



Л. А. МАМЕДОВА

Фрагменты выступления д.м.н., зав. кафедрой стоматологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, профессора Мамедовой Л. А. «Влияние окклюзионной нагрузки на устойчивость зубов после эндодонтического лечения» на XI Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». Симпозиум «Эндодонтия XXI века» в рамках форума «Дентал-Ревю 2014».

В последние годы отечественная стоматология достигла значительных успехов в эндодонтическом лечении. Это связано, в первую очередь, с внедрением в практику новых технологий и методов лечения корневых каналов. Особого внимания заслуживают различные виды вибрационных систем, таких как Sonic Air, вращающиеся Ni-Ti-инструменты (Twisted Files, MTWO, SAF и др.), позволяющие повысить эффективность лечения.

Однако, несмотря на новые технологии и применение данных инструментов, еще встречается немало осложнений (микроутечка, незаживление очага деструкции в периапикальных тканях, переломы и трещины зуба и др.). Одним из недостаточно изученных вопросов является степень влияния окклюзии на зубы после эндодонтического лечения. Раньше этому вопросу не уделяли должного внимания, так как считали, что это лишь смыкание зубов.

В настоящее время окклюзию рассматривают как часть динамической функциональной зубочелюстной системы, предназначенную для жевания, речи, глотания и т. д. Окклюзию обеспечивают не только зубы, но и жевательные мышцы (которые соединены с костями черепа и шейным отделом позвоночного столба), нервы. В процессе участвуют верхняя и нижняя челюсти, ВНЧС. От качества работы каждого звена зависит характер окклюзии; и наоборот – нарушение окклюзионных взаимоотношений в зубочелюстной системе в дальнейшем может привести к структурному дисбалансу во всем теле.

Сложно переоценить значение нормальной окклюзии, при которой в жевательных мышцах эффективно происходят процессы метаболизма, обезвреживаются различные токсические вещества.

При нарушении окклюзии длительное напряжение мышц приводит к локальному гипертонусу, накапливаются токсины и появляются триггерные точки в жевательных, височных, латеральных и медиальных крыловидных мышцах, которые являются источниками боли.

Кроме вышеуказанного, при нарушении окклюзии значительно возрастает нагрузка на ВНЧС, который обладает большими компенсаторными возможностями и долгое время может адаптироваться к неправильной окклюзии. Но со временем в суставе появляется боль, которая концентрируется в висках, затылке, в области шеи. В суставе происходят структурные деформации (щелканье, хруст, боли в ухе, заложенность, вплоть до потери слуха). Это связано со сдавливанием сосудистого нервного пучка головкой ВНЧС в биламинарной зоне.

При возникновении вышеупомянутых симптомов пациенты лечатся от этих заболеваний у разных специалистов, включая неврологов, лор-врачей и др.

Они снимают боль препаратами, которые либо не помогают, либо приносят лишь временное облегчение. Пациенты, как правило, не связывают свои болезни со стоматологическим лечением, поскольку они у них проявляются через несколько месяцев или лет после визита к врачу-стоматологу.

К нарушению окклюзии приводят общие и местные факторы. Дисгармония может возникнуть у лиц, чья работа сопряжена с перенапряжением жевательных мышц, может происходить нарушение межбугоркового контакта (у летчиков, строителей, хирургов, врачей-стоматологов, спортсменов и др.).

К общим факторам нарушения окклюзии относят: стрессы (сильное эмоциональное перенапряжение), перенесенные сопутствующие заболевания, физическое перенапряжение.

Известно, что избежать стресса невозможно. Наш организм постоянно к чему-то приспосабливается, что является, по сути, необходимым условием развития и существования. Даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс. «Уровень стресса никогда не равен нулю. Полная свобода от стресса означает смерть», – писал канадский ученый Ганс Селье, первооткрыватель стресса, в 1974 году. «Наша жизнь полна стрессов...» Его знаменитая фраза «Стресс без дистресса» (Селье несколько позже ввел дополнительно понятия «положительный стресс» (эустресс) и «отрицательный стресс» (дистресс – разрушительный процесс, ухудшающий протекание психофизиологических функций).

Психологический стресс усугубляет функциональные нарушения окклюзии. В большинстве случаев жевательная система функционирует слаженно, даже при наличии достаточно выраженного эмоционального стресса и некоторых нарушений межбугоркового контакта; она обладает способностью адаптироваться к таким воздействиям. При превышении этой способности может возникнуть дисгармония окклюзии. В некоторых случаях стресс может быть самостоятельным этиологическим фактором нарушения окклюзии.

Жевательный орган управляет стрессом. Он действует, как аварийный выход в случае психических перегрузок, поэтому ВНЧС, окклюзия и мышцы переводят эту нагрузку в бруксизм. Бруксизм – это защитный механизм сбрасывания стресса.

Местные причины нарушения окклюзии: удаление зубов, неправильно поставленная пломба, неверный выбор пломбировочного материала, прорезывание зуба мудрости и др. К примеру:

– если у пациента удалили зуб, то зуб, находящийся над удаленным, начинает опускаться. Из-за менее плотной кости два соседних зуба начинают наклоняться, что приводит к увеличению расстояния между зубами;

– прорезывание зуба мудрости также приводит к смещению зубов и развитию преждевременных контактов;

– завышение жевательной поверхности композитным материалом на 1 мм приводит к окклюзионной травме, а на 0,5 мм – к подвижности зуба.

Американский ученый D. Attilio в 2005 году провел эксперимент на крысах. Ученый поставил крысам пломбы на несколько боковых зубов, завысив прикус с одной стороны на 1,5 мм. Через неделю было проведено рентгенологическое исследование позвоночника: он был искривлен. Через две недели на противоположную сторону была установлена такая же пломба, и положение нижней челюсти нормализовалось, позвоночник выровнялся.

Травматическая окклюзия при наличии воспаления является дополнительным фактором деструкции тканей пародонта: она приводит к расширению периодонтальной щели, подвижности и смещению зубов, к клиновидным дефектам.

Исследованиями установлено, что в результате перегрузки зубов образуется сила натяжения, которая концентрируется в пришеечной области. В дальнейшем постоянное воздействие этих сил приводит к разрыву связей между кристаллами гидроксиапатита, и через разрушенный ГА проникают молекулы различных веществ, происходит препятствие восстановлению связей твердых тканей зуба.

Преждевременные окклюзионные контакты нередко влияют на заживление периапикальных тканей и неэффективность эндодонтического лечения. Лечение периодонтита будет неэффективным, не наступит регенерация очага деструкции при периодонтите, если не будет скорректирована окклюзия. Нарушение окклюзии может привести к воспалению пульпы, к периодонтиту.

Дисгармония окклюзии может привести к вертикальному перелому или к трещине корня после восстановления зуба. По результатам различных исследований учеными было установлено, что распространенность вертикальных переломов корня зуба колеблется в интервале от 2% до 5%.

Среди причин возникновения перелома корня – истончение дентина во время лечения, чрезмерное усилие, прикладываемое к спредеру или плаггеру во время уплотнения гуттаперчи и во время фиксации штифта в корневом канале.

Одним из этиологических факторов, приводящих к нарушению окклюзии, является разрушение твердых тканей зубов вследствие кариеса и его осложнений. Высокий уровень поражения боковых зубов, на которые приходится значительная часть жевательной нагрузки, постепенно приводит к изменению физиологического равновесия между всеми элементами зубочелюстной системы.

Залогом функциональной гармонии является создание правильных межбугорковых контактов между зубами-антагонистами, которое должно проводиться так, чтобы опорные бугорки контактировали с ямками или краевыми выступами одноименных зубов. На реставрированном зубе должны быть контакты в области опорных бугров вокруг их вершины (на расстоянии 0,5-1 мм), центральных фиссур и на окклюзионных гребнях.

Следует отметить, что эндодонтическое лечение мы проводили в соответствии с мировыми стандартами, разработанными Европейским обществом эндо-

донтистов в 1994 году. Успех определяли следующей триадой факторов: дезинфекция, очистка и герметичная obturation канала. В 2006 году Европейское эндодонтическое общество опубликовало отчет о согласованном мнении, на какие показатели качества эндодонтического лечения должны ориентироваться врачи-стоматологи: постановка диагноза, знание анатомии корневой системы, создание эндодонтического доступа, очистка, формирование, дезинфекция, obturation корневых каналов, восстановление коронковой части зуба, а также коррекция окклюзии.

В нашей стране проблемой окклюзии по сложившейся традиции занимались преимущественно врачи стоматологи-ортопеды. С течением времени под влиянием, главным образом, зарубежного опыта она была воспринята пародонтологами, которые уже широко применяют коррекцию окклюзии при заболевании пародонта. Что же касается кариесологии, в частности реставрации и эндодонтического лечения, то этот вопрос еще нуждается в привлечении к нему внимания отечественных врачей стоматологов-терапевтов.

В настоящее время в стоматологии все больше внимания акцентируется на имплантации. В Токио (Япония) в мае 2013 года проходил 9-й Всемирный эндодонтический конгресс, где был представлен доклад профессора Shimon Friedman из Университета Торонто (Канада). Он отметил сложившуюся ситуацию в стоматологии: врачи стоматологи-ортопеды часто вместо перелечивания зубов предлагают пациенту его удалять и ставить имплантат. Проведенные исследования ученых из этого Университета показали, что даже при диагнозе «апикальный периодонтит с очагом разряжения» зуб можно вылечить, и он будет выполнять свою функцию. Но для этого необходимо исключить чрезмерную окклюзионную нагрузку, иначе будет снижена эффективность регенерации и возможно увеличение очага деструкции в периапикальных тканях. Кроме того, после перелечивания зубов необходимо динамическое наблюдение окклюзии и рентгенологический мониторинг в течение года и даже двух-четырех лет.

Травматическая окклюзия является основным показанием к проведению окклюзионного редактирования (избирательного сошлифовывания зубов). Методика избирательного сошлифовывания была разработана в 70-х годах XX века Jankelson B. A. Она направлена на стабилизацию межбугоркового контакта зубов. Он выделил три класса преждевременных контактов:

– Супраконтакты I класса – вестибулярная поверхность щечных бугров нижних моляров и премоляров; вестибулярная поверхность передних нижних зубов.

Класс Ia – небная поверхность щечных бугров верхних моляров и премоляров; небная поверхность передних верхних зубов.

– Супраконтакты II класса – небная поверхность небных бугров верхних моляров и премоляров.

Класс IIa – щечная поверхность язычных бугров нижних моляров и премоляров.

Супраконтакты первого и второго класса выявляют в центральной окклюзии.

– Супраконтакты III класса – щечная поверхность небных бугров верхних моляров и премоляров.

Класс IIIa – язычная поверхность щечных бугров нижних моляров и премоляров.

Супраконтакты III класса выявляются в дистальной окклюзии.

Пришлифовывание

1. Пришлифовывание зубов начинают с I класса; контакты, которые локализуются на вестибулярной поверхности щечных бугорков моляров и премоляров нижней челюсти, сошлифовывают до верхушки бугров.

2. Затем шлифовывается класс Ia:

– вестибулярная поверхность передних нижних зубов: в мидио-дистальном направлении в сторону режущего края, тем самым заостряя их. Необходимо осуществлять контроль за тем, чтобы бор не опускался ниже экватора (там тоньше эмаль, поэтому работать необходимо выше экватора);

– или небная поверхность передних верхних зубов.

3. Коррекция II класса:

– шлифовывается небная поверхность небных бугров верхних моляров и премоляров, от экватора – к верхушке бугра;

– или класса IIa: щечная поверхность язычных бугров нижних моляров и премоляров; шлифовывается бором выминающими движениями (мезиально и дистально). Появляющиеся точки в центральной ямке не шлифовывают.

4. Контакты III класса шлифовываются только после того, как были шлифованы супраконтакты I и II класса. Коррекция по этому классу может быть проведена как на верхней, так и на нижней челюсти. Преждевременные контакты III класса шлифовываются выминающими движениями, мезиально и дистально.

Для более точного определения супраконтактов и получения полной информации об окклюзии разра-



ботана компьютерная программа T-Scan, с помощью которой можно измерить окклюзионную нагрузку и определить последовательность возникновения контактов во времени, величину жевательного давления, приходящегося на ту или иную точку.

На кафедре стоматологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2011 года проводятся клинические исследования по изучению влияния травматической нагрузки на процессы заживления периапикальных тканей (с очагом деструкции костной ткани) после эндодонтического лечения, успешно используется компьютерная программа T-Scan и методика (модифицированная) коррекции окклюзии.

Материал подготовила Галина Масис



CALCIUM HYDROXIDE

Только лучшее для эндодонтии

Производство Германия



Гидроксид кальция — рекомендация эндодонтов № 1.
Повысит результаты лечения до 99 %, понизит затраты до 80 %

За счет порошкообразной формы Вы получите большие преимущества:

- Свежая щелочная реакция материала, повышает антибактериальное воздействие.
- Возможность замешивания на различных наполнителях для дополнительных свойств.
- Удобная консистенция для полного заполнения корневой системы каналов.
- Минимально возможный, контролируемый расход материала, экономит Ваши деньги.

При приобретении материала предоставляется протокол успешного применения в лечении

Сделайте он-лайн заказ на сайте, прямо сейчас:
www.rudent.info

Телефон: 8 862 255 08 25