

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за стоматолошка протетика

ТРАУМАТСКАТА ОКЛУЗИЈА И НЕЈЗИНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ СОГЛЕДАНИ ОД ПРОТЕТИЧКИ АСПЕКТ

Мирчев, Е. И. Богдановски, Д. Велески

Авторите се произнесуваат за присуството на оклузалните пречки од протетичко потекло како етиологија на трауматската оклузија и можните последици врз ткивата на орофацијалниот систем. Преку анализа на сопствен материјал и библиографска анализа доаѓаат до одреден процент на појавата на трауматската оклузија. Тие критички се осврнуваат и врз тоа што секоја оклузална тешкотија и присуство на „огледалце“ на протетичката конструкција не претставува и трауматска оклузија. Врз база на сопствените испитувања авторите предлагаат метод на индивидуална реоклузија и реатрикулација, со цел благовремено да се отстранат евентуалните оклузални пречки настанати со моделирањето во оклудатор кадешто нема можност за имитирање на функционалните движења.

Природните забни низи се карактеризираат со оклузална рамнотежа кадешто функционалните сили што дејствуваат во разни насоки се наоѓаат во рамнотежа со силите на отпорот. Таа рамнотежа може да се наруши во текот на животот. И кај природните и кај вештачките заби, често се присутни поединечни предвременни контакти кои ја нарушуваат хармонијата на орофацијалниот систем. Предвремените оклузални контакти се најчесто причина за појава на оклузална траума бидејќи се придружени со дејството на функционалните сили во различни насоки, кои можат да бидат штетни.

Трауматската оклузија, или оклузалната траума, претставува асептична ткивна промена од дисфункционално потекло која има за последица губење на ткивната супстанција, морфолошки промени на одредени структурни, инфламаторни асептични реакции, различни болни феномени и функционални промени на орофацијалниот систем.⁶

Во етиологијата на појавата на оклузалните пречки и раниот оклузален контакт можат да се наведат многубројни фактори, како: малоклузијата на забите, лошиот сооднос меѓу клиничката коронка и клиничкиот корен на забот, абразијата на оклузалните површини, реакцијата на потпорните ткива, губењето на одделни заби, што доведува до разни дисхармонии, лошите конзервативни полнења, неадекватно изработените протетички конструкции и др.

* Трудот е читан на IV-те македонско-црногорски медицински средби – Отешево 83.

Лазаревска² наведува дека 26,6% од протетичките изработки предизвикуваат трауматска оклузија. Шабанов⁸ ⁹, кај 15,8% од фиксните изработки нашол трауматска оклузија, додека истиот автор⁹ во друга прилика нашол 81,7% трауматска оклузија кај коронките и 18,3% кај членовите на мостот. Мирчев⁴ ⁵ нашол 11,67% јасно изразени и прогризени оклузални фасети кај штанцаните коронки.

Последиците од трауматската оклузија се одразуваат на одделни или на сите компоненти на орофацијалниот систем:

– на забите и антагонистите се манифестираат како абразија, расклатеност на забот поради притисок или поради неповолниот сооднос на коренот и коронката;

– кај пародонциумот, со преоптоварувањето можат да се оштетат сите пародонтални ткива. Владее мислење дека трауматската оклузија без присуство на локална иритација на пародонциумот не може да предизвика инфламација, бидејќи не може да ги разори гингивалните влакна; пародонциумот е со богата адаптациона способност и е доста отпорен на трауматските сили;

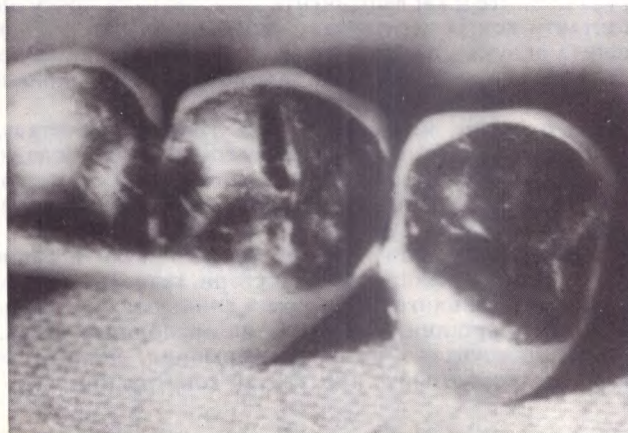
– на мускулите се манифестира со појава на одреден степен на тензија, неспособност да се контрахираат, замор, па дури и појава на спазми, контрактури и болка. Тоа доаѓа оттаму што мускулите ја зголемуваат својата активност за да ја совладаат оклузалната пречка, за да можат да ги доведат забите антагонисти во контакт;

– оклузалната траума во темпоромандибуларниот зглоб се манифестира со болка, за чија етиологија постојат разни мислења.

Целта ни беше да видиме колку присутните рани оклузални контакти доведуваат до трауматска оклузија со последици на компонентите на орофацијалниот систем и дали секоја дисхармонија доведува и до трауматска оклузија. Исто така ќе ја разгледаме и можноста за индивидуална реоклузија и реартикулација со привремено носење на фиксните протетички изработки.

Материјал и метод на работа

Сознанијата за трауматската оклузија и последиците од неа ги црпеме од анализата на сопствените испитувања кај 3384 пациенти со фиксни и мобилни протетички изработки и втора група од 113 пациенти откриени по случаен избор и само со фиксни изработки. Анализата и откривањето на оклузалната траума ја



sl. 1

изведување врз база на наодите на: 1. рендгенскиот статус, каде што се открива ресорпцијата на алвеоларната коска, присуството и локализацијата на коскените џебови и ширината на периодонталниот простор; 2. пародонталниот статус, кој опфаќа мерење на пародонталните индекси, како степенот на воспаление на гингивата, длабината на џебовите, ресорпцијата на алвеоларната коска, ретракцијата на гингивата и разнишаноста на забите; 3. протетичкиот статус, кој опфаќа анализа на оклузијата и артикулацијата, што се констатира преку инспекција, проверка со артикулациона хартија, или загриз во восок, присуство на импресии на оклузалната површина (сл. 1.), како и преку субјективното чувство на пациентот кон протетичката конструкција.

Резултати и дискусија

Од прегледаните 3384 пациенти со фиксни и мобилни протетички конструкции најдовме 1746 мостови, 1310 коронки, 285 парцијални протези и 319 тотални протези. Од парцијалните протези, 86% беа со еднострано и двострано терминално седло, кои се најчести предизвикувачи на трауматска оклузија. Од мостовите, 20% беа крилни мостови и 1,37% мостови со голем распон (циновски мостови). Од коронките, 24% беа со јасни абразивни фасети или прогризени поради присуството на ран оклузален контакт. Во втората група беа испитани 113 пациенти само со фиксни конструкции, по случаен избор. Наидовме на 11,67% штанцани изработки, со оклузални пречки, што довело до прогризување на коронките. За оваа група не беше евидентиран процентот на оклузалните пречки при леаните конструкции, за кои секако сметаме дека постоеле. За тоа зборува наодот на Шабанов (1982), кој кај леаните коронки во 81,7% нашол ран оклузален контакт и трауматска оклузија и во 18,3% кај членовите на телото.

Од секоја протетичка конструкција се бара не само надоместување на загубените заби туку и тоа, тие биолошки да се вклопат и да дејствуваат превентивно на живата средина во устата, да се постигне рамномерен и едновремен контакт на забите, хармонична оклузија. Тоа ќе овозможи оклузалното оптоварување да се распореди на преостанатите заби и потпорни ткива во границите на нивните физиолошки толеранции.

Наједноставен начин и од протетичарите најпрепорачуван за постигнување хармонична оклузија при изработката на некоја протетичка конструкција е работата во индивидуален артикулатор. За жал, мора да се констатира дека таквите се уште се далеку од нас, па дури е многу ретка и употребата на артикулатор со средна вредност. Изработката на фиксните конструкции во повеќе од 95% од случаите се изведува во оклузатор од гипс или месинг, на модел добиен со отпечаток земен во загриз и ретко од цела вилица. Нормално, на таквите модели може да се изразат само и функционалните движења. Изработката на протетички конструкции со оклузална морфологија која не одговара на преостанатите заби доведува до неадекватно трошење и оптоварување на забите. Од тие причини постои голема можност за појава на оклузални пречки, односно за појава на оклузална дисхармонија. Дали таа дисхармонија и тие помали или поголеми оклузални пречки ќе доведат до појава на трауматска оклузија со сите можни манифестации, зависи од многу фактори. Ретко кога постои само еден причинител, а почесто се повеќе причинители што предизвикуваат дисхармонија. Тешко е да се оддели кој од нив е директен (декланширачки) фактор за појавата на патолошкиот процес, а кој фактор го олеснува (предиспонирачки) патолошкиот процес.

Немањето можност за работа во индивидуален артикулатор и несигурноста во компензирањето на оклузалната пречка не наведуваат да предложиме индивидуална реоклузија и реартикулација на фиксните изработки преку давање на привремено носење од 8 дена, со привремено цементирање. Провизорното цементирање се изведува со некоја СОК паста за функционален отпечаток или со

скутабонд паста. Тоа средство го одржува соодносот на коронката кон трупчето, индиректно придонесува за ретенцијата, дејствува превентивно на препарирањето заб или спречува надворешните влијанија врз забот.

По 8 дена од носењето (може и подолго, но не е потребно), конструкцијата се симнува и се анализира присуството или отсуството на сјајни места, импресии, познати како „огледалца“ на оклузалната површина. Тоа се предвремените контакти и тие стануваат видливи како резултат на индивидуалното функционално користење на конструкцијата.

Сега веќе сме во можност тие места да ги анализираме, коригираме (истружеме) и полираме. По потреба, постапката може да се повтори уште еднаш пред дефинитивно да се цементира. На тој начин ги коригираме пропустите настани при моделирањето во оклудатор (кадешто не е можно изведување на функционални движења).

Со привременото носење се дава можност за тестирање и адаптирање на работ на коронката кон границата на препарацијата и, уште повеќе, кон подвижниот гингивален раб. Присуството на воспаление околу коронката зборува дека таа е со дебел раб, широка или долга, дејствува иритирачки, што доведува до видливи промени на гингивата. Преку установување на пречката, преку нејзино коригирање и полирање може многу да се придонесе за пародонталната профилакса.

Според повеќе автори, трауматската оклузија не предизвикува инфламација на пародонциумот без присуство на локална иритација. Лошо адаптираниот раб на коронката и лошата усна хигиена се најчестите надрознувачки фактори за појавата на инфламација.

Привременото носење на фиксните конструкции по 8 дена дава можност едновремено да се врши и тестирање и димензионирање на работ од коронката кон подвижната гингива, што ќе овозможи исклучување или намалување на иритацијата.

Треба да се нагласи дека присуството на оклузалната дисхармонија не значи истовремено и задолжително настанување на трауматска оклузија, бидејќи нервно-мускулниот механизам и адаптационата способност на пародонциумот можат да ја компензираат оклузалната дисхармонија. Компензацијата, меѓу другото, е и во непосредна врска со индивидуалната реактивност, психичката состојба на пациентот.

Слободни сме да кажеме дека присутните импресии, или огледалца, на оклузалната површина не претставуваат секогаш манифестирана трауматска оклузија. Тоа е трошење на металот, во повеќе случаи како резултат на урамнотежување на функционалните сили и силите на отпорот, односно урамнотежување на оклузијата. Веројатно и дел од цитираната литература за процентот на трауматската оклузија од протетичките изработки ќе претрпи одредени корекции, бидејќи судот се базира повеќе на субјективни проценки на импресиите на оклузалната површина на изработките, што не мора да значи и трауматска оклузија.

Тоа е олеснето и со употребуваните легури за фиксните изработки, чија тврдост во никој случај не ја преминува тврдоста од 140 Нв (бринела), односно не ја применува физиолошката абразија на забите. Употребуваните легури со поголема тврдост од физиолошката абразија на забите се кобалт-хром легурите за парцијални протези, потоа никел-хром легурите и порцеланските маси (металкерамика) и порцеланските заби.

Доказ дека оклузалната дисхармонија не доведува задолжително од трауматска оклузија се импресиите и прогризените штанцани коронки (11,67%) во нашиот материјал и кои се носени повеќе од 8 години. Еден дел, 40,51% од тие, носени се повеќе од 16 години, а 19,39% повеќе од 24 години. Еден трауматизиран заб, без адаптационата способност на организмот, не може да издржи толку многу.

Ако компензаторниот механизам не е доволен, пародонциумот инсуфициентен, забите во состојба на разнишаност, тогаш може да очекуваме и малите оклузални пречки да не може да бидат компензирани и таа оклузална дисхармонија ќе доведе до трауматска оклузија.

Заклучок

За да се спречи оклузалната дисхармонија, а со тоа и можноста за појава на трауматска оклузија, потребно е:

1. нивелирање на гризот на местото на дефектот пред почетокот на протетичката терапија (стружење на издолжените и извртени заби);
2. придржување кон протетичките принципи на индикациите, планирањето и изработката на протетичките конструкции;
3. моделирање на изработките во артикулатор. Ако тоа не е можно од кои да е причини, треба да се овозможи индивидуална реоклузија и реартикулација со привремено носење на изработките од 8 дена, што се покажа како добар метод кај нашиот материјал;
4. употребуваните легури и материјали за фасетирање да не бидат потврди од физиолошката абразија на забите.

PROTHETIC ASPECTS OF TRAUMATIC OCCLUSION AND ITS CONSEQUENCES

Summary

The authors discuss the presence of occlusal disturbances of prothetic origin being the ethiological factors for traumatic occlusion and review the possible consequences through orofacial system tissues.

Their findings on traumatic occlusion are based upon their own case material and literature data. They also make a critical review of the concept that every occlusal disturbance and presence of „mirror“ of the prosthetic construction does not necessarily means traumatic occlusion, either. The authors suggest a method for individual reocclusion and rearticulation in order to eliminate in time the eventual occlusal disturbances produced by modelling in an occlusion simulator, where simulation of functional movements is not possible.

Литература

1. Arifhodić, F., Čokorilo, N., Dedić, A.: Specifičnosti koštane resorpcije kod preranih kontakta, apstrakti, I Kongres specijalista za bolesti usta, zuba i parodonta Jugoslavije, Ohrid 1983
2. Лазаревски, Б.: Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, хабилитационен труд, Скопје, 1972
3. Мирчев, Е.: Корелација помеѓу екстрахираните заби, најдените и потребните протетски реставрации, хабилитационен труд, Скопје, 1977
4. Мирчев, Е.: Пародонтален наод кај фикснопротетските изработки Макед. стомат. преглед, IV, 1,5-10, 1980
5. Мирчев, Е.: Прилог кон смалување на пародонталните промени на носачите предизвикани од фикснопротетските изработки, Макед. стомат. преглед, IV, 3-4, 101-107, 1980 год.
6. Sokolović, B.: Fizologija okluzije, Institut za dokumentaciju zaštite na radu Edvard Kardelj, Niš, 1981
7. Čepulić, S.: Posledice okluzalne traume antagonistima, apstrakti, I Kongres specijalista za bolesti usta, zuba i parodonta Jugoslavije, Ohrid, 1983
8. Шабанов, Е.: Промени на пародонтот како резултат на предвремен допир кај заби со коронки, магистерски труд, Скопје, 1979
9. Шабанов, Е., Симов, Г. и сораб.: Анализа на предвремениот допир кај мостови и коронки привремено поставени во устата, Макед. стомат. преглед, 6, 2, 283-285, 1982. Трудот читан на IV стомат. недела на СРМ, Струга 26-28 мај 1982