

БАЛАНСИРОВКА ОККЛЮЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

Резюме

Зубо–челюстная система является одной из самых сложных систем организма человека. Эта система представляет собой строгую иерархию различных органов и тканей, тесно связанных между собой как онтогенетически, так и морфологически. Пародонт является одним из таких комплексов тканей этой системы. Этот комплекс тканей постоянно находится под влиянием внутренних и внешних факторов, которые могут превосходить его компенсаторные возможности. Одним из таких факторов, который приводит к развитию деструктивных процессов в тканях пародонта, является окклюзионная травма. Балансировка окклюзии при помощи индивидуального шлифования позволяет уменьшить разрушение тканей пародонта.

Ключевые слова: зубо–челюстная система, пародонт, травматическая окклюзия, избирательное шлифование.

Rezumat

ECHILIBRAREA OCCLUZALĂ ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL PERIODONTITEI MARGINALE CRONICE DE GRAD MEDIU

Sistemul stomatognat prezintă una din cele mai complicate sisteme a organismului uman. Sistemul este reprezentat de ierarhie strictă a diferitor organe și țesuturi, strâns legate între ei cât ontogenic atât și morfogenetic. Parodontiu este unul dintre astfel de complexe tisulare ale acestui sistem. Acest complex de țesuturi permanent se află sub influența factorilor interni și externi, care pot excela posibilitățile lui compensatorii. Unul dintre acești factori, care duce la progresarea proceselor destructive în țesuturile parodontale este trauma ocluzală. Reechilibrarea ocluzală prin șlefuirea selectivă permite de a micșora destrucția țesuturilor parodontale.

Cuvinte cheie: sistemul stomatognat, parodontiu, ocluzia traumatică, șlefuirea selectivă.

Summary

BALANCING OF OCCLUSION IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS OF MEDIUM GRAVITY

Stomatognath system is one of the most compound systems of human body. This system is represented by precise hierarchy of organs and tissues, which are united ontogenically and morphogenetically. Periodontium is one of such tissues complex of this system. This complex of tissues is permanent undergoing impact of some internal and external factors which can exceed periodontium's compensatory possibilities. One of these damaging factors leads to progressing destructive processes in periodontal tissues is traumatic occlusion. Occlusal adjustment by the method of selective grinding allows decreasing periodontium tissues destruction.

Key words: stomatognath system, periodontium, traumatic occlusion, selective grinding.

Введение

На данный момент хронический маргинальный пародонтит встречается у абсолютного большинства взрослого населения планеты и является самым распространенным заболеванием пародонта, постепенно приводящим к по-

Марианна Чебан,
ассистент кафедры

Олег Соломон,
докт. наук

Александр Лазарев,
студ. 5 курса

Кристиан Оглинде,
студ. 5 курса

Кафедра
Ортопедической
стоматологии
«Илларион
Постолаки»
ГУМФ «Николае
Тестемицану»

тере зубов. По данным Brown и Loe (1993) хронический маргинальный пародонтит с потерей прикрепления наблюдается примерно у 76% населения^[3] в возрасте от 18 до 80 лет.

Пародонтит — мультифакториальное воспалительное заболевание удерживающего аппарата зуба, характеризующееся прогрессирующей резорбцией костной ткани с появлением патологической подвижности зубов вплоть до их потери^[8]. Результаты исследований (А.Вернино (2003), Л.Дмитриева (2007), J.Lindhe (2015)) по вопросу этиологии и патогенеза заболеваний пародонта различны, разносторонне изучена роль микробного, травматического, иммунного, сосудистого и иных факторов, часто сочетающихся и взаимодействующих друг друга.

Доказано, что бактериальный фактор играет главенствующую роль в патогенезе хронического маргинального пародонтита. При скоплении большого количества пародонтопатогенных бактерий (*P. gingivalis*, *P. intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *A. actinomycetemcomitans*) происходит образование большого количества цитотоксинов, что приводит к сильной воспалительной реакции с участием иммунокомпетентных клеток; происходит выброс большого количества медиаторов воспаления и лизирующих ферментов, что в свою очередь запускает процессы остеорезорбции, а также коллагенолиза связочного аппарата периодонта^[13]. Чрезвычайно важным в теории развития патологии пародонта является вопрос о соотношении внутренних и внешних факторов так как этиологический фактор почти никогда не проявляет себя одним специфическим фактором и только одного определенного заболевания, воздействуя на организм он взаимодействует с ним. Состояние и взаимодействие основных регуляторных систем организма, реакция на любое патогенетическое воздействие влияют на состояние пародонта, приводя к деструкции его тканей. При этом пародонт проявляет себя как высокочувствительный индикатор функциональных и морфологических изменений в целом организме.

На сегодняшний день существует несколько точек зрения относительно роли окклюзионной травмы среди этиологических факторов ХМП. Концепция о роли травматической окклюзии в развитии ХМП более четко начала формироваться с начала XX-го века, однако наибольшее развитие она получила уже в середине второй половины прошлого века. На наш взгляд интересны два концепта относительно роли травматической окклюзии в патогенезе ХМП изложенных в 60-х — 70-х годах Glickman и Waehaug. Glickman, занимаясь исследованиями над материалом, полученным путем аутопсии, заявил, что характер поражения пародонта у зубов с ХМП, ассоциированным с травматической окклюзией, и у зубов, не подвергающихся избыточным окклюзионным силам, различный^[1,2,4]. В соответствии с данным кон-

цептом ткани пародонта разделяются на две зоны: зона *раздражения*, которая подвергается воздействию только бактериального фактора и зона *деструкции*, которая подвержена именно окклюзионной перегрузке^[1,4]. Проводя анализ материала аутопсии, Waehaug пришел к противоположным выводам: пародонтальные карманы и элементы горизонтальной и вертикальной костной резорбции возникали одинаково часто в пародонтальных тканях как зубов, подверженных окклюзионной травме, так и зубов, не испытывающих избыточную нагрузку^[6]. Позднее Pihlstrom с соавторами (1986) изучал взаимосвязь между ХМП и окклюзионной травмой путем проведения клинического и рентгенологического обследования пациентов. В своем исследовании авторы пришли к выводу, что зубы, имевшие патологическую подвижность в результате травматической окклюзии, имели более глубокие пародонтальные карманы, а также более объемные потери костной ткани, чем зубы не подверженные окклюзионной перегрузке^[5].

Избыточные окклюзионные силы приводят к развитию патологических процессов в пародонте, таких как: местная гипоксия, увеличение остеокластической активности, фибринолиз, гиалиноз костной ткани, что клинически выражается в прогрессирующей подвижности зуба и рентгенологическом расширении периодонтальной щели. Таким образом, изменения, вызванные травматической окклюзией, приводят к образованию более значительных костных дефектов, более объемной потере зубо-десневого прикрепления. И только комплексная терапия, а не обычный комплекс терапевтических мероприятий, может дать положительный результат в лечении хронического маргинального пародонтита.

Одним из неоспоримых по важности и значению методов ортопедического лечения в терапии хронического маргинального пародонтита является балансировка окклюзии путем избирательного пришлифовывания. Этот метод обеспечит возможность репарации структур пародонта путем элиминации сил, вызывающих патологические изменения в зоне деструкции. Между тем, этому вопросу и до настоящего времени уделяется не всегда достаточное внимание.

Цель работы

Изучение особенностей балансировки окклюзии путем индивидуальной пришлифовки зубов проводимой для повышения эффективности комплексного лечения хронического маргинального пародонтита с оценкой стоматологического статуса до и после данного метода лечения.

Материалы и методы

Было отобрано 9 пациентов в возрасте 20–43 лет (5 ж., 4 м.) с хроническим маргинальным пародонтитом средней степени тяжести и интактными зубными рядами, обратившихся в Clinica Stomatologică

Universitară №1 с жалобами на: кровоточивость десен и их болезненность при чистке зубов и приеме пищи; подвижность зубов и их «смещение»; «дискомфортные ощущения» в полости рта, неприятный запах изо рта и др. Всем пациентам было проведено комплексное клиническое и параклиническое обследование. Клиническое обследование ротовой полости было дополнено зондированием пародонтальных карманов с использованием градуированного пародонтологического зонда, заполнением одонтопародонтограммы Курляндского, определением индексов Loe–Silness и Muhlemann. Параклиническое обследование состояло из изучения окклюзиограмм, полученных в центральном соотношении, правой и левой латеротрузиях, в протрузии (в полости рта и на моделях), изучения диагностических моделей, проведения ортопантомографии для мониторинга размеров пародонтальной щели, проведения периотестометрии. На основании полученных данных всем пациентам был поставлен диагноз хронического маргинального генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Окклюзионная травма.

Результаты и обсуждения

Все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (2ж., 2м.) включала пациентов, согласившихся исключительно на комплекс терапевтических мероприятий, аргументируя свой отказ эффективностью только терапевтических процедур, проведенных неоднократно ранее; вторая группа пациентов (3ж., 2м.) согласилась на ряд терапевтических манипуляций и избирательное шлифование зубов, показанное при окклюзионной травме. Избирательное шлифование в качестве ортопедического метода лечения имеет ряд преимуществ: минимальная инвазивность метода, сохранение межальвеолярной высоты, устранение преждевременных контактов, ведущих не только к нарушениям в структуре пародонта, но и к мышечно–суставным нарушениям.

Таблица 1 Средняя величина глубины пародонтальных карманов, периотестометрии и индексов Loe–Silness, Muhleman

ГРУППЫ	Глубина ПК	Периотестометрия	ИНДЕКС Loe–Silness	ИНДЕКС Muhlemann	Бактериологические исследования
ГРУППА 1	4	+19	1,7	1,6	10 ⁶ –10 ⁴ КОЕ/мл
ГРУППА 2	4,5	+22	1,9	1,8	10 ⁹ –10 ⁸ КОЕ/мл

При проведении бактериологического исследования содержимого пародонтальных карманов было выявлено доминирующее присутствие *Str. haemolyticus*, *P.gingivalis*, *P.intermedia*, *Fusobacterium fusiformis*. Глубина пародонтальных карманов при зондировании варьировала от 2 до 5мм. Данные периотестометрии находились в

диапазоне 18–24 единиц. Усредненные результаты измерения глубины пародонтальных карманов, результатов периотестометрии, величины основных индексов (Loe–Silness, Muhlemann) и данные концентраций бактериологических исследований представлены в таблице №1.

Для каждого пациента был составлен индивидуальный план лечения. Терапевтический план лечения предполагал проведение профессиональной гигиены ротовой полости с использованием ультразвукового наконечника, AirFlow, применение общей медикаментозной терапии (антибактериальные, противовоспалительные, антигистаминные, антимикотические средства, иммуномодуляторы, витаминные комплексы и др. — по показаниям.^[9]).

Ортопедический план лечения (аргументированный данными ортопантомографии окклюзиограмм с выявлением супраконтактов и дополненный периотестометрией) включал избирательное шлифование супраконтактов (не исключая возможность проведения в будущем шинирования), уделяя особое внимание центрическим супраконтактам, для устранения деструктивного действия избыточных окклюзионных сил на ткани пародонта. Для постановки диагноза «окклюзионная травма» были использованы 5 основных критериев по правилу «подвижность+», предложенному Smukler и включающему прогрессирующую подвижность, прогрессирующую миграцию, прогрессирующее расклинивание, нарушение функции^[13].

Избирательное шлифование зубов было выполнено после оценки окклюзиограммы, полученной с помощью воска и артикуляционной бумаги Bausch. Для дифференциации супраконтактов от обычных плотных окклюзионных контактов была применена двухфазная методика с использованием артикуляционной бумаги Bausch 200μ (синяя) и артикуляционной фольги 12μ (красная), позволяющей четко определить супраконтакты (рис.1).



Рис.1 Артикуляционная бумага Bausch 200μ (синяя) и артикуляционная фольга 12μ (красная)

Выявление центрических супраконтактов производилось путем постановки челюсти в положение центрального соотношения по Доусону^[11]. Методика обладает достаточно высокой точностью. Регистрация центрального соотношения нижней челюсти производилась при помощи восковых пластинок.

При проведении балансировки окклюзии было использовано: восковые пластинки; артикуляционная бумага Bausch 200μ (синего цвета) и артикуляционная фольга Bausch 12μ (красного цвета);

алмазные боры для финишной обработки желтой (30 мкм) и белой (15 мкм) цветовой кодировок.

После выявления супраконтактов с помощью двухфазного метода была произведена балансировка окклюзии в несколько посещений соответственно этапам процедуры. В первое посещение была произведена элиминация твёрдых тканей зубов, мешающих постановке челюсти в ЦС. На данном этапе мы элиминировали центрические супраконтакты по дуге и по линии смыкания соответственно. Второе посещение подразумевало редукцию тканей зубов, отрицательно сказывающихся на латеротрузионных движениях челюсти. Третье посещение — гармонизация передней направляющей и корректировка протрузионных движений. Данная процедура проводилась в полном соответствии с принципами, описанными Dawson и Smukler^[11,14].

После полного окончания процедуры была выполнена серия восковых окклюзиограмм в описанных выше положениях для контроля и мониторинга полученных результатов.

В течение 15 месяцев пациентам проводилась комплексная диагностика, включающая первоначальные клинические и параклинические методы исследования, а также профессиональная гигиена полости рта. Обе группы пациентов были вызваны для мониторинга клинической ситуации через 3 месяца после окончания лечения, а далее с интервалом в 6 месяцев. Сравнительные данные средней глубины пародонтальных карманов и периотестометрии представлены в диаграммах №1 и №2.

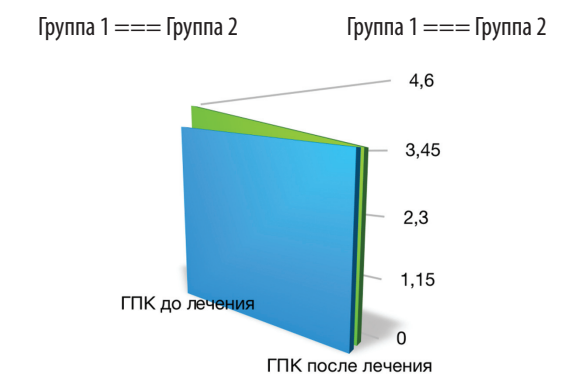


Диаграмма №1 Сравнение средних данных результатов измерения глубины пародонтальных карманов до и после лечения

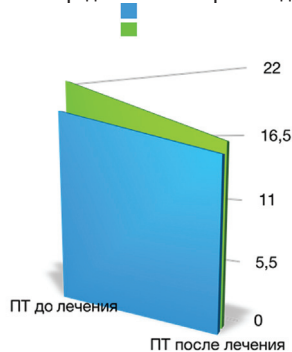


Диаграмма №2 Сравнение усредненных результатов периотестометрии до и после лечения

Оценка данных ортопантограмм показала отсутствие прогрессирования патологического процесса. В обеих группах спустя 3 месяца наблюдалось улучшение клинической ситуации, однако глубина пародонтальных карманов в группе пациентов, получивших и окклюзионную терапию в рамках комплексного лечения была в среднем на 0,5–1,0 мм меньше, чем у группы, не получившей таковой. Увеличение стабильности зубов также было больше в среднем на 2 единицы по данным периотестометрии в группе пациентов с балансировкой окклюзии нежели у пациентов, не прошедших данную процедуру.

Выводы

– бактериальный фактор является доминирующим в развитии хронического маргинального пародонтита, поэтому лечение данного патологического процесса должно быть в первую очередь направленно на устранение пародонтопатогенной микрофлоры;

– травматическая окклюзия не является первоначальным причинным фактором, вызывающим ХМП, однако является кофактором в патогенезе ХМП. Элиминация патологических окклюзионных сил является основным компонентом лечения окклюзионной травмы;

– окклюзионная терапия является эффективным дополнительным методом лечения ХМП;

– диспансеризация с целью мониторинга эволюции заболевания помогает своевременно откорректировать план лечения.

Библиография

- Glickman, I. Clinical significance of trauma from occlusion. Journal of the American Dental Association 70, 1965. 607–618.
- Glickman, I. Occlusion and periodontium. Journal of Dental Research 46 Suppl 1, 1967. 53.
- L. Jackson Brown, Harald Loe (1993). Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. Periodontology 2000, 57–71.
- Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, sixth edition. Wiley Blackwell, 2015. p. 314–323.
- Pihlstrom, B.L., Anderson, K.A., Aeppli, D. & Schaffer, E.M. Association between signs of trauma from occlusion and periodontitis. Journal of Periodontology 57, 1986. 1–6.
- Waerhaug, J. The infrabony pocket and its relationship to trauma from occlusion and subgingival plaque. Journal of Periodontology 50, 1979. 355–365.
- Гросс М. Д., Мэттьюс Дж. Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. — М: Медицина, 1986. стр. 58–60.
- Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак. Пародонтология. Цветной атлас. Пособие. Руководство. Медпресс-информ, 2008. стр. 109.
- Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Здоров'я, 2000. стр. 111–112.
- Дмитриева Л.А. Пародонтит. Медпресс-информ, 2007. стр. 45–49.
- Дусон П.Е. Функциональная окклюзия от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки. Пактическая медицина, 2016. стр. 78–104; 392–417.
- Лебедев Ю.И., Ибрагимов Т.И., Раяховский А.Н. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии. Медицинское информационное агентство. Москва, 2003. стр. 95–99.
- Ф.П. Феди, А. Вернино, Дж. Грей. Пародонтологическая азбука., Изд.Азбука. Москва 2003. стр. 20.
- Хайман Смуkler. Нормализация окклюзии при наличии интактных зубов. Азбука. Москва, 2008. стр. 51–67; 113–133.

Data prezentării: 15.12.2017