

ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПРИВЫЧНАЯ ОККЛЮЗИИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ

Кибкало А.П.², Саркисов К.А.², Михальченко Д.В.¹, Пчелин И.Ю.¹, Михальченко А.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов, 1), alekseymiha@yandex.ru;

²ГБОУ ВПО «Астраханский Государственный медицинский университет», Астрахань, Россия (414000, г. Астрахань, Бакинская, 121)

Наблюдениями за клиническими проявлениями различных типов соотношения зубных рядов и на примере преимущественной стороны жевания и привычного прикуса позволяют сделать вывод о том, что большинство жевательных движений человек совершает на преимущественной стороне. Дефекты зубных рядов также чаще встречались на преимущественной стороне жевания. При отсутствии осложняющих факторов (дефектов зубов и зубных рядов, деформаций, аномалий и т.д.) преимущественная сторона жевания сохраняется в течение жизни и является вариантом индивидуальной и возрастной нормы. Возникновение причинных факторов на стороне, противоположной доминирующей, в меньшей степени влияет на эффективность жевания, не вызывает выраженных изменений со стороны ВНЧС и не требует предварительной перестройки стереотипа жевания перед протезированием. Дефекты зубных рядов и другие этиологические факторы на преимущественной стороне приводят к переводу акцента жевания с рабочей стороны на балансирующую и изменяют биомеханику жевания. У пациентов со стойкими осложнениями, когда причинные факторы возникали и действовали от полутора, двух и более лет, выработался привычный прикус и новый стереотип жевания. Попытки возвращения предшествующего типа жевания и ранее доминирующей стороны жевания у этой группы больных не представляется возможным, так же как невозможно восстановление деформированных элементов височно-нижнечелюстных суставов. Протокол лечения таких пациентов должен включать в себя комплекс мероприятий, направленных на остановку прогрессирования процесса, устранение болевого синдрома, устранение выраженных деформаций и дефектов зубных рядов и восстановление в пределах возможного эффективности жевания.

Ключевые слова: центральная окклюзия, привычная окклюзия, преимущественная сторона жевания

CENTRAL AND HABITUAL OCCLUSION. DEFINITION, CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT OF ABNORMALITIES

Kibkalo A.P.², Sarkisov K.A.², Mikhalchenko D.V.¹, Pchelin I.Y.¹, Mikhalchenko A.V.¹

¹«Volgograd State Medical University», Volgograd, Russia (400001, Volgograd pl. Pavshih fighters, 1), alekseymiha@yandex.ru;

²«Astrakhan State Medical University», Astrakhan, Russia (400001, Astrakhan, Bakinskaya, 121)

Observations of clinical manifestations of the different types of ratios dentitions and for example, the primary side of mastication and habitual occlusion allow us to conclude that most of the chewing movements of the person performs on the preferential side. The defects of dentition as common on the preferential side chewing. In the absence of complicating factors: defects of the teeth and dentitions, deformations, abnormalities, and so on, the primary side chewing lasts for life and is a variant of individual and age norms. The emergence of the causal factors on the side opposite the dominant, to a lesser extent, affects the efficiency of mastication, does not cause apparent changes from TMJ and do not require pre-perestroika stereotype chewing before prosthetics. The defects of dentition and other etiological factors on primary side lead to transfer of accent chewing from the working party on the balancing and alter the biomechanics of mastication. In patients with persistent complications when causal factors emerged and operated from one and a half, two years or more, has developed a habitual occlusion and the new stereotype of chewing. Attempts to return to previous type of mastication and the previously dominant hand chewing in this group of patients is not possible, as you cannot restore the deformed elements temporomandibular joints. Protocol for the treatment of such patients should include a complex of measures aimed at stopping the progression of the process, the elimination of pain, elimination of apparent deformations and defects of dentition and restore to the extent possible, the effectiveness of chewing.

Keywords: central occlusion, habitual occlusion, preferred chewing side

Технический термин «окклюзия» (лат.) означает запираение, скрывание, поглощение, а в медицинской терминологии – закупорка или смыкание (зубов), прикус. В начале прошлого века в отечественной литературе появилось определение окклюзии как всякого ряда контактов зубов верхней и нижней челюсти в статическом состоянии, которые рассматривались как начальный и конечный пункты артикуляции. Было описано 5 видов физиологической окклюзии (прикуса) – центральная, передняя, задняя и две боковые; 5 разновидностей патологического прикуса, сформулированы основные суставные, мышечные и зубные признаки этих соотношений зубных рядов [1, 2, 7]. Эти нозологические разновидности окклюзии использовались в зарубежной литературе и практике и вошли в отечественные учебные пособия и руководства [4, 6].

Однако к настоящему времени количество формулировок, разновидностей и определений окклюзии составляет свыше двадцати. Это травматические (первичные и вторичные), приемлемые и неприемлемые, центрические и эксцентрические, свободные и гармоничные, лингвализированные и имплантологические [1,9]. Такое обилие терминологии не может способствовать диагностике и пониманию различных отклонений окклюзий от нормы, особенно при патологических состояниях, нередко вовлекающих в процесс все органы и ткани, составляющие зубочелюстно-лицевую область и височно-нижнечелюстные суставы.

У большинства пациентов отмечается наличие функционально-доминирующей (преимущественной) стороны жевания, может быть право- или левосторонний тип жевания [2, 7]. Причем преимущественная сторона жевания формируется не под влиянием внешних факторов, а закладывается генетически, в зависимости от функциональной специализации мозга, и формируется параллельно с осознанными двигательными реакциями и становлением прикуса молочных и постоянных зубов. Установлено, что до 75% жевательных движений человек совершает на преимущественной стороне. Это подтверждает единство нейромышечной системы и зависимость функции парных органов, в том числе и жевательных мышц, от функциональной асимметрии мозга и проявляется у каждого человека свойственными ему индивидуальными особенностями – «ведущая» рука, «толчковая» нога, «ведущий» глаз, ухо и т.д. [3, 5, 8].

Цель исследования: проанализировать изменения жевательной поверхности зубов, мышц и височно-нижнечелюстных суставов на функционально-доминирующей и противоположной сторонах жевания, изучить стабильность преимущественной стороны жевания в различные возрастные периоды, возможность ее изменения на противоположную и причинные факторы, приводящие к этим изменениям.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 350 человек с интактными зубными рядами в возрасте от 20 до 60 лет, 10 пар близнецов с постоянным прикусом и 300 пациентов с различными дефектами зубных рядов и ранее изготовленными зубными протезами. В своей практике и научных исследованиях мы придерживались устоявшихся определений окклюзии и исследовали ее в различные возрастные периоды с интактными зубными рядами, при наличии дефектов, включая полное отсутствие, на фоне возникающих деформаций и при смещениях нижней челюсти. Право- или левосторонний тип жевания был выявлен в 96% у лиц со сформированным прикусом и в 100% — у пациентов с полным отсутствием зубов.

Проводились хронометрия жевания, окклюдзография, функциональные жевательные пробы, исследовалась электромиография жевательных мышц в различные возрастные периоды. Установлено, что до 75% жевательных движений человек совершает на преимущественной стороне. Из 300 обследованных пациентов у 160 дефекты зубных рядов были на преимущественной стороне жевания. Длительность наличия этих дефектов составляла от 3–5 месяцев до 3–5 и более лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования показали, что стираемость зубов, плотность окклюзионных контактов, эффективность пережевывания пищи и тонус жевательных мышц в 1,2–1,4 раза превалировали на преимущественной стороне. Эти изменения рассматривались нами как возрастные, они нивелировались адаптационными механизмами жевательного аппарата и учитывались при проведении реставрационных протетических мероприятий.

Динамические наблюдения над группами исследуемых в различных возрастных группах (от лиц с интактными зубными рядами до людей с полным отсутствием зубов) позволили нам сделать аргументированный вывод о том, что преимущественная сторона жевания, как и другие генетически обусловленные стереотипы работы парных органов (типа право- и леворукости), сохраняются в течение жизни и являются вариантом индивидуальной и возрастной нормы. Однако такая стабильность сохраняется только при отсутствии осложняющих факторов: дефектов зубов и зубных рядов, деформаций, аномалий, травм и иррациональных протезов. Возникновение причинных факторов на стороне, противоположной доминирующей, в меньшей степени влияет на эффективность жевания, не вызывает выраженных изменений со стороны ВНЧС и не требует предварительной перестройки стереотипа жевания перед протезированием. Дефекты зубных рядов и другие этиологические факторы на преимущественной стороне приводят к переводу акцента жевания с рабочей стороны на балансирующую и изменяют биомеханику жевания. Степень выраженности осложнений в этих случаях зависит в первую очередь от срока действия этих факторов (давности возникновения), топографии дефектов и их объема (величины и степени

выраженности). Под влиянием этих причин нейромышечный комплекс жевательного аппарата вынуждает нижнюю челюсть в той или иной степени смещаться в более комфортное положение относительно зубного ряда верхней челюсти и со временем приводит к выработке нового стереотипа работы жевательных мышц и к новому соотношению зубных рядов. Такой вид прикуса профессор Ильина-Маркосян (1973 г.) предложила называть привычной окклюзией, рассматривая его как разновидность патологического прикуса. Мы не разделяем мнение авторов, называющих центральную окклюзию в ее классическом понимании при ортогнатическом прикусе и интактных зубных рядах привычной. Наше мнение базируется на том, что суставные, мышечные и зубные признаки привычной окклюзии не соответствуют признакам центральной окклюзии, поэтому эти два понятия нельзя считать тождественными.

В первой группе (у 10%) при небольших дефектах преимущественная сторона жевания после их возникновения не менялась, сохранялась до начала протезирования и составляла от 3–5 до 12 месяцев. Осложнения в этой группе проявлялись в виде повышенной локализованной стираемости, деформациями 1-й степени, легкими дисфункциями ВНЧС на балансирующей стороне и другими слабовыраженными отклонениями. Этим пациентам перед протезированием не требовалось проводить перестроечных мероприятий. Причинные факторы устранялись восстановлением целостных зубных рядов протетическими и реставрационными конструкциями в обычные адаптационные сроки.

В другой группе у 96 лиц дефекты на функционально-доминирующей стороне существовали от 12 до 24 месяцев, и к моменту обращения за ортопедическим лечением жевание вынужденно осуществлялось на противоположной стороне. Это сопровождалось более выраженными характерными симптомами и требовало на предварительном этапе восстановления положения нижней челюсти, высоты нижней трети лица, устранения деформаций и предварительного протезирования временными конструкциями. Такая подготовка к окончательному протезированию позволяла восстановить предшествующий тип жевания, но иногда требовала значительного адаптационного периода с использованием капш типа «ТМЖ».

Третью группу (48 человек) составили больные со стойкими осложнениями, когда причинные факторы возникали и действовали от полутора, двух и более лет. За это время у пациентов выработался привычный прикус и новый стереотип жевания под влиянием нерационального предшествующего протезирования, неустраненных дефектов и деформаций зубных рядов, незаконченного ортодонтического лечения, повышенной стираемости зубов и других причин.

У всех пациентов были выраженные в той или иной степени дисфункциональные, а нередко (20%) и морфологические изменения в височно-нижнечелюстных суставах. Конусно-лучевой компьютерной и магнитно-резонансной томографией устанавливались деформации суставных головок, транспозиции внутрисуставных дисков, привычные вывихи; клиническими функциональными пробами фиксировались нарушения траектории открывания рта, болезненные симптомы, а иногда и «разболтанность» суставов.

Попытки возвращения предшествующего типа жевания и ранее доминирующей стороны жевания у этой группы больных не приводили к успеху. Это объясняется нами стойкостью произошедших нейромышечных изменений и выработкой нового, ставшего привычным стереотипа жевания. В этой группе больных деформированные элементы височно-нижнечелюстных суставов восстановить не представлялось возможным. Поэтому протокол лечения таких пациентов включал в себя комплекс мероприятий, направленных на остановку прогрессирования процесса, устранение болевого синдрома, устранение выраженных деформаций и дефектов зубных рядов и восстановление в пределах возможного эффективности жевания. Задача восстановления ранее существовавшей функционально-доминирующей стороны жевания и устранения сформировавшейся привычной окклюзии у пациентов этой группы невыполнима.

Заключение

1. В результате проведения хронометрии жевания, окклюдозографии, функциональных жевательных проб, электромиографии жевательных мышц установлено, что до 75% жевательных движений человек совершает на преимущественной стороне. У 53% обследованных пациентов дефекты зубных рядов встречались на преимущественной стороне жевания.

2. При отсутствии осложняющих факторов (дефектов зубов и зубных рядов, деформаций, аномалий и т.д.) преимущественная сторона жевания сохраняется в течение жизни и является вариантом индивидуальной и возрастной нормы.

3. Возникновение причинных факторов на стороне, противоположной доминирующей, в меньшей степени влияет на эффективность жевания, не вызывает выраженных изменений со стороны ВНЧС и не требует предварительной перестройки стереотипа жевания перед протезированием.

Дефекты зубных рядов и другие этиологические факторы на преимущественной стороне приводят к переводу акцента жевания с рабочей стороны на балансирующую и изменяют биомеханику жевания.

4. Суставные, мышечные и зубные признаки привычной окклюзии не соответствуют признакам центральной окклюзии, поэтому понятия «центральная окклюзия» в ее

классическом понимании при ортогнатическом прикусе и интактных зубных рядах и «привычная» нельзя считать тождественными.

5. У пациентов со стойкими осложнениями, когда причинные факторы возникали и действовали от полутора, двух и более лет, выработался привычный прикус и новый стереотип жевания. Попытки возвращения предшествующего типа жевания и ранее доминирующей стороны жевания у этой группы больных не представляется возможным, так же как невозможно восстановление деформированных элементов височно-нижнечелюстных суставов. Протокол лечения таких пациентов должен включать в себя комплекс мероприятий, направленных на остановку прогрессирования процесса, устранение болевого синдрома, устранение выраженных деформаций и дефектов зубных рядов и восстановление в пределах возможного эффективности жевания.

Список литературы

1. Гросс М.Д., Метьюс Ж.Д. Нормализация окклюзии: пер. с англ. М. Медицина, 1986. — 288 с.
2. Кибкало А.П. Индивидуально-типологические особенности жевания и их учет при реабилитации жевательного аппарата: дисс...д-ра мед. наук/ Спб., 1997. — 166с.
3. Клаучек С.В., Шемонаев В.И., Моторкина Т.В., Михальченко Д.В., Величко А.С. Физиология рефлекса. Рефлекторная регуляция сократительной способности жевательных мышц и ее значение в клинике ортопедической стоматологии. / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 7. С. 29–31.
4. Машков А.В., Чернышев В.В., Шемонаев В.И. Клинико-математический алгоритм построения оси зуба. / Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 3. С. 16–18.
5. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Модифицированная методика оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям. / Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 342–345.
6. Михальченко Д.В., Данилина Т.Ф., Верстаков Д.В. Протезирование зубов с низкой короной несъемными мостовидными протезами. / Фундаментальные исследования. 2013. № 9-6. С. 1066–1069.
7. Музурова Л.В., Резугин А.М., Коннов В.В. Возрастная и индивидуальная изменчивость верхней и нижней челюстей у лиц с ортогнатическим прикусом. / Саратовский научно-медицинский журнал. 2007. Т. 3. № 3. С. 34–36.

8. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Осокин А.В., Малолеткова А.А., Шкарин В.В. Комплексный подход в лечении пациентов с окклюзионными нарушениями зубных рядов. / Современная ортопедическая стоматология. 2011. № 16. С. 16–20.
9. Шемонаев В.И., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Михальченко А.В. Определение жевательной эффективности при различных функциональных состояниях. / Актуальные вопросы клинической стоматологии. 48-я научно-практическая конференция стоматологов Ставропольского края, посвященная 75-летию Ставропольского государственного медицинского университета / Под ред. Н. Н. Гаражи. 2013. С. 216–218.

Рецензенты:

Фирсова И.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ВолгГМУ, Стоматологическая поликлиника ВолгГМУ, г. Волгоград;

Данилина Т.Ф., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, Стоматологическая поликлиника ВолгГМУ, г. Волгоград.