

TOMASZ GROTOWSKI, DANUTA PRAGACZ-MALEJEWSKA

BADANIA NAD MOŻLIWOŚCIĄ ZASTOSOWANIA PŁYTKI SFERYCZNEJ MONSONA W PRZYPADKACH Z ZABURZONĄ PŁASZCZYZNĄ ZGRYZU

Z Katedry Protetyki Stomatologicznej PAM w Szczecinie
Kierownik: doc. dr hab. D. Pragacz-Malejewska

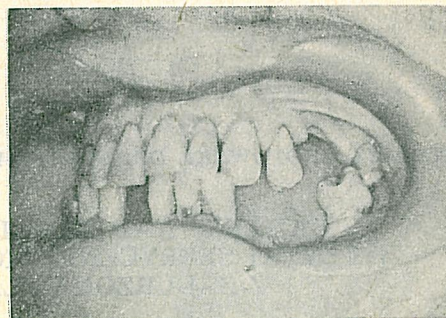
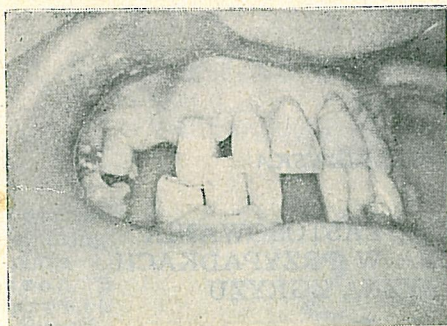
HASŁA INDEKSOWE: zgryz urazowy, zaburzenie płaszczyzny zgryzowej, płytka sferyczna Monsona, leczenie protetyczne

Liczne badania kliniczne wykazały, że główną przyczyną powstawania zespołu zgryzu urazowego są zaburzenia okluzyjno-artykulacyjne zębów własnych lub sztucznych, powodujące nierównomierne obciążenie zębów. Jedną z przyczyn tego zespołu jest niewłaściwy przebieg płaszczyzny zgryzowej. Dlatego odtworzenie prawidłowej płaszczyzny zgryzu zębów własnych jak i uzupełnień protetycznych jest nieodzownym warunkiem jego zapobiegania oraz leczenia. Sposoby leczenia zaburzeń płaszczyzny zgryzu w zależności od warunków są różne. Szeroko stosowanym zabiegiem jest szlifowanie zębów opisane przez *Pliniusza Starego* (3). Poprzez korektę zgryzu przywraca się narządowi żucia równowagę fizjologiczną w postaci równomiernego obciążenia przyzębia i stawów skroniowo-żuchwowych oraz swobodę ruchów żuchwy. U wielu pacjentów szczególnie z brakami zębowymi do wyrównania i odbudowy okluzji jak i artykulacji konieczne jest leczenie protetyczne (1, 2, 4). U pacjentów z prawidłowym przebiegiem płaszczyzny zgryzu należy je prowadzić w taki sposób, żeby wzajemne kontakty zwarciove uzupełnień protetycznych z przeciwstawnymi własnymi lub sztucznymi zębami były równomierne w zwarcu nawykowym, a podczas ruchów bocznych miały miejsce tylko po stronie pracującej. U pacjentów z brakami zębowymi i zaburzonym przebiegiem płaszczyzny zgryzowej wskutek obecności zębów, których korony nie dochodzą (*infraokluzja*) lub przekraczają płaszczyznę zgryzową (*supraokluzja*), bądź zębów nieprawidłowo ustawionych w łuku (ryc. 1a i b) konieczne jest w pierwszej kolejności dostosowanie i włączenie tych zębów do właściwej płaszczyzny zgryzowej. Podobnie postępuje się u pacjentów, którzy mają nieprawidłowo wykonane uzupełnienia protetyczne.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Przed klinicznym zastosowaniem sferycznej płytki Monsona u pacjentów z zaburzonym przebiegiem płaszczyzny zgryzowej przeprowadzono badanie, które polegało na sprawdzeniu na modelach gipsowych kontaktu płytki sferycznej z powierzchnią zwarciową zębów górnych w przypadkach prawidłowego zgryzu.

W tym celu u 127 studentów stomatologii w wieku od 19 do 23 lat pobrano wyciski, odlano modele gipsowe i przeprowadzono badanie klinicz-



Ryc. 1. Zdjęcie śródustne pacjenta H. P. przed leczeniem — a) strona prawa, b) strona lewa.

ne zgryzu. W wyniku badań i oględzin modeli wyodrębniono 75 przypadków ze zgryzem prawidłowym, wśród których u 56 osób stwierdzono pełne łuki zębowe, a u 18 osób pojedyncze braki zębów (tab. I). Modele gipsowe górnych łuków zębowych pacjentów z morfologicznie prawidłowym zgryzem posłużyły do oceny kontaktu zębów z płytką sferyczną.

Tabela I. Rodzaje zgryzu i stan łuków zębowych u badanych osób

Rodzaj zgryzu	Liczba osób		razem
	z pełnymi łukami	z pojedynczymi brakami zębów	
Zgryz prawidłowy	58	18	76
Zgryz nieprawidłowy	23	28	51
Ogółem	81	46	127

WYNIKI BADAŃ

W tabeli II zawarte są liczby, które obrazują kontakt zębów z płytką sferyczną wyrażony procentowo w stosunku do badanych 76 przypadków. Stwierdzono, że policzkowe guzki bocznych zębów górnych (nie oceniano zębów mądrości) stykają się z płytką w 82,9 do 94,7% przypadków. Kły kontaktowały z płytką w 53,3 do 53,7%, siekacze środkowe w 93,4 do 94,7%, a siekacze boczne w 22,8 do 23,2% przypadków. Guzki podniebienne zębów trzonowych stykają się z płytką w 84,2 do 93,4% przypadków, a guzki zębów przedtrzonowych tylko w 10,7 do 19,7% przypadków. W 80,3 do 89,3% przypadków guzki podniebienne zębów przedtrzonowych nie stykały się z płytką. Przeprowadzone ograniczone, ze względu na liczbę przypadków, badanie kontaktu płytki z zębami szczęki potwierdza, że ukształtowanie płaszczyzny zgryzu przebiegającej przez guzki zębów trzonowych było zgodne z ukształtowaniem płytki sferycznej Monsona. Zatem płytka może być wzorcem podczas sprawdzania bądź wyrównywania płaszczyzny zgryzowej. Spostrzeżenia o braku kontaktu płytki z guzkami podniebiennymi przedtrzonowców powinny być alternatywnie uwzględniane podczas leczenia protetycznego. Kierując się powyższym w rehabilitacji protetycznej pacjentów z zespołem zgryzu urazowego leczonych w Katedrze Protetyki Stomatologicznej PAM zastosowano płytkę sferycz-

Tabela II. Kontakt zębów z płytką sferyczną w ujęciu procentowym

Zęby	Kontakt zębów w %	Kontakt guzków policz- kowych w %	Kontakt guzków podnie- biennych w %
17	—	88,2	90,8
16	—	94,7	84,2
15	—	86,8	19,7
14	—	86,8	17,1
13	53,5	—	—
12	22,8	—	—
11	94,7	—	—
21	94,7	—	—
22	23,2	—	—
23	53,7	—	—
24	—	82,9	17,1
25	—	82,9	10,7
26	—	93,4	86,8
27	—	90,8	93,4

ną Monsona o promieniu 101 mm (ryc. 2), za pomocą której sprawdzono w jamie ustnej oraz na modelach gipsowych, czy powierzchnie zwarciove zębów naturalnych i sztucznych znajdują się we właściwej płaszczyźnie zgryzowej.

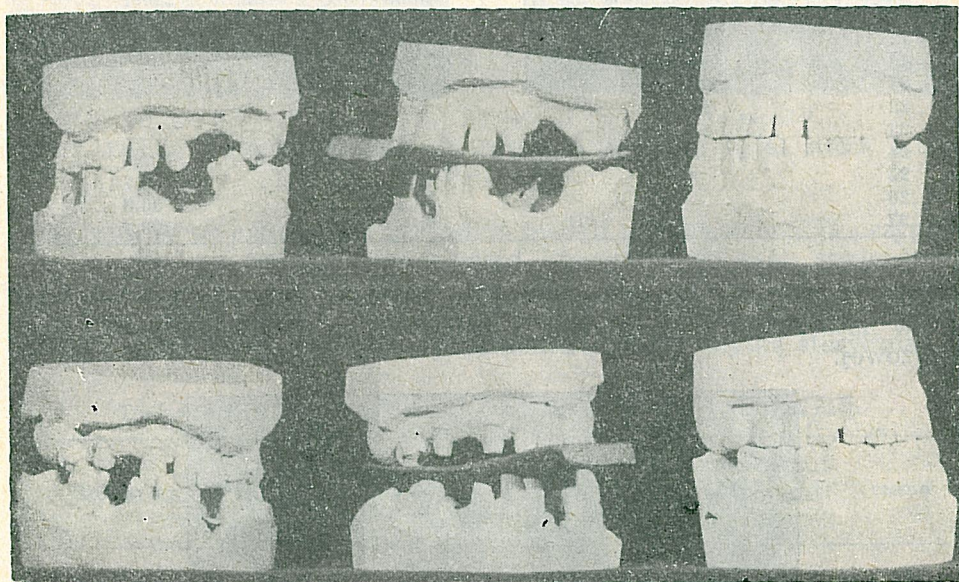


Ryc. 2. Płytki sferyczne Monsona z zaznaczonymi w wosku nadmiernymi kontaktami zębów.

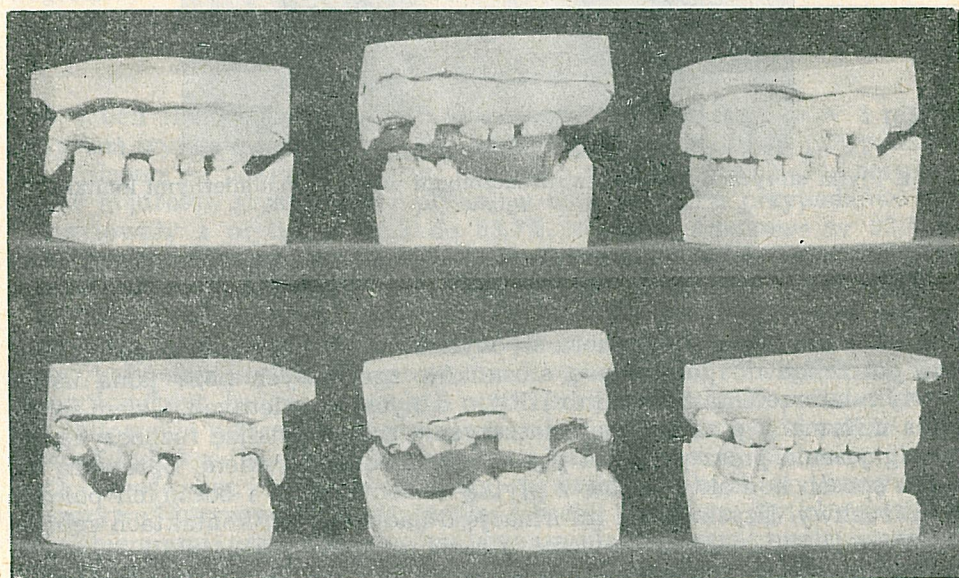
POSTĘPOWANIE KLINICZNE PRZY ZASTOSOWANIU PŁYTKI SFERYCZNEJ MONSONA W LECZENIU PRZYPADKÓW Z ZABURZONĄ PŁASZCZYZNĄ ZGRYZU

Po zbadaniu pacjenta pobiera się wyciski, z których wykonuje się modele potrzebne do porównania stosunków zgryzowych poza jamą ustną w artykulatorze Gnathomat lub HP-2 o danych przeciętnych. Celem uzyskania informacji o zaburzonej płaszczyźnie zgryzu analizę rozpoczyna się od nagryzienia przez pacjenta płytki powleczonej woskiem. Sprawdza się w ten sposób kontakty zębów z płytką w centralnym i bocznych położeniach żuchwy. Uzyskuje się informację o nadmiernych kontaktach zębów. Po stwierdzeniu nieprawidłowości w razie potrzeby zeszlifowuje się miejsca nadmiernego kontaktu zębów z płytką sferyczną, wyrównując płaszczyznę zgryzową do momentu uzyskania maksymalnego i optymalnego kontaktu zębów z płytką oraz uzyskania swobodnych ruchów żuchwy.

Zabieg kończy się wygładzeniem zeszlifowanych powierzchni zębów gumką. Po wykonaniu korekty zwarcia przeprowadza się właściwe leczenie protetyczne (ryc. 3). Wybór uzupełnienia protetycznego uzależnia się od rodzaju braków zębowych jak i stanu zachowanych zębów. Dalsze postępowanie laboratoryjno-techniczne przeprowadza się zgodnie z przyjętymi zasadami, również pod kontrolą płytki sferycznej. Po dostosowaniu powierzchni zębów w wykonywanych uzupełnieniach protetycznych do



Ryc. 3. Modele gipsowe pacjenta H. P. przed i po leczeniu protetycznym.



Ryc. 4. Modele gipsowe pacjenta R. M. przed i po wyrównaniu płaszczyzny zgryzowej.

płytki sferycznej sprawdza się ruchy artykulacyjne w artykulatorze. Stosując płytkę sferyczną uzyskuje się właściwą płaszczyznę zgryzu, optymalne obciążenie zębów oraz prawidłowe warunki czynnościowe żucia. Pacjenci po przeprowadzonym zabiegu szlifowania zębów uzyskiwali większy zakres i swobodę ruchów żuchwy. Leczenie z zastosowaniem płytki sferycznej w wielu przypadkach wiąże się z koniecznością ustalania zgryzu konstrukcyjnego (ryc. 4), wyrównującego płaszczyznę zgryzową i przywracającego prawidłowy układ przestrzenny żuchwy. Trzeba podkreślić, że przeprowadzenie korekty zgryzu oraz projektowanie uzupełnień protetycznych zwłaszcza stałych, w przypadkach, w których wiąże się to ze zmianą wysokości zwarcia, trzeba rozpatrywać dość krytycznie i ostrożnie, gdyż źle zaplanowane leczenie protetyczne może stać się wtórnym czynnikiem jatrogennym zespołu zgryzu urazowego.

Streszczenie

Zagadnienie zaburzeń czynnościowych narządu żucia spowodowanych zgryzem urazowym jak i jego leczenie pozostaje od lat tematem otwartym zwłaszcza dla lekarzy parodontologów i protetyków. Autorzy opisują próbę leczenia protetycznego zgryzu urazowego w oparciu o zmianę płaszczyzny zgryzowej przy użyciu płytki sferycznej Monsona o promieniu 101 mm. Przeprowadzają korektę zębów własnych pacjenta jak i wykonują uzupełnienia protetyczne pod kontrolą płytki sferycznej.

Т. Гротовски, Д. Прагач-Малеевска

ИССЛЕДОВАНИЯ НАД ВОЗМОЖНОСТЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ СФЕРИЧЕСКОЙ ПЛАСТИНКИ МОНСОНА ПРИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРИКУСА

Содержание

Функциональные расстройства жевательного аппарата вызванные патологическим прикусом и их лечение все еще являются открытой проблемой, особенно для пародонтологов и протезистов. Авторами описана попытка протезного лечения патологического прикуса методом изменения его плоскости при помощи сферической пластинки Монсона радиусом 101 мм. Под ее контролем проводится коррекция собственных зубов пациента и восполняются дефекты.

T. Grotowski, D. Pragacz-Malejewska

STUDIES ON THE POSSIBILITY OF USING MONSON'S SPHERICAL PLATE IN CASES OF DISTURBANCES OF OCCLUSAL PLANE

Summary

The problem of functional disturbances of the stomatognathic system caused by traumatic malocclusion and its treatment has been for years an open problem, especially for parodontologists and prosthetists. The authors describe a trial of prosthetic treatment of traumatic malocclusion based on a change of the occlusal plane using a Monson's spherical plate with a radius of 101 mm. The plate is used for control of correction of the own teeth of the patient and for preparing prosthetic appliances.

PIŚMIENNICTWO

1. Kleinrok M.: Szlifowanie zębów jako metoda wyrównywania zgryzu w leczeniu nawyku zgrzytania zębami. Prot. Stom., 1972, XXII, 6, 452. — 2. Panek H.: Ważniejsze koncepcje zgryzu w rehabilitacji protetycznej w świetle piśmiennictwa. Prot. Stom., 1981, XXXI, 2, 65. — 3. Shore H.: Temporomandibular Joint Dysfunction, London, 1976, 30. — 4. Spiechowicz E.: Protetyczne leczenie zaburzeń zwarcia protezami ruchomymi, Prot. Stom., 1982, XXXII, 3, 83.

Otrzymano 10.04.1985.

Adres autorów: Katedra Protetyki Stom. PAM, 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wlkp. 72.