

DOI 10.26886/2311-4517.4(103)2025.2

УДК 616.314.17-76

**МЕТОДОЛОГІЯ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ
ТРАВМАТИЧНИХ ОКЛЮЗІЯХ**

Людмила Зубкова, доктор медичних наук, професор

<http://orcid.org/0000-0001-7643-9317>

Тетяна Пиндус, доктор медичних наук, професор

<http://orcid.org/0000-0002-2283-9750>

Василь Бочаров, доктор медичних наук, професор

<http://orcid.org/0000-0002-9786-6665>

Ірина Дорош, доктор філософії

<http://orcid.org/0000-0002-0290-5861>

zubkovastomat@ukr.net

Львівський медичний університет, Україна, Львів

Предмет дослідження – травматичні оклюзії зубів та їх вплив на тканини пародонту і функції жування. Мета роботи – визначення етапів надання стоматологічної допомоги хворим з різними видами травматичних оклюзій. Запропоновано методологічні підходи до корекції клінічних проявів при дистальній, центральній, передній та бокових оклюзіях.

Ключові слова: *травматичні оклюзії, парафункції м'язів жування.*

Lyudmila P. Zubkova, MD, PhD, DSc, Professor; Tetyana O. Pyndus, MD, PhD, DSc, Professor; Vasily A. Bocharov, MD, PhD, DSc, Professor; Iryna V. Dorosh, MD, PhD. Methodology for providing dental care for traumatic occlusions / Lviv Medical University, Ukraine, Lviv

The subject of the study is traumatic occlusions of teeth and their impact on periodontal tissues and chewing functions. The purpose of the

work is to determine the stages of providing dental care to patients with different types of traumatic occlusions. Methodological approaches to the correction of clinical manifestations in distal, central, anterior and lateral occlusions are proposed.

Keywords: traumatic occlusions, parafunctions of the chewing muscles.

Вступ. Проблема травматичних оклюзій у мирний час стає ще більш актуальною під час воєнного стану. Патологічне змикання зубних рядів спричиняє гіперфункціональну напругу окремих зубів чи групи зубів, і, в результаті чого, відбуваються комплексні порушення – зміни в тканинах пародонту, захворювання скронево-нижньощелепних суглобів, дисфункції м'язів жування.

Нерідко лікарі допускають ряд помилок при роботі із такими хворими – невірне визначення показань чи часу проведення методики при комплексному лікуванні (терапевтичному, ортопедичному, хірургічному), порушення об'єму та послідовності етапів виконання тієї чи іншої методики.

Помилки в наданні стоматологічної допомоги відповідним пацієнтам можуть призводити до різноманітних ускладнень, у тому числі – виникнення нових травматичних ситуацій, обтяження захворювань пародонту та виникнення парафункцій м'язів жування.

Предмет дослідження – травматичні оклюзії зубів та їх вплив на тканини пародонту і функції жування.

Мета роботи – визначення етапів надання стоматологічної допомоги хворим з різними видами травматичних оклюзій.

Матеріали та методи. При розробці методології проведення етапів корекції клінічних проявів при травматичних оклюзіях звертали також окрему увагу на функції м'язів жування, зокрема – парафункції (стискання, скрегіт та ін.). Саме це диктувало необхідність вибору

оптимального об'єму та індивідуального підходу до цієї проблеми з розробкою відповідної методології.

Хворі з травматичними оклюзіями потребують комплексного обстеження і, окрім загальних методів використовуються спеціальні – аналіз оклюдограм, діагностика моделей щелеп, маркування суперконтактів за допомогою копіювального паперу.

Враховували, що найбільш часто спостерігаються порушення фізіологічного вікового стирання твердих тканин зубів. Зуби, які не стерлися, вступають в оклюзивний контакт із зубами-антагоністами в центральній та трансверзальній оклюзіях, що призводить до перевантаження пародонту та виникнення патологічної рухливості. При цьому виявляються «спеціальні» симптоми:

1) т. з. «симптом тремтіння» – переважання оклюзійного контакту та залежне від нього зміщення зубів;

2) симптом «оклюзивних фасеток» – сплющені ділянки на випуклій зубній поверхні, утворені стиранням (при хронічному характері травматичної оклюзії), в результаті чого це призводить до травматичного навантаження пародонту.

При проведенні оклюдограми супраконтакти виявляються більш точно, причому переважно при дистальній, та центральній оклюзіях.

Аналіз гіпсових моделей щелеп також дозволяє виявити травматичні оклюзії і використовується для об'єктивного порівняльного контролю до та після лікування.

Використання копіювального паперу є одним із найбільш точних методів виявлення передчасних контактів, особливо при аналізі передньої та трансверзальної оклюзії.

Частіше за все хворих розділяють на дві групи.

До першої відносять тих, у яких діагностовано ортогнастичний прикус з невеликим різцевим перекриттям, з розмолюючим типом

жування та клінічною картиною хронічної вторинної травматичної оклюзії, перевантаженням у багатьох ділянках зубних рядів; їм проводиться активне пришліфування в дистальній центральній та бокових оклюзіях (у повному обсязі).

До другої групи відносяться хворі з глибоким прикусом, глибоким різцевим перекриттям та з прогенічним прикусом, роздавлюючим типом жування, клінічною картиною хронічної вторинної травматичної оклюзії з травмою пародонту у багатьох ділянках зубних рядів; їм усуваються супраконтакти, які визначаються при дистальній, центральній та бокових оклюзіях.

Методології надання стоматологічної допомоги.

Клінічні та рентгенологічні ознаки перевантаження пародонту є показаннями для проведення вибіркового пришліфування зубів при захворюваннях пародонту та бруксизмі. Травматична оклюзія та зубна бляшка найбільш часто діють на пародонт одночасно, що диктує необхідність встановлення послідовності маніпуляцій, часу проведення вибіркового пришліфування зубів (у залежності від форми та клінічної картини захворювання).

Зубощелепні деформації порушують чи затрудняють функціональні рухи нижньої щелепи (блокуючи їх) і сприяють розвитку патологічних процесів в тканинах пародонту.

Для якісного проведення вибіркового пришліфування необхідно попередньо усунути зубощелепні деформації. Проводиться ортодонтична підготовка зубних рядів (у тому числі – покриття коронками санованих зубів), і тільки після цього розпочинають вибіркочу пришліфовку.

Слід дотримуватися наступних загальних рекомендацій:

- бесіда з хворим про значення та ефективність вибіркового пришліфування та комплексного лікування пародонту;

- шліфування проводити в тих ділянках, де каріозне руйнування зубів спостерігається рідко;

- дотримуватися індивідуального підходу у залежності від виду прикусу та типу жування; визначити об'єм та характер пришліфування;

- на заключному етапі пришліфування проводити зглажування та полірування усіх зішліфованих поверхонь;

- після завершення маніпуляцій призначати флюоризацію твердих тканин зубів (фториста паста, фтористий лак);

- процедури проводити з інтервалами 5-7 днів від 2 до 5 протягом 15-30 хвилин.

За наявності ортогнатичного прикусу послідовність вибіркового пришліфування при дистальній, центральній, передній, бокових оклюзіях залежить від їх фаз (статична, динамічна) – табл. 1 – 4.

I. Усунення супраконтактів при дистальній оклюзії.

При стабільному положенні нижньої щелепи при форсованому ковтанні (дистальна оклюзія) спостерігаються щільні, одночасні, множинні контакти зубів. При цьому передчасні, ранні контакти на вестибулярних схилах небних верхніх бокових зубів (при захворюваннях пародонту та бруксизмі) не тільки можуть перешкоджати нормальному змиканню зубних рядів, але й сприяють вимушеному сагітальному зсуву нижньої щелепи в центральну оклюзію.

При проведенні процедури слід дотримуватися чітких правил (вертикальне положення спинки стоматологічного крісла; зручне положення підголовника та ін.) та принципів (табл. 1).

Таблиця 1.

Усунення суперконтактів в дистальній оклюзії

Етапи	Маніпуляції
1 Початковий	<p>Усунути ділянки схилів бугрів, які є перешкодою при рухах нижньої щелепи від дистальної до центральної оклюзії.</p> <p>Зони, які утримують висоту прикусу в дистальному положенні нижньої щелепи на усіх зубах – зберігаються.</p>
2 Корекція	<p>Вершини бугрів зберігаються та пришліфовуються у останню чергу і, при цьому, слід запобігати надмірного пришліфування в межах одного зубного ряду та проводити часткову корекцію на протилежних зубах.</p>
3 Контроль	<p>Пришлифування при дистальній оклюзії вважається закінченим, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> -отримане змикання є двостороннім з множинним оклюзивним контактом; -усунено відвідний рух від дистального до центрального положення; -обидві оклюзії визначаються однаковим рівнем вертикального співвідношення (висотою прикусу); -змикання зубних рядів в дистальному положенні, які повторюються, супроводжуються чітким гучним звуком.

II. Усунення супраконтактів при центральної оклюзії, тобто такому множинному, одночасному змиканні зубів, яке в заключній фазі циклу жування і є вихідним положенням нижньої щелепи, з якого

здійснюються різноманітні артикулярні рухи, потребує особливого підходу.

Враховується, що:

1) важливою ознакою такої оклюзії є її висота, яка утримується множинним плоскісним контактом на небних буграх верхніх молярів та премолярів, щічних буграх нижніх одноіменних зубів;

2) передчасні одиночні тогчкові контакти зубів III класу призводять до найбільш небезпечних травм пародонту;

3) мають значення широкі фасетки стертості, які локалізуються на центральних схилах верхніх небних (II клас) бугрів бокових зубів та вестибулярних схилах нижніх щічних (I клас) бугрів бокових зубів.

Саме оклюзійний контакт на периферії цих площадок призводить до небажаних навантажень для пародонту (в косому чи горизонтальному напрямках).

З метою досягнення стабільної центральної оклюзії для безперешкодної взаємодії зубних рядів враховують особливості цього етапу процедури системного пришліфування, а саме те, що супраконтакти виявляються при положенні нижньої щелепи, яке встановлюється без направляючих зусиль лікаря; методика проведення зазначена в табл. 2.

Таблиця 2.

Корекція передчасних контактів зубів в центральній оклюзії

Етапи	Маніпуляції
1 Початковий	Розпочинаючи з бокових зубів пришліфовуються вестибулярні поверхні молярів та премолярів (із округленням фасеток та деяким загостренням бугорків).

Етапи	Маніпуляції
2 Корекція	<p>Вестибулярні поверхні передніх зубів округлюють в мезіодистальному напрямку (з метою усунення передчасних контактів та зменшення ширини стертого різцевого краю).</p> <p>Видвинуті зуби попередньо скорочуються.</p> <p>Пришліфовування проводиться доки на оклюзіограмах не буде визначатися потоншення воскової пластинки тільки на вершинах бугорків та по ріжучому краю.</p> <p>При значному об'ємі пришліфовування частину його проводять на протилежних поверхнях верхніх зубів.</p> <p>Корекцію передчасних контактів II класу проводять округленням фасеток до тих пір, поки тільки вершини небних бугрів будуть залишати відмітки на воску, III класу – до досягнення стійких вертикальних відносин зубів.</p>
3 Контроль	<p>Після пришліфовування зуби займають правильне положення у відношенні одне одного.</p> <p>Усунені бокові навантаження (за рахунок мікропередвигань в межах простору, який створено при корекції першого класу).</p>

III. Усунення супраконтактів при передній оклюзії та екскурсії, що відбувається в процесі відкушування страви і є шляхом руху нижньої щелепи вперед і назад з положення центральної оклюзії в крайове різцеве змикання передніх зубів, здійснюється окремо, і відповідна корекція проводиться з метою досягнення симетричного, рівномірного

двостороннього контакту на різючих краях верхніх та нижніх передніх зубів (табл. 3).

Таблиця 3.

Усунення супраконтактів при передній оклюзії

Етапи	Маніпуляції
1 Початковий (прийняття рішення)	<p>При можливості проводиться пришліфування тільки верхніх зубів.</p> <p>Допустимо зішліфування нижніх зубів лише за умов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -значної болісності та близькому поверхневому розташуванню пульпи верхніх передніх зубів; -за естетичними показаннями; -при видвиганні чи нахилі деяких нижніх зубів.
2 Корекція	<p>Усунення широких плоских різцевих контактів, які утворюються при пришліфуванні.</p> <p>Недопустимо обмежуватися усуненням 1-2 контактів, і у такому разі депульпують ряд зубів та досягають контактів 4-6 пар.</p>
3 Контроль	<p>Успішним результатом корекції є створення контактних точок, які рівномірно розподілені між усіма передніми зубами правої та лівої сторін.</p>

При проведенні корекції передньої екскурсії у разі перешкоджання передчасних контактів на бокових зубах, спочатку проводять пришліфування цих зубів (до зникнення супраконтактів), а потім – усувають супраконтакти на передніх зубах.

IV. Усунення супраконтактів при боковій оклюзії (на балансуєчій стороні), тобто такій, яка заключається в русі нижньої щелепи з положення центральної оклюзії та змиканні однойменних бугорків

клика та молярів на робочій стороні; незважаючи на правильну екскурсію існують перешкоди в вигляді передчасних контактів на вестибулярних схилах верхніх небних та оральних схилах нижніх щічних бугрів бокових зубів (III клас) на балансуєчій стороні, що потребує також особливостей корекції.

Враховують ту особливість, що в процесі жування нижня щелепа здійснює бокові рухи, при яких нижні зуби ковзають по верхніх і, таким чином, передчасні контакти, які виникають на балансуєчій стороні, не тільки блокують нормальні рухи нижньої щелепи (порушуючи функцію жування та викликаючи функціональне перевантаження пародонту цих зубів), але й створюють перешкоду лікарю аналізувати бокову оклюзію на робочій стороні. що потребує особливостей до надання відповідної стоматологічної допомоги. В клініці при боковій оклюзії при вибіркового пришліфуванні зубів усувають блокуючі передчасні контакти на оральних схилах щічних бугрів верхніх бокових зубів (I клас) та вестибулярних схилах язичних бугрів нижніх зубів (II клас) із встановленням однойменного бугоркового контакту на бокових зубах робочої сторони з метою досягнення вільної плавної артикуляції нижньої щелепи. Особливо важливим є те, щоб на робочій стороні контактували усі (без виключення) бугри зубів. Шліфувати потрібно щічні верхні та язикові нижні бугри бокових зубів (табл. 4).

Таблиця 4.

Усунення супраконтактів в боковій оклюзії (на балансуєчій стороні; на робочій стороні та екскурсії нижньої щелепи)

Етапи	Маніпуляції
1 Початковий	На балансуєчій стороні: -корекція та усунення передчасних контактів. На робочій стороні та екскурсії нижньої щелепи: -виявлення передчасних контактів.

Етапи	Маніпуляції
2 Корекція	<p>На балансуєчій сторони:</p> <ul style="list-style-type: none"> -збереження зон оклюзивної поверхні, які утримують висоту прикусу; -після усунення супраконтактів однієї з балансуєчих сторін розпочинають пришліфовування на протилежній сторони. <p>На робочій сторони та екскурсії нижньої щелепи:</p> <ul style="list-style-type: none"> -досягти необхідно сплющення внутрішніх схилів бугрів, зменшення їх виразності; вершину бугорка закругляють та скорочують (без небезпеки можливості зниження висоти прикусу).
3 Контроль	<p>Досягнення плавного, безперешкодного ковзання зубних рядів та контакту однойменних бугорків зубів-антагоністів; балансуєча сторона знаходиться в стані спокою.</p>

Висновки. Травматичні оклюзії потребують корекції у зв'язку із негативним впливом не тільки безпосередньо на групи зубів (особливо – тканини пародонту), але й на функцію жування (скронево-нижньощелепні суглоби, парафункції м'язів жування).

Необхідно враховувати відмінності клінічних проявів при різних видах травматичних оклюзій (дистальна, центральна, передня, бокові) та дотримуватися особливостей методичних підходів до комплексної корекції цих патологічних станів.

Література:

1. Зубкова Л.П. Енциклопедія Клініко-Аналітичної Стоматології. Багатотомне видання. Том 1. Republic of Moldova Europe: GlobeEdit, 2023. 225 с.
2. Зубкова Л.П. Енциклопедія Клініко-Аналітичної Стоматології. Багатотомне видання. Том 2. Republic of Moldova Europe: GlobeEdit, 2023. 221 с.
3. Скрипников П.М., Силенко Ю.І., Хребор М.В. Ортопедичні методи у комплексному лікуванні хвороб тканин пародонта. Навчальний посібник для ВНМЗ. Полтава, 2013. 128 с.
4. Физиотерапия. Под ред. Г. Н. Пономаренко. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 864 с.
5. Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология. Под ред. проф. А. М. Политун, проф. Н. И. Смоляр. Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 1999. 409 с.

References:

1. Zubkova L.P. (2023). Encyklopediya Kliniko-Analitychnoyi Stomatologiyi. Bagatotomne vydannya. Tom 1. Republic of Moldova Europe: GlobeEdit, 225 p.
2. Zubkova L.P. (2023). Ency`klopediya Kliniko-Anality`chnoyi Stomatologiyi. Bagatotomne vy`dannya. Tom 2. Republic of Moldova Europe: GlobeEdit, 221 p.
3. Skrypnykov P.M., Sylenko Yu.I., Khrebor M.V. (2013). Ortopedychni metody u kompleksnomu likuvanni khvorob tkanyn parodonta. Navchalnyi posibnyk dlia VNMZ. Poltava, 128 s.
4. Fyzyoterapyia. (2009). Pod red. H. N. Ponomarenko. Moskva: HЭOTAP-Medya, 864 s.
5. Hellwig E., Klimek J., Attin T. (1999). Terapevticheskaya stomatologiya. By prof. A.M. Polytun et prof. N.I. Smoliar. Per. s nem. Lvov: GalDent. 409 p.