

Э. М. ГЕВОРКЯН

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ИХ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Из анализа литературных данных устанавливается, что вопрос патологической стираемости твердых тканей зубов разработан недостаточно. Имеется ряд работ, где описываются только отдельные случаи патологической стираемости [2, 3, 6].

В. Ю. Курляндский [4] различает три основных физических состояния твердых тканей зубов: 1) физиологическое стирание, 2) отсутствие стирания, 3) патологическое стирание. Отсутствие стирания и повышенное стирание он относит к патологическим состояниям. А. Л. Грозовский [3] различает физиологическую и патологическую стираемость, отмечая, что при физической форме стирания, в результате трения поверхностей зубов в процессе жевания и о пищу, могут быть выраженные дефекты в коронках зуба, например: стираются режущие края фронтальных зубов, жевательные поверхности боковых зубов и контактные точки.

В результате физиологического стирания на режущих краях фронтальных зубов и на жевательных поверхностях моляров образуются фасетки (отполированные площадки). На боковых поверхностях обнаруживается сглаживание выпуклости контактного пункта, который принимает форму небольшой площади. Стираемость ярче проявляется в пожилом возрасте.

Характер стираемости твердых тканей зубов находится в зависимости от типа прикуса. У людей с ортогнатическим прикусом и большим фронтальным перекрытием в большинстве случаев имеет место стирание губных поверхностей нижних передних зубов и небных поверхностей верхних; стирание тканей происходит в вертикальном направлении. При этом чаще всего у зубов образуются острые края. В некоторых случаях, при ортогнатическом прикусе, стирание зубов имеет место не только на наружных и внутренних поверхностях передних зубов, но и на жевательных поверхностях боковых зубов (рис. 1).

При прямом прикусе (рис. 2) обычно имеет место стирание тканей как на режущих краях передних, так и на жевательных поверхностях боковых зубов, т. е. стирание происходит в горизонтальном направлении. При этом на зубах образуются гладкие площадки.

Мы наблюдали, что при одном и том же виде прикуса степень и интенсивность стирания тканей может быть неодинакова.



Рис. 1.

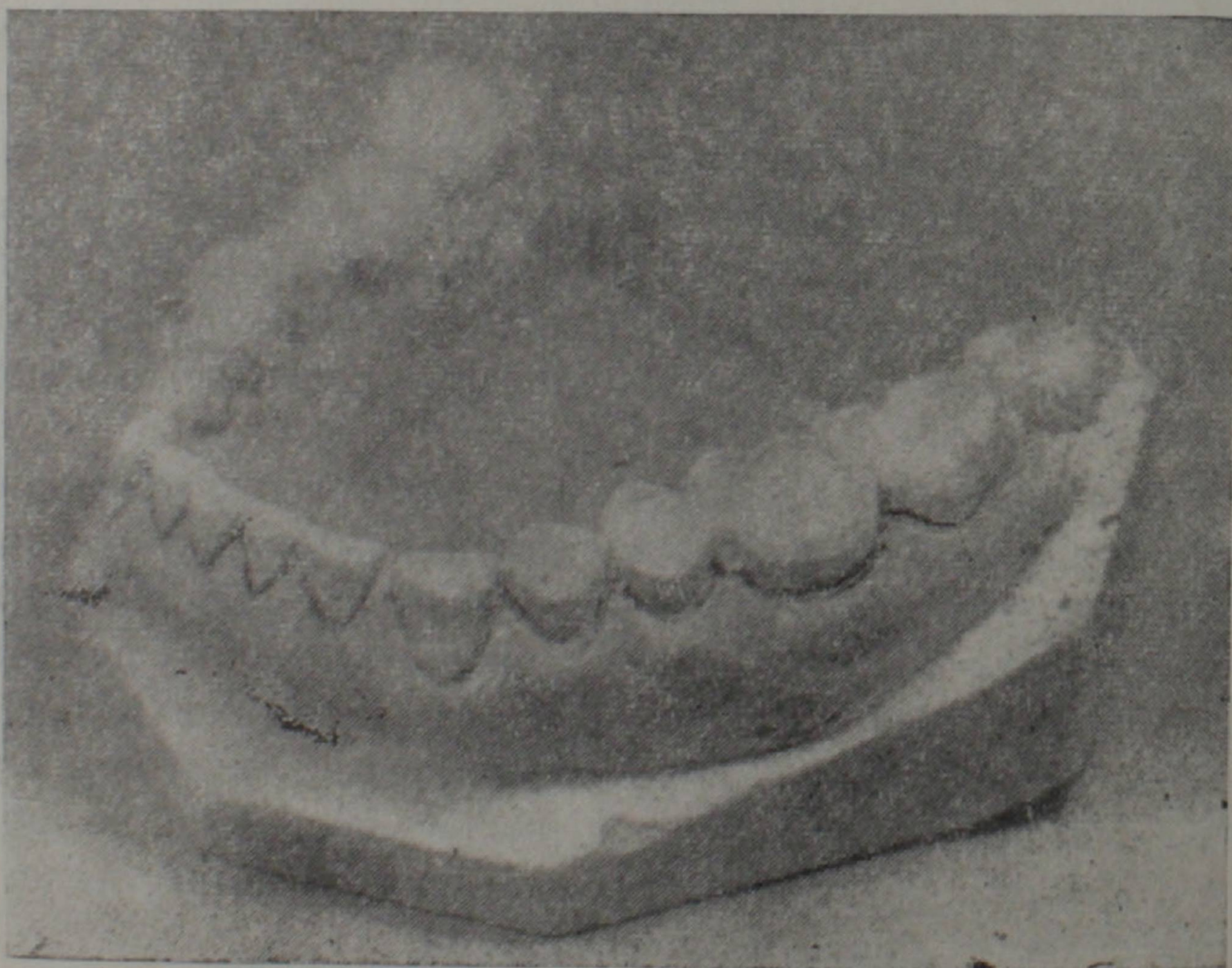


Рис. 2.

По мнению А. Л. Грозовского [3] и В. А. Алексеева [1], стирание зубов следует рассматривать не с точки зрения одного только механического фактора—трения антагонизирующих поверхностей во время жевания, здесь несомненно имеют место более глубокие процессы, связанные с явлениями нервно-дистрофического порядка, от которых зависит биологическая полноценность тканей.

Бозхард [8] объясняет причину отсутствия стираемости зубов тем, что нарушается взаимоотношение коэффициентов сопротивляемости тканей периодонта и зубов. Стираемость происходит тогда, когда коэффициент сопротивляемости периодонта более высок, чем коэффициент сопротивляемости зубов. Таким образом, по его мнению, стирание и пародонтоз обычно протекают одновременно.

Возможно, что стирание зубов предшествует пародонтозу. При пародонтозе зубы, вследствие своей подвижности, как бы ускользают из-под функциональных-вертикальных и горизонтальных травмирующих компонентов.

Таким образом, зубы, пораженные пародонтозом, не притираются своими буграми к антагонистам, а иногда до самого выпадения сохраняют бугры в нестертом состоянии. Однако бывают случаи, когда зубы, не приходящие в соприкосновение с антагонистами, стираются. Эта стираемость и количественно и качественно отличается от функциональной. Она объясняется не чрезмерной функцией, а патологией структуры твердых тканей, обладающих пониженной сопротивляемостью к механическому фактору.

Патологическая стираемость проявляется в результате функциональной недостаточности твердых тканей зубов. Она клинически проявляется как в исчезновении эмали, так и значительной части дентина. Коронки зубов уменьшаются в размере. Такая патология встречается в области отдельных групп зубов или всего зубного ряда.

Степень стираемости бывает различно выражена и иногда доходит до полного стирания всей коронки зуба, захватывая цемент корня.

В. Ю. Курляндский [4, 5] считает, что патологическая стираемость твердых тканей зубов объясняется не чрезмерной функцией зубов, а недостаточной их выносливостью к внешней нагрузке, вследствие патологической структуры твердых тканей, обладающих пониженной сопротивляемостью к механическому фактору (чистка зубов, смыкание зубных рядов, разжевывание пищи и др.). Д. А. Энтин [6] указывает, что патологическая форма стираемости зависит от возраста. При сбалансированной окклюзии до 30 лет стирается только эмаль, к 40 годам обнажается дентин, а к 70 годам коронка зуба может быть стерта до пульповой камеры. Если окклюзия не сбалансирована, то это ускоряет процесс стирания. Многие авторы [7, 9, 10] считают, что непрерывный процесс стирания естественного зуба есть фактор патологического порядка.

А. Л. Грозовский [3] первый из советских авторов дал клиническую классификацию характера патологической стираемости. Он выделяет три основные формы стираемости твердых тканей зубов: горизонтальную,

вертикальную и смешанную. Чаще всего в клинике приходится встречаться с горизонтальной и смешанной формами стирания. Горизонтальная форма в большинстве случаев бывает тотальной и встречается при непрерывном зубном ряде. Вертикальная форма встречается значительно реже, большей частью является частичной и локализуется чаще всего во фронтальном участке (рис. 3). Такой стираемости больше всего подвергаются зубы с нарушенной непрерывностью зубного ряда. Она почти всегда является результатом блокирующего прикуса. По-видимому, там, где имеет место больше шарнирных движений, будет преобладать вертикальная стираемость, там, где больше скользящих движений, будет проявляться горизонтальная стираемость.



Рис. 3.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 66 больных с патологическим стиранием твердых тканей зубов. Из них со снижением окклюзионной высоты — 43 больных (мужчин 33, женщин—10) и без снижения окклюзионной высоты—23 (12 мужчин, 11 женщин, в возрасте от 35 до 70 лет).

На основании анализа клинического материала мы имели возможность выделить две формы патологической стираемости при интактных зубных рядах.

Первая форма патологической стираемости твердых тканей зубов—это снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица. В этих случаях разница между высотой нижнего отдела лица в положении физиологического покоя и окклюзионной высотой выражалась в пределах от 3 до 7 мм. При этом у больных отмечались внешние изменения нижнего отдела лица, углубление носогубных складок, опускание углов рта и приближение подбородка к носу.

При томографическом исследовании нами выявлено изменение соотношений элементов челюстно-височного сустава: суставная головка перемещалась назад и вниз, щель между передней поверхностью сустав-

ной головки и скатом суставного бугорка расширялась, а между задней поверхностью суставной головки и задним суставным отростком—суживалась (рис. 4).

Вторая форма патологической стираемости, без снижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица, характеризуется отсутствием внешних изменений со стороны нижнего отдела лица; на томограммах изменений со стороны челюстно-височного сустава не выявлено. У 11 больных мы наблюдали стираемость коронок до десневого края, сопровождающуюся гипертрофированной формой альвеолярного отростка. Свободный промежуток между зубами не превышал 2—3 мм.



Рис. 4.

Смешанная форма стираемости наблюдалась нами в 18 случаях, когда фронтальные зубы стираются в вертикальном направлении, а боковые — в горизонтальном. Обычно эта форма наблюдается при нарушении целостности зубных рядов.

Горизонтальная форма чаще наблюдается в интактных зубных рядах (13 больных). При этом режущие края фронтальных зубов превращаются в широкие давящие поверхности и не выполняют своей основной функции — откусывания пищи.

Вертикальная форма встречается реже и локализуется в области фронтальных зубов. Эта форма стираемости сопровождается понижением окклюзионной высоты нижнего отдела лица; при сагиттальной и трансверзиальной окклюзиях появляется просвет в области боковых зубов. Режущие края фронтальных зубов резко истончаются, и возможна их фрактура. На жевательных зубах образуются фасетки, в результате чего уменьшается рабочая поверхность зубов. Острые края стертых зубов травмируют слизистую оболочку неба, щек и языка.

Выделение двух форм патологической стираемости имеет большое значение в клинике ортопедической стоматологии. Протезирование больных при сниженной окклюзионной высоте не встречает больших затруднений. Мы исходим в этих случаях из положения физиологического покоя

мышц жевательного аппарата и соотношения элементов челюстно-височного сустава.

При стираемости зубов без снижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица протезирование представляет большие затруднения. Существующая подготовка полости рта до настоящего времени подчинялась задаче выравнивания окклюзионных поверхностей, а метод укорочения зубов, удалений и даже резекции альвеолярного отростка не соответствует представлению о сохранении функционального состояния жевательного аппарата.

Создание трехпунктного контакта по Бонвилью на металлических вкладках не всегда оправдывает себя, так как часто процесс стирания продолжается. При стираемости зубов без снижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица мы провели лечение 23 больных наиболее рациональными видами протезов, которые позволили щадить твердые ткани зубов и создать полноценный функциональный жевательный аппарат.

В ы в о д ы

1. Патологическая стираемость твердых тканей зуба представляет собой прогрессирующий процесс, часто встречающийся в клинике. Вопрос о стираемости твердых тканей зуба—это важный и в то же время мало изученный вопрос в стоматологии, особенно мало изучен вопрос при ортопедическом вмешательстве.

2. Деление стираемости зубных тканей на физиологическую и патологическую представляет собой часто теоретический интерес. Для практического врача нужна классификация разных форм стираемости, которая помогла бы выбрать правильный метод лечения.

При соблюдении определенных условий протезирования больных со стертой твердых тканей зубов можно получить хорошие результаты, применяя обычные коронки, колпачки с фасетками и колпачки с фасетками типа Ричмонта.

3. Создание трехпунктного контакта по Бонвилью на коронках и металлических вкладках не всегда оправдывает себя. Часто процесс стирания продолжается.

4. На основании всестороннего изучения больных с локализованной и генерализованной формами стираемости твердых тканей зубов (по классификации В. Ю. Курляндского) нами установлено, что снижение окклюзионной высоты не зависит от формы стираемости зуба.

5. При нарушении целостности зубных рядов и с последующим снижением высоты нижнего отдела лица суставная головка смещается назад и вниз и оказывает давление на задний суставной отросток, а не на костный бугорок.

При патологической стираемости, когда нет понижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица, в челюстно-височном суставе не наблюдается изменений.

Է. Մ. ԳԵՎՈՐԴՅԱՆ

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ԿԱՐԾՐ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՄԱՇՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԱՅՆԱՑՎԱԾ ԵՎ
ԸՆԴՀԱՆՐԱՑՎԱԾ ՁԵՎԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ
ՕՐԹՈՊԵԴԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրվել են 66 հիվանդների ատամների կարծր հյուսվածքների ախտաբանական մաշվածությունը և բուժումը:

Հետազոտության ժամանակ պարզվել է, որ վերը նշված ախտաբանական վիճակը հաճախ է հանդիպում կլինիկայում, սակայն այն քիչ է ուսումնասիրված:

Մինչև այժմ ատամների կարծր հյուսվածքի մաշվածությունը բուժելու նպատակով առաջարկել են մաշված ատամները հեռացնել: Այլ հեղինակներ նման ատամների վրա պատրաստել են թասակիկ կամ շարժական պրոտեզ, իսկ այժմ առաջարկվում է պատրաստել կամրջաձև անշարժ պրոտեզ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев В. А. Стоматология, 1948, 5, стр. 52.
2. Гаркуша Г. А. Стоматология, 1930, 1, стр. 19.
3. Грозовский А. Л. Клиническая характеристика различных зубных форм, зубной окклюзии. Диссертация, М., 1946.
4. Курляндский В. Ю. Учебник ортопедической стоматологии. М., 1962.
5. Курляндский В. Ю. Зубное протезирование. Атлас, т. 1, М., 1963.
6. Энтин Д. А. Советская стоматология, 1940, 2, стр. 3.
7. Adloff G. Einige Bemerkungen zur Abrasionstrage zahnärztl. Rundsch 50, 1940.
8. Bosshard H. Les abrasions dentaires. Schweiz Monatssch f. Zahnheilk, 10, 1938.
9. Harris H. Effect of loss of vertical dimension on anatomic structures of the head on neck. J. Am. dent. Assoc. 2, 1938.
10. Ilg Y. Traumatische okklusion Zahnärztl Rundsch. 52, 1934.