населения. Периодонтит, по данным ВОЗ, является самой частой причиной потери зубов [1,2].

Для более четкой статистической оценки распространенности болезней периодонта в последние годы во многих странах мира используют рекомендации ВОЗ, предусматривающие учет системной групповой выборки по критериям индекса CRITN. Результаты таких работ в ряде стран СНГ показали, что болезни периодонта охватывают 99,8-100% взрослого населения с предшествующей этому тенденцией возрастного увеличения, распространенности и интенсивности. Вопросы профилактики и лечения данной болезни разработаны недостаточно. Совершенствование их представляет сложную задачу для врачей-стоматологов.

Несмотря на разнообразие причин, вызывающих заболевания периодонта, во всех случаях на определенном этапе развития болезни имеют место функциональная перегрузка опорного аппарата, травматическая артикуляция и подвижность зубов [4].

В ортопедической стоматологии разработаны специальные методы лечения болезней тканей периодонта: 1) избирательное шлифование; 2) ортодонтическое лечение; 3) временное шинирование; 4) применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов; 5) непосредственное протезирование и шинирование.

С помощью ортопедических методов и шинирующих аппаратов устраняются патологическая подвижность зубов, травмирующее действие жевательного давления, нормализуются окклюзионные соотношения. Все это способствует ликвидации воспалительных явлений, улучшению кровообращения и трофики тканей. Таким образом, данные методы можно отнести к методам функциональной терапии.

Настоящая проблемная статья посвящена двум методам: 1) нормализация окклюзионных взаимоотношений ортодонтическим лечением аномалий зубочелюстной системы и вторичных деформаций; 2) выравнивание окклюзионной поверхности шлифованием зубов.

Выбор способа лечения зависит от выявленной в результате исследования патологии. Во всех случаях начинается лечение с санации полости рта и коррекции имеющихся пломб, коронок, зубных протезов.

План ортодонтического лечения и конструкция аппарата составляются с учетом формы аномалии прикуса или вторичной деформации, а также степени поражения периодонта и дефектов зубных рядов [3].

Ортодонтическое лечение проводится при отсутствии резко выраженных воспалительных явлений, при подвижности зубов, не превышающей I степени, и при резорбции лунки до 1/2. На рисунке 1 продемонстрирован пример применения мультибондинг-системы при комплексном эстетическом восстановлении фронтальной части верхнего зубного ряда.

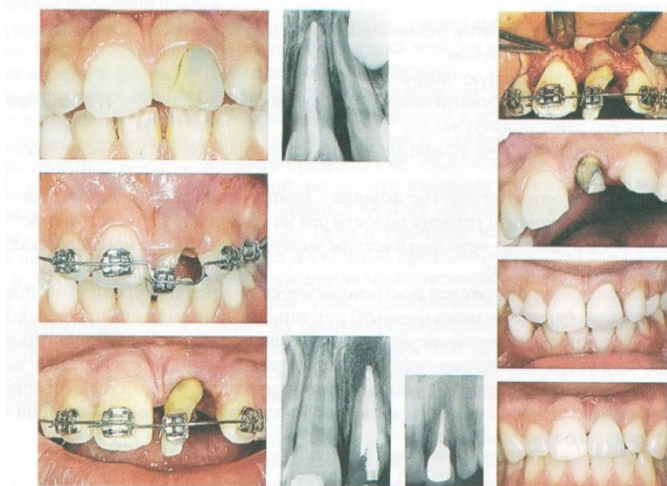


Рисунок 1 - Пример использования мультибондинг-системы в комплексном лечении пациента с патологией периодонта

Избирательное шлифование зубов необходимо при заболеваниях периодонта в случаях: 1) наличия аномалий прикуса и вторичных деформаций; 2) неравномерной стираемости твердых тканей зубов; 3) отсутствия физиологической стираемости бугров.

На кафедре ортопедической стоматологии УО БГМУ используется наиболее щадящая для тканей зуба **техника функционального окклюзионного шлифования по Дженкельсону** (таблица). Вмешательства осуществляются на ограниченных участках поверхностных структур эмали. При этом полностью сохраняется высота бугров для стабилизации высоты прикуса, реставрируется анатомическая форма зубов (при выраженной стираемости и уплощении их контура в области экватора) и устраняются преждевременные контакты в центральной (привычной), а также дистальной окклюзии (при максимальной ретрузии нижней челюсти), что способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологичной для опорных тканей и удобной для пациента форме.

Таблица 1- Методика функционального окклюзионного шлифования

Посещения	Класс преждевременных окклюзионных контактов	Окклюзия	Интервалы между сроками визита, дней
1-е	III	Дистальная	
2-е	I	Центральная	3—5
3-е	II	- " -	7—10
4-е	III	- " -	3
5-е	Контроль всех классов; полирование зубов	- " -	10—14

Пришлифовывание по Дженкельсону предполагает поэтапное вмешательство (5 посещений пациента) с периодичностью от 5 до 10-12 дней. При острой необходимости (предоперационный период) сроки между посещениями можно сократить на 3-7 дней, но произвольно менять последовательность вмешательств противопоказано.

Во время 1-го посещения выявляются и маркируются преждевременные контакты III класса в дистальной окклюзии (при максимальной ретрузии нижней челюсти). С этой целью пациента просят несколько раз сомкнуть и разомкнуть челюсти для снятия напряжения жевательной мускулатуры. На завершающем этапе нижняя челюсть фиксируется в дистальном положении («придерживая» подбородок до полного смыкания челюстей). При этом восковую пластинку с копировальной бумагой помещают на верхний зубной ряд. Преждевременные окклюзионные контакты выявляются в виде окрашенных щёчных скатов небных бугров верхних моляров и премоляров. При сохраненных фиссурно-бугорковых контактах, обеспечивающих правильное взаимоотношение зубов верхней и нижней челюстей, окрашиваются только верхушки бугров. Преждевременные контакты III класса корректируют с помощью алмазного бора конусовидной формы. Бор вводят в фиссуры жевательной поверхности зуба, медиальнее и дистальнее отмеченного преждевременного контакта, который легкими движениями бора (без надавливания) редуцируется. При этом контуры небного бугра заостряются и контакт переводится на его верхушку (Рисунок 2а).

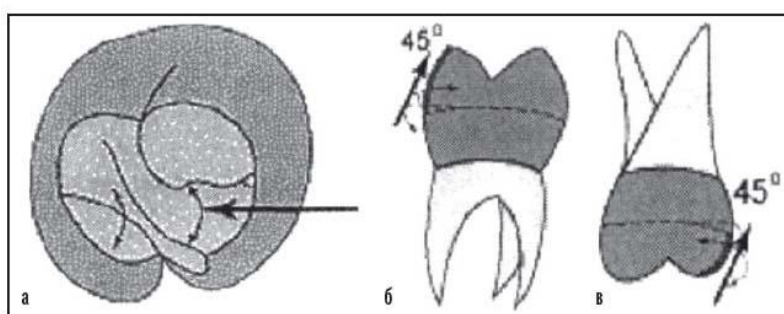


Рисунок 2 - Коррекция контактов (указана стрелкой): а — III класс на щёчной поверхности небных бугров верхних моляров; б — I класс на щёчной поверхности бугров нижних моляров; в — II класс на небной поверхности бугров верхних моляров

Коррекция осуществляется несколько раз и сопровождается повторными накусываниями восковой пластинки до полной ликвидации преждевременного контакта. В случае необходимости (если верхние жевательные зубы покрыты коронками) коррекцию контактов III класса можно производить на антагонизирующих участках нижних зубов, т.е. на язычной поверхности щечных бугров нижних моляров и премоляров. По окончании каждого сеанса обработанные зубы покрывают фторсодержащими препаратами с лаком или гелем (для предупреждения возможных осложнений). Следующий этап избирательного шлифования осуществляется через 3-5 дней, после адаптационного периода.

Во время 2-го посещения проверяются и корректируются результаты шлифования предыдущего этапа. Затем восковую пластинку с копировальной бумагой переносят на нижний зубной ряд, предварительно просушив его струей воздуха или ватными тампонами, иначе из-за влажной поверхности эмали не получатся четкие отпечатки преждевременных контактов. Пациент, проглотив слюну, смыкает челюсти в наиболее привычной для него окклюзии. На данном этапе избирательного шлифования устраняют преждевременные контакты I класса, локализующиеся на вестибулярной поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров, а также на вестибулярной поверхности коронок резцов и клыков.

Задача второго этапа - придание уплощенным вестибулярным поверхностям нижних моляров и премоляров сфероидальной формы: экватор коронки должен быть более выражен, а его диаметр в щёчно-язычном направлении должен быть больше диаметра жевательной поверхности коронки. Восстановление анатомической формы жевательных зубов способствует перемещению пищевого комка при жевании в область преддверия. При этом остатки пищи не заполняют периодонтальные карманы, но углубляют их. Коррекцию преждевременных контактов I класса начинают с углубления фиссуры на вестибулярной поверхности моляров. Алмазный бор помещают на 2-3 мм ниже преждевременного контакта под углом 45° к диаметру коронки, в области экватора. Движениями бора от фиссуры в медиальном и дистальном направлениях при постепенном перемещении в сторону верхушки бугра без нажима преждевременные контакты сглаживаются очень легко. При этом особенно важно сохранить окклюзионную высоту бугров, что контролируется точечным окрашиванием в области верхушки (Рисунок 2б).

Коррекцию центральной группы нижних зубов, резцов и клыков, начинают с выравнивания окклюзионной кривой, укорочения выдвинувшихся участков коронок резцов. На вестибулярной поверхности коронок преждевременные контакты сглаживают в медиодистальном направлении с сохранением выпуклой формы зубов. Движение направляют в сторону режущего края. При этом край зауживается, на нем устраняются участки повышенной стираемости (площадки). В результате разобщения центральной группы зубов нижние зубы будут стремиться занять прежнее положение за счет феномена Попова-Годона, окклюзионные силы перераспределяются вдоль вертикальной оси корня зуба, устраняется повышенная нагрузка на верхние передние зубы, что обуславливает их вестибулярное выдвижение и веерообразное расхождение. Значительные изменения привычных окклюзионных соотношений после второго этапа избирательного шлифования требуют более длительного периода адаптации, чем после предыдущего посещения. Поэтому третий этап шлифования целесообразно продлить до 10 дней.

В период 3-го посещения проверяют результаты избирательного шлифования второго этапа - преждевременные контакты I класса. После этого восковую пластинку с копировальной бумагой переносят на верхний зубной ряд и выявляют преждевременные окклюзионные контакты II класса, локализующиеся на небной поверхности небных бугров верхних моляров и премоляров. Шлифовывание проводится легкими сглаживающими движениями бора, расположенного под углом 45° к экватору коронки, в направлении от экватора к верхушке, высота которой остается неизменной. Контакты II класса выявляют в привычной окклюзии. По окончании шлифования зубы покрывают фторсодержащим лаком или гелем (рисунок 2в). Период адаптации пациента после третьего этапа шлифования завершается к 3-5-му дню.

Во время 4-го посещения проверяются окклюзионные контакты II класса в привычной окклюзии с использованием восковой пластины с копировальной бумагой. Затем врач переключает внимание на щечную поверхность небных бугров, где локализуются преждевременные контакты III класса. Их шлифование проводилось в первое посещение, но тогда преждевременные контакты выявляли и устраняли в дистальной окклюзии (при максимальном смещении нижней челюсти назад). На четвертом этапе контакты III класса выявляют в привычной (центральной) окклюзии. Преждевременные контакты на щечной поверхности небных бугров редуцируются точно так же, как в первое посещение.

На 5-е (контрольное) посещение пациенты приглашаются не ранее чем через 10-14 дней после 4-го посещения. За этот период происходит полная адаптация к новым окклюзионным взаимоотношениям и контактам, возникшим в результате проведенных манипуляций (рисунок 3). Проверку и регистрацию осуществляют с помощью восковых оттисков всех трех классов окклюзионных контактов в дистальной и привычной (центральной) окклюзиях. Восковые контрольные оттиски сравнивают с первичным, полученным до шлифования, и оставляют их в архиве.

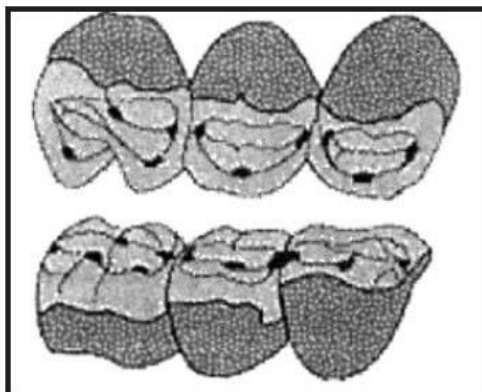


Рисунок 3 - Оптимальные контакты между опорными буграми и центральными ямками зубов-антагонистов в центрально окклюзии после шлифования

В следующее посещение сглаживают и полируют все шероховатые поверхности на буграх моляров и премоляров, на вестибулярной поверхности резцов и клыков. С этой целью используют полировочные наборы, состоящие из щеточек, керамических боров, резиновых колпачков. На заключительной стадии полирования целесообразно применять полировочные фторсодержащие пасты.

Наблюдение за пациентом осуществляют на протяжении полугода, так как в течение этого периода завершаются адаптационные процессы в височно-нижнечелюстных суставах, стабилизируются окклюзионные взаимоотношения. Контроль и коррекцию окклюзионных контактов необходимо провести после хирургических вмешательств и ортопедического лечения.

Окклюзионные взаимоотношения со временем меняются в связи со стираемостью зубов, пломб, с изнашиванием зубных протезов. Поэтому необходимо периодически контролировать появление преждевременных контактов, особенно у пациентов со средней и тяжелой степенью периодонтита, не реже одного раза в три года.

Таким образом, техника избирательного функционального шлифования зубов у пациентов с заболеваниями периодонта позволяет установить наиболее физиологичное щадящее окклюзионное взаимодействие, предотвратить появление перегрузки на отдельных участках периодонта, реставрировать стертые контуры зубов, придав им правильную анатомическую форму, и при этом сохранить нормальную высоту окклюзии.

Методику избирательного шлифования следует обязательно использовать при лечении заболеваний периодонта, поскольку это способствует скорейшей стабилизации воспалительного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.С.Артюшкевич Заболевания периодонта: Руководство для врачей-стоматологов. – М.: Мед.литература, 2006. – 328 с.
- 2 С.А. Наумович, А.С. Борунов, С.С. Наумович Ортопедическая стоматология: учебник. В 2 ч. Ч2. - Минск: Выш. шк., 2013. – 319 с.
- 3 С.А. Наумович Методы ортопедического лечения заболеваний периодонта: учеб.-метод. пособие. 3-е изд., доп. - Минск: БГМУ, 2017. – 128 с.

**ПЕРИОДОНТ ТІНДЕРІ АУРУЛАРЫН КОМПЛЕКСТІ ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ МАҢЫЗЫ.
1 БӨЛІМ: ОРТОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ТІСТЕРДІ ТАҢДАП ЕГЕУ**

Түйін: Мақала стоматологияның өзекті мәселелерінің бірі – периодонт тіні ауруларын кешенді емдеу және осы кешенді шаралардағы ортопедиялық терапияның маңыздылығына арналған. Бұл мақалада периодонт ауруларының этиологиялық және патогенетикалық даму механизмдері, жіктелуі, сонымен қатар осы патологияда ортодонтиялық емдеудің және тістерді таңдап егеу маңыздылығы қарастырылады.

Түйінді сөздер: периодонт, ортопедиялық терапия, кешенді емдеу, ортодонтиялық емдеу, тістерді таңдап егеу.

S.A. Naumovich, S.S. Naumovich, A.S. Borunov

Belarusian State Medical University, Department of Prosthetic Dentistry

**THE IMPORTANCE OF PROSTHODONTIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES.
PART 1: ORTHODONTIC TREATMENT AND OCCLUSAL ADJUSTMENT**

Resume: The article is devoted to one of the actual problems of dentistry - a complex treatment of periodontal tissue diseases and the importance of prosthodontic treatment in these comprehensive activities. This article discusses the etiology and pathogenetic mechanisms of development of periodontal diseases, classifications as well as the role and importance of orthodontic treatment and occlusal adjustment in this pathology.

Keywords: periodontium, prosthodontic treatment, complex treatment, orthodontic treatment, teeth occlusal adjustment.