

**“ВИЯВЛЕННЯ РОЛІ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН В
ПАТОГЕНЕЗІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА
РАННІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ”**

В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, П. П. Топка, Д. К. Гуца
Національний медичний Університет ім. О. О. Богомольця
Кафедра ортопедичної стоматології

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної стоматології є генералізований пародонтит. Це спричинено надзвичайною поширеністю данного захворювання. За даними досліджень, розповсюдженність генералізованого пародонтиту різного ступеню важкості сягає 98% у осіб, старше 40 років [1]. Така значна поширеність данного захворювання пов'язана, на нашу думку, з декількома факторами. Перш за все, це низький рівень профілактики данного захворювання. Також дуже велике значення в розвитку генералізованого пародонтиту має той факт, що ролі оклюзійних співвідношень приділяють недостатньо уваги, особливо на ранніх стадіях захворювання, коли ще немає чіткої клінічної картини та скарг зі сторони пацієнта [2].

Наші дослідження показали, що часто пацієнти навіть не здогадуються про наявність порушень оклюзії, які, як відомо,

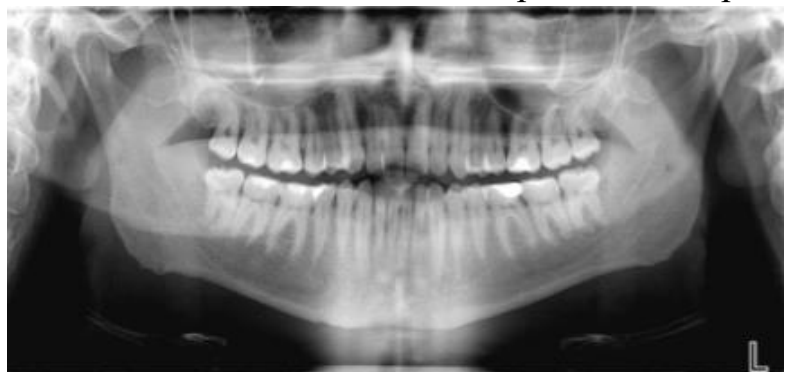


Рис. 1 Характерна ортопантомограма пацієнта на ранній стадії генералізованого пародонтиту з наявними порушеннями оклюзійних співвідношень.

відіграють роль “каталізатора” запального процесу. Дуже часто такі порушення виникають внаслідок реставрації оклюзійної поверхні зубів композитами, ортопедичними конструкціями, або внаслідок

ортодонтичних корекцій. Звичайно, порушення оклюзійного співвідношення між зубними рядами не є єдиним фактором в патогенезі генералізованого пародонтиту.

Генералізований пародонтит - поліетіологічне захворювання, де не може бути одного фактора, який має першостепенне значення. Для виникнення генералізованого пародонтиту необхідна сукупність певних факторів. Результати клінічних досліджень показують, що в патогенезі генералізованого пародонтиту ключову роль відіграють наступні фактори:

- стан і продукти обміну в зубній бляшці та зубному камені;
- ті фактори порожнини рота, що здатні посилювати чи ослаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів та продуктів обміну;
- загальні фактори, що регулюють метаболізм тканин ротової порожнини, від яких залежить реакція на патогенну дію [3, 4, 5].

Ми хотіли би зупинитися на місцевих факторах, що впливають на перебіг захворювання, а саме на оклюзійних порушеннях, в патогенезі генералізованого пародонтиту, особливо на ранніх стадіях захворювання, коли немає чіткої клінічної картини та скарг зі сторони пацієнта.

Оклюзійна травма, що виникає на тлі інтактних тканин пародонту називається первинною. Вона спричиняє порушення мікроциркуляторного кровообігу в парододонті, що призводить до ішемічних явищ в тканинах, що оточують зуб. Це, в свою чергу призводить до значного прискорення явищ резорбції в альвеолярному паростку, внаслідок чого відбувається збільшення рухливості зуба, зміщення його поза межі зубного ряду, з'являються неосьові навантаження тощо [6,7]. Стабілізація зубного ряду, з подальшим усуненням травматичного компоненту оклюзії дає змогу ліквідувати травматичний компонент, що, безперечно, дуже позитивно

відображається на тканинах пародонту. Проведення більш глибокої комплексної оцінки стану тканин пародонту у пацієнтів з генералізованим пародонтитом, особливо на ранніх стадіях процесу, та своєчасне виявлення порушень оклюзії, є одним із основних завдань нашої роботи. Розробка обґрунтованого і більш досконалого алгоритму діагностики оклюзійних співвідношень дозволить виявляти порушення оклюзії, що спричиняють оклюзійну травму, на ранніх стадіях захворювання та попереджувати виникнення нових супраконтактів. Стабілізація зубного ряду дозволить перерозподілити жувальний тиск на інші ділянки альвеолярного паростка, що, безсумнівно, дуже позитивно відобразиться на розвиток генералізованого пародонтиту. Удосконалення існуючих методик, з урахуванням отриманих даних, дозволить збільшити період ремісії та значно зменшить кількість ускладнень після реставрації оклюзійних поверхонь зубів.

Мета роботи – вивчити вплив оклюзійних співвідношень між зубними рядами на розвиток генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання.

Матеріали і методи досліджень.

Особливості міжоклюзійних взаємовідносин вивчались в порожнині рота, а також на діагностичних моделях, оклюзійні поверхні яких відливали з супергіпсу. По локалізації пришліфованих ділянок



Рис. 2 Артикулятор “WhipMix 2340”

встановлювали звичну сторону жування. На моделях оцінювали деформації зубних рядів та прикусу, вибирали метод оклюзійної корекції. Для підвищення інформативності і точності вивчення діагностичних моделей їх встановлювали в артикулятор “WhipMix 2340”, американської фірми “Whip Mix”, з

урахуванням індивідуальних рухів нижньої щелепи для кожного пацієнта [8, 9]. Для цього, кожному пацієнту знімалися анатомічні відбитки альгінатною масою “Tropicalgin” фірми Zhermack. В подальшому ці моделі гіпсувалися в артикулятор з допомогою лицьової дуги. Для переносу в артикулятор індивідуальних рухів використовувалися прикусні блоки з воску або оклюзійного силікону. Щоб виключити нейро-мускулярний компонент в оклюзійній травмі ми реєстрували біопотенціали жувальних м'язів за допомогою комп'ютерного електроміографа “REPORTER”, програмна версія 4,00, фірма Esaotebiomedika, Italy. В порожнині рота оклюзійні контакти вивчали з допомогою оклюдограм, виготовленими з пластинок базисного воску при змиканні зубних рядів в різних оклюзіях. Надлишок воску з вестибулярної сторони видаляли, для полегшення контролю за положенням нижньої щелепи. Спочатку вивчали оклюзійні контакти в центральній оклюзії та центральному співвідношенні, шлях зміщення нижньої щелепи з центрального співвідношення в центральну оклюзію, після цього - оклюзійні контакти в бокових та задній оклюзіях. На загіпсованих в артикулятор моделях вивчали особливості оклюзійних динамічних контактів між зубними рядами.

Результати досліджень та їх обговорення

Результати досліджень дозволили вибрати найбільш оптимальний спосіб ортопедичного лікування. Остеопороз та резорбція міжзубних перегородок діагностувалися з допомогою ортопантограм, при необхідності проводилась прицільна рентгенографія. Всього було обстежено 84 пацієнта з I та II ступенем генералізованого пародонтиту, у віці від 23 до 55 років. Пацієнти були поділені на дві групи, з урахування ступеню важкості генералізованого пародонтиту. Перша група, пародонтит I ступеню склали 54 особи, або 62.8%, друга група, з

II ступенем пародонтиту склали 32 особи, або 37,2%. На першій стадії генералізованого пародонтиту оклюзійні порушення були виявлені у 42 осіб, або у 77% , у 12 осіб, або 23% - не діагностувались. На другій стадії генералізованого пародонтиту порушення оклюзійних взаємовідносин були виявлені у 32 досліджуваних, або 100% випадків. При чому у 71% випадків I групи пацієнтів з порушеннями оклюзійних взаємовідносин ці порушення були присутні без клінічних проявів генералізованого пародонтиту. Рентгенологічно, у цієї групи пацієнтів, були виявлені ознаки ранньої стадії генералізованого пародонтиту, такі як розширення періодонтальної щілини та явища остеопорозу міжзубних перегородок в місцях порушення оклюзійних взаємовідносин.

Отримані нами данні дозволяють точно виявити вплив порушень оклюзії зубних рядів на перебіг генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях процесу. Можна з впевненістю сказати, що рання діагностика, з подальшим лікуванням травматичної оклюзії, що виникла внаслідок порушення оклюзійних взаємовідносин, дозволить запобігти, або стримати розвиток генералізованого пародонтиту, що в поєднанні з терапевтичними методами дозволить в значній мірі знизити кількість загострень та ускладнень перебігу захворювання, збільшить час ремісії. Врахування індивідуальних артикуляційних рухів при проведенні реставрації оклюзійних поверхонь зубів дозволить значно зменшити частоту звернень з приводу неправильного змикання зубів, незручності при жуванні, відчуття дискомфорту тощо.

Література

1. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Стюф Я.В. Функциональные методы исследования в клинической пародонтологии //Стоматологический журнал – 2005.-№4. – с.10-13.
2. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – Москва, МЕДпресс-информ, 2008.- с.257-265
3. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта – Москва, Поли Медиа Пресс, 2004. с.218-221
4. Подгаецкая О.Е., Шнайдер С.А. Этиология и патогенез хронического генерализованного пародонтита //Буковинський медичний вісник – 2007.-№1. Том 11. – с.127-130.
5. Шпуліна О.О. Сучасні основи патогенезу пародонтиту (огляд літератури) //Український медичний альманах – 2004.-№6. том 7. – с.189-194.
6. Ярова С.П., Мозгова Н.В. Роль судинних змін у розвитку і перебігу генералізованого пародонтиту // Український медичний альманах – 2004. №3-4. – с.23-26
7. Ивен Клинеберг, Роберт Джагер. Окклюзия и клиническая практика; пер. с английского. – Москва, МЕДпресс-информ, 2008. – с.71-131
8. Неспрядько В.П., Жегулович З.Е., Вопросы воспроизведения окклюзии в зубных протезах. Принципы регулировки атрикулятора //Зубной техник – 2007.-№4. – с.97-102
9. Наумович С.А. Методы устранения травматической перегрузки периодонта. Часть 1: Ортодонтическое лечение, пришлифовывание зубов //Современная стоматология – 2007.-№3. – с.11-15