

ДИАГНОСТИКА ОККЛЮЗИОННОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

Соломевич А.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Беларусь

Окклюзионная травма является неблагоприятным фактором в развитии сложных деструктивных процессов в тканях периодонта. Трудности диагностики окклюзионной травмы заключаются в многообразии ее клинических проявлений и сложности понимания механизма ее развития. Вместе с этим, своевременная и точная диагностика окклюзионной травмы у пациентов с болезнями периодонта даст возможность адекватно планировать лечебные мероприятия и стабилизировать деструктивные процессы в тканях периодонта [3, 5].

Нефизиологическое воздействие окклюзионных сил на зуб вызывает окклюзионную травму. Окклюзионную травму находят тогда, когда есть повреждение тканей периодонта. Однако возможно наличие чрезмерных окклюзионных сил с компенсированием резервных способностей периодонта. Если резервные силы не могут справиться с окклюзионными чрезмерными силами, наступает их повреждение [2].

Окклюзионная травма может быть вызвана окклюзионными чрезмерными силами, уменьшением резервных сил периодонта или суммой вышеперечисленных признаков. По механизму развития хроническая окклюзионная травма может быть первичной и вторичной [4].

Цель исследования – провести диагностику предрасполагающих факторов окклюзионной травмы у пациентов с болезнями периодонта.

Материалы и методы. Проведено обследование 96 стоматологических пациентов, обратившихся на 3-ю кафедру терапевтической стоматологии УО БГМУ в возрасте 35–44 и 45–54 года. Диагностику окклюзионной травмы проводили по международным стандартам [1].

Перед клиническим исследованием тщательно собирали окклюзионный анамнез, объем и подробность которого зависели от имеющихся окклюзионных симптомов. На этапе внеротового исследования по методике Ahlers/Jakstat и специальных провокационных тестов изучали состояние ВНЧС, жевательных мышц, наличие асимметрии лица. Для окклюзионного анализа проводили клиническое исследование, использовали панорамные рентгеновские снимки и модели, по которым изучали морфологию и расположение зубов (фасетки, контактные пункты). Данные исследования окклюзии заносили в специальные карты для записи характеристик окклюзии.

Результаты исследования. Анамнез служил в первую очередь для установления причины обращения пациента и записи в хронологическом порядке событий, которые, возможно, являлись причиной появления жалоб.

Из общего анамнеза у 75% пациентов выявили соматические (психические и соматоформные) нарушения, имеющие значение в диагностике окклюзионной травмы: депрессию, эмоциональную нестабильность, снижение концентрации внимания, вздрагивание на неожиданное прикосновение или звук, храп, апноэ, затрудненное засыпание, частые пробуждения ночью, беспокойный сон, сноговорение, «ночное скрежетание», позднее пробуждение, головные боли после пробуждения, сонливость в дневное время. Из анамнеза жизни также выявили такие вредные привычки, как прикусывание щек, языка, губ, кусание инородных предметов, поддержание нижней челюсти ладонью или кулаком, одностороннее жевание, грызение ногтей.

У 83% обследованных пациентов были выявлены следующие признаки окклюзионной травмы: подвижность зубов; эстетический недостаток; рецессия десны; периодонтальный абсцесс; аномалия прикуса; миграция зубов, протрузия фронтальных зубов, поворот зубов вокруг оси, диастемы и тремы; скученность фронтальных зубов, экзрузия зубов; абфракционные дефекты твердых тканей зубов; чувствительность дентина моляров и премоляров на жевательных поверхностях; гиперплазия десны; интрапроксимальный кариес; образование эпюлиса; гиперемия пульпы, некроз пульпы; дентиклы в пульпе; прикусывание щеки; бруксизм; жевание на одной стороне; ограничение подвижности нижней челюсти.

У 60% пациентов были диагностированы парафункциональные состояния с контактом или без контакта зубов: сжатие зубов в центральном положении (центрический бруксизм); скрежет зубов (бруксизм), сопровождающийся динамическим боковым сдвигом; постукивание зубами; привычка к смыканию зубов в нестандартном положении (например, выдвигание челюсти вперед или смыкание при боковом сдвиге); удержание челюсти в определенной позиции, без смыкания зубов; курение трубки; кусание ногтей, карандаша.

У 78% пациентов при окклюзионном анализе чаще всего отмечали стираемость зубов, которая сочеталась с эрозиями и истиранием (46%). Стертые поверхности обычно обнаруживали на зубах-антагонистах. Одним из проявлений окклюзионной травмы было наличие клиновидных или абфракционных дефектов.

Рентгенологическая картина альвеолярной кости у всех пациентов с хроническим периодонтитом свидетельствовала о наличии расширения периодонтальной щели с утолщением компактной пластинки вдоль латеральной стенки корня, апикальной области его и в зоне бифуркации, трифуркации зуба, вертикальной резорбции межальвеолярных перегородок с образованием внутрикостных дефектов, рентгеноконтрастности и плотности альвеолярной кости, резорбции корней зубов.

Заключение. Таким образом, знание и выявление предрасполагающих факторов нарушения окклюзии дает возможность стоматологу своевременно диагностировать окклюзионную травму и планировать комплексное лечение пациентов с болезнями периодонта.

Литература:

1. Ледер, З. Диагностика и лечение функциональных нарушений / З. Ледер; пер. с нем.; под ред. С.Н. Супрунова. – М.: Квинтэссенция, 2009. – 193 с.
2. Терапевтическая стоматология. Болезни периодонта: учебное пособие / Л.Н. Дедова [и др.]; под ред. Л.Н. Дедовой. – Минск: Экоперспектива, 2016. – 268 с.
3. Carranza, F.A. Carranza's Clinical Periodontology. – 11th ed. – St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier. – 2012. – 825 p.
4. Lindhe, J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry (4th edition) / J. Lindhe. – Munksgaard, Blackwell Publishing Company, 2003. – 1044 p.
5. McNeill, C. Science and practice of occlusion / C. McNeill. – Quintessence Publishing Company, 1997. – 539 p.