

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

Окклюзионная травма.

*Желва паркером соответствует
специальности - ортодонтия.
Три раскрытые желва не
достаточно проанализирована
современная вспомогательная
лечение. Оценка "хорошо".*

Ткач
19.01.2021.

Выполнил ординатор
кафедры стоматологии ИПО
по специальности «ортодонтия»
Михеева Анна Владимировна
Рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья
Валентиновна

Красноярск, 2021

Оглавление

Травматическая окклюзия	4
Виды травматической окклюзии	4
Причины первичной травматической окклюзии.	5
Вторичная травматическая окклюзия	6
Клинические симптомы	6
Рентгенологические признаки:	6
Комбинированная окклюзионная травма	7
Прогноз	7
Современный взгляд на проблему	7
Нерациональное ортодонтическое лечение	8
Цели лечения окклюзионной травмы.....	8
План лечения окклюзионной травмы.....	8
Ортодонтическое лечение.....	10
Избирательное шлифование зубов	11
Шинирование зубов	11
Выводы:	12
Список литературы:	13

Классификация

- Первичная окклюзионная травма
- Вторичная окклюзионная травма
- Комбинированная окклюзионная травма
- Прогноз
- Современный взгляд на проблему
- Лечение

Травматическая окклюзия – это патологическое состояние смыкания зубных рядов, при котором возникает гиперфункциональное напряжение отдельных зубов или группы зубов, приводящее к изменениям в тканях периодонта, мышечным дисфункциям, заболеваниям височно - нижнечелюстных суставов.

В свою очередь длительно существующая травматическая окклюзия вызывает стойкие трофические нарушения тканей пародонта и ускоряет процессы деструкции, что ведет к значительному ухудшению клинической картины заболевания и прогрессированию патологического процесса гистологические изменения

Под действием окклюзионной травмы происходят гистологические изменения в тканях периодонта:

- циркулярные нарушения
- тромбоз сосудов периодонтальной связки
- отек и гиаланизация коллагеновых волокон
- воспалительная инфильтрация
- ядерный пикноз в остеобластах, цементобластах, фибробластах
- расширение сосудов вазодилатация

Виды травматической окклюзии:

По механизму развития различают:

- ***первичная окклюзионная травма,***
 - ***вторичная окклюзионная травма,***
 - ***комбинированная окклюзионная травма.***
-
- ***Первичная окклюзионная травма*** – повреждение интактного периодонта под действием чрезмерной по величине или необычной по направлению окклюзионной нагрузки
 - ***Вторичная окклюзионная травма*** – повреждение ослабленного в результате заболевания периодонта под действием нормальной окклюзионной нагрузки

- **Комбинированная окклюзионная травма** – повреждение ослабленного в результате заболевания периодонта под действием чрезмерной окклюзионной нагрузки.

Функциональная перегрузка периодонта может быть необычной:

- **по величине** (при увеличении межальвеолярной высоты на пломбе, коронке, вкладке, окклюзионной накладке);
- **по направлению** (при наклоненных зубах, нерациональном расположении кламмеров, в этих случаях преобладает горизонтальная нагрузка);
- **по времени действия** (при форсированном или нерациональном ортодонтическом лечении, при нарушении рефлекторной деятельности жевательных мышц, когда выпадает фаза относительного функционального покоя нижней челюсти и вместо разобщения зубы смыкаются при большой силе сокращения жевательных мышц, например, при бруксизме).

Причины первичной травматической окклюзии.

- Аномалии прикуса, при которых заболевания периодонта встречаются в 2 раза чаще: глубокий прикус, Мезиальный прикус, дистальный прикус, перекрестный прикус, снижение прикуса.
- Частичная вторичная адентия (дефекты зубных рядов).
- Повышенное стирание зубов.
- Ошибки в протезировании и лечении зубов
- Форсированное или нерациональное ортодонтическое лечение.
- Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
- Поражение жевательных мышц, парафункции
- Частые стрессы, сопровождающиеся повышенной мышечной активностью. Значительное напряжение жевательных мышц передает повышенное давление на периодонт.
- Хирургическое лечение периодонтитов, приводящее к перемещению отдельных зубов.

- Профессиональные вредности
- Нарушения прорезывания «зубов мудрости» (появление бугорково-бугорковых контактов).
- Значительные нарушения осанки.

Вторичная травматическая окклюзия

Вторичная травматическая окклюзия развивается на фоне заболеваний тканей периодонта, когда обычная жевательная нагрузка превращается в травмирующий фактор.

Клинические симптомы

К клиническим симптомам травматической окклюзии относят повышенную подвижность зубов, преждевременные контакты, ретракцию десневого края, повышенную чувствительность зубов к холоду, изменение положения зубов, патологическую стираемость твердых тканей зубов, бруксизм, болезненность при пальпации жевательных мышц, боли в области ВНЧС, головную боль.

При осмотре пациента выявляется:

- повышенная подвижность зуба,
- признаки воспаления в пародонте,
- периодонтальная щель расширена,
- высота межальвеолярных перегородок по данным рентгенографического исследования снижена

Отмечается прогрессирование подвижности зуба и потери высоты альвеолярного гребня.

Рентгенологические признаки:

При рентгенологическом исследовании могут обнаруживаться: расширение периодонтальной щели, резорбция костной ткани альвеолярных дуг челюстей в области корней зубов, утолщение или истончение компактной пластинки альвеолы, расширение трабекул и снижение

плотности костной ткани альвеолярной дуги, гиперцементоз или резорбция цемента корня, костные «карманы» , переломы корня и др.

Комбинированная окклюзионная травма

Однако, наиболее распространенной формой травматической окклюзии является комбинированная, которая характеризуется такими условиями, при которых повышенная нагрузка падает на пораженный пародонт. Высокая частота встречаемости данной формы травматической окклюзии связана с большой распространенностью заболеваний пародонта, поражающего практически все возрастные группы. В свою очередь, именно заболевания пародонта, характеризующиеся активным течением деструктивных процессов, чаще всего приводят к потере зубов и вызывают стойкие нарушения функции зубочелюстной системы.

Прогноз

Устранение травматической окклюзии, как правило, приводит к активации в тканях пародонта процессов репарации. Однако в подавляющем большинстве случаев из-за наличия длительно протекающих воспалительных процессов в пародонте полная регенерация его тканей невозможна.

Современный взгляд на проблему

Существует современная концепция влияния окклюзии на состояние тканей пародонта:

- Окклюзионная травма при отсутствии гингивита не приводит к образованию пародонтальных карманов
- Окклюзионная травма не приводит к потере соединительнотканного прикрепления.
- Смещение зубов происходит в направлении действия окклюзионной нагрузки.
- Односторонняя травма может привести к резорбции кости на стороне контакта и образованию костного нароста на противоположной стороне.

- Потеря кости может произойти со всех сторон зуба и может быть настолько значительной, что приведет к подвижности последнего.
- Оклюзионная травма при наличии воспаления может привести к потере альвеолярной кости.
- Оклюзионная травма может повлиять на ход заживления пародонта после проведения лечения.

Нерациональное ортодонтическое лечение

При форсированном или нерациональном ортодонтическом лечении ткани периодонта нагружаются больше в каком-либо одном направлении или возрастают величина и длительность воздействия сил, в участках сжатия начинают превалировать процессы резорбции. Как дисфункция вазомоторной иннервации, так и учащенное и однотипное воздействие жевательного давления сопровождаются нарушением кровоснабжения.

Цели лечения окклюзионной травмы

1. Полное устранение функциональной перегрузки.
2. Восстановление нормальной анатомической структуры и физиологических функций периодонта. При значительной деструкции тканей периодонта полного восстановления структуры и функции добиться не всегда возможно, и на первый план выходит необходимость стабилизировать процесс, с созданием условий для поддержания отличной индивидуальной гигиены полости рта.
3. Длительное поддержание достигнутого в результате лечения здорового состояния периодонта.

План лечения окклюзионной травмы

- *1 этап – предварительный (подготовительный).* Направлен на устранение острых явлений и заболеваний периодонта, включает:
 - активную санацию полости рта;
 - удаление корней зубов, не подлежащих терапевтическому или ортопедическому лечению;

- удаление зубов с апикальным хроническим периодонтитом, не подлежащих лечению;
- удаление зубов со значительной потерей костной ткани;
- вскрытие и лечение периапикальных абсцессов;
- лечение кариеса, пульпита, апикального периодонтита с хорошим или сомнительным прогнозом;
- снятие некачественных протезов;
- оказание неотложной помощи.

II этап – этиологическое лечение.

Направлено на исключение этиологических факторов, включает:

- удаление зубных отложений и полировка поверхностей зубов;
- коррекция пломб и протезов;
- коррекция окклюзионных контактов;
- контроль гигиены полости рта;
- контроль диеты;
- противомикробная терапия;
- временное шинирование;
- ортодонтическое лечение;
- непосредственное протезирование.

После этого проводится повторная оценка состояния периодонта, степени воспаления десны, глубины зубодесневых карманов. Затем решается вопрос о необходимости проведения следующего этапа лечения.

III этап – хирургическое лечение.

Цель данного этапа – исключение условий для поддержания воспаления, включает периодонтальную хирургию (кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия и лоскутные операции в различных модификациях).

IV этап – восстановительное лечение.

- Направлено на восстановление целостности зубного ряда и нормализацию окклюзионной нагрузки. Осуществляется путем

постоянного шинирования и окончательным рациональным протезированием.

- Затем проводят повторную оценку периодонтального статуса и переходят к последнему этапу лечения.

V этап – поддерживающий

Служит для достижения стойкой ремиссии и включает в себя:

- периодические визиты, контроль гигиены полости рта;
- коррекцию окклюзии;
- оценку воспаления, определение кармана, подвижности зуба.

Ортодонтическое лечение

Ортодонтическое лечение у больных с заболеваниями пародонта осуществляют с учетом:

- степени атрофии лунок смещенных зубов;
- артикуляционных взаимоотношений зубных рядов;
- степени наклона зубов;
- состояния пародонта зубов, их подвижности;
- характера прикуса, имеющегося снижения высоты прикуса («раздавленный прикус»).

Обычно ортодонтическому лечению подлежат:

1. вторичные деформации:
 - тремы и диастемы, обусловленные смещением зубов;
 - снижение межальвеолярной высоты, осложненное глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти;
 - феномен Годона;
2. зубочелюстные аномалии:
 - глубокий прикус;
 - прогения, осложненная уменьшением межальвеолярной высоты;
 - глубокий прикус, прогения, осложненные вторичной деформацией зубных рядов.

Ортодонтическое лечение патологии прикуса при пародонтите следует проводить осторожно, после ликвидации воспалительных изменений в краевом пародонте с помощью консервативного лечения и только в случаях, когда нарушения прикуса обусловлены смещениями нижней челюсти или деформациями зубных рядов.

Избирательное пришлифовывание зубов

Метод избирательного пришлифовывания зубов предполагает коррекцию функциональной окклюзии путем сошлифовывания выявленных преждевременных контактов (суперконтактов) на естественных и искусственных зубах.

Преждевременные контакты могут быть 4 типов:

- центральный
- на рабочей стороне
- на балансирующей стороне
- в передней окклюзии.

Цели избирательного пришлифовывания зубов

1. Устранение травматической перегрузки периодонта путем распределения функциональной нагрузки на возможно боль ее количество зубов.
2. Распределение жевательной нагрузки по оси зубов.
3. Устранение балансирующих и гипербалансирующих супраконтактов.
4. Создание стабильной устойчивой центральной окклюзии.
5. Снятие патологической активности жевательных мышц.
6. Профилактика и лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Шинирование зубов

Шинирование зубов относится к современному стоматологическому методу сохранения и предотвращения выпадения зубов. В основе лежит укрепление подвижных зубов шиной на определенный промежуток времени.

В результате пациент получает возможность полноценно пережевывать пищу, не опасаясь за свои зубы.

Задачи временного шинирования:

- Равномерно распределить силы жевательного давления между периодонтом зубов, включенных в шину.
- Предохранить подвижные зубы от дальнейшего повреждения их опорно-удерживающего аппарата.
- Предотвратить миграцию зубов.
- Стабилизировать зубы на весь период комплексного лечения болезней пародонта и изготовления постоянной шины.
- Установить прогноз в отношении «сомнительных» подвижных зубов после лечения;
- Обеспечить устойчивость достигнутых результатов ортодонтического лечения, предотвратить рецидив зубочелюстных аномалий.

Выводы:

- В настоящее время у пациентов все чаще встречается травматическая окклюзия. Эта патология сильно ухудшает жизнь пациента и может приводить к потере зубов либо к хроническим заболеваниям тканей пародонта.
- В следствии этого врачу стоматологу необходимо знать как определить травматическую окклюзия, на ранних этапах для её профилактики, и на поздних этапах для её лечения.

Список литературы:

1. Тычкова М.В. Методы диагностики окклюзионных взаимоотношений // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.;
2. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов. – 9-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 928 с.
3. Окклюзионная травма. Учебно-методическое пособие / М.А.Князева, Ю.П.Чернявский – Витебск: ВГМУ, 2012. – 130 с.
4. Юдина Н.А. Шинирование зубов в периодонтологии: учеб-метод. пособие / Н.А. Юдина, В.П. Кавецкий, М.О. Яковлева-Малых – Минск: БелМАПО, 2018 – 20с.
5. Пародонтология: национальное руководство / ред. Л. А. Дмитриева, 2013. - 712 с
6. Уильям Р. Профит. Современная ортодонтия / Р. Профит Уильям. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 15 с.
7. Черненко, С. В. Ортодонтия детей и взрослых / С. В. Черненко – 2018. – 195 с.