

6. Бушан М.Г., Каламкаров ХА. Ошибки при зубном протезировании и их профилактика.- Кишинев: Штиинца. --- 1983.-304 с.

7. Алиев А.А. Оптимальные сроки ортопедической терапии несъемными мостовидными протезами после удаления зубов. Дис. к. мед. н.-М.-1980.

8. Омаров О.Г., Пономарева В.А. Ортопедическое лечение имедиат-протезами при зубочелюстных деформациях после частичной утраты зубов.- Стоматология.-1986.-№1.-С.61-62.

9. Ключников О.В. Обоснование сроков ортопедического лечения после частичной утраты зубов в зависимости от состояния жевательных мышц. Дис. к.мед.н.-М.-1987.

СТАНДАРТНІ ПОМИЛКИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ

В. М. Дворник

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією

При повній утраті зубів положення нижньої щелепи має велике практичне значення, тому що є вихідним для визначення і встановлення висоти центрального співвідношення щелеп. Положення фізіологічного спокою нижньої щелепи визначається м'язовим тонусом, міостатичним рефлексом і пасивними силами, що утримують нижню щелепу в просторі, а також еластичністю і пружкістю покривних тканин [1].

Стан спокою нижньої щелепи можна визначити як таке її положення стосовно верхньої, при якому всі м'язи, що піднімають і опускають нижню щелепу, знаходяться в стані мінімальної й зрівноваженої тонічної напруги [2].

У зв'язку з цим, визначення центральної оклюзії - важливий етап у протезуванні беззубих хворих. Він дає

можливість установити функціональне співвідношення беззубих альвеолярних гребенів і одержати необхідні дані для індивідуального відновлення утрачених функцій зубощелепної системи [3,4].

У важких випадках варто застосовувати попередню підготовку нейром'язового апарату ортопедичними засобами. Поряд із цим, крім анатомо-функціонального методу визначення центрального співвідношення щелеп і екстраоральних вимірів на обличчі, можна використовувати і визначення міжавеолярної висоти за допомогою електроміографічних досліджень.

Що стосується визначення висоти центральної оклюзії, то найбільш широке визнання має анатомо-фізіологічний метод. До початку її визначення лікар виявляє можливі помилки, допущені на попередньому лабораторному етапі виготовлення моделей, воскових шаблонів із прикусними валиками. Зокрема, гіпсові моделі повинні бути цілими і без дефектів протягом всього протезного ложа. Особлива увага приділяється цілості обсягу периферичного рельєфу майбутнього протезу.

Під час визначення окремих елементів центральної оклюзії (протетичної площини, висоти прикусу і центрального співвідношення щелеп) при недотриманні відомих правил через неухважність або недосвідченість лікарів можуть бути допущені помилки.

Зокрема, відсутність суворої рівнобіжності протетичної площини горизонтальним лініям ускладнює створення оклюзійних кривих штучних зубів, порушує артикуляцію, рівномірність контактів між зубними рядами і функцію жування.

Під час визначення висоти прикусу дуже часто можна зіткнутися з неправильним визначенням висоти нижнього відділу обличчя (завищення або заниження прикусу).

При завищеному прикусі вираз обличчя хворого буде дещо здивованим, носогубні і підборідні складки згладжені, при розмовній пробі можна почути "стукіт" зубів, відсутній просвіт (2-3мм) у стані фізіологічного спокою нижньої щелепи.

При підвищенні міжальвеолярної висоти виправлення помилки можливо двома способами. Якщо верхні зуби стоять у правильному відношенні до верхньої губи й оклюзійна площина їх не порушена, зниження міжальвеолярної висоти варто зробити за рахунок зубів нижнього протеза. Їх видаляють, на восковий базис накладають новий прикусний валик і повторно визначають міжальвеолярну висоту і центральну оклюзію. Підвищення міжальвеолярної висоти може поєднуватися з неправильним розрахунком висоти верхнього прикусного валика в передньому відділі. Занадто високе або занадто низьке розташування протетичної площини негативно впливає на вираз обличчя хворого, мовлення та стійкість протезів. Тоді верхні зуби занадто виступають з-під губи, роблячи некрасивою посмішку. Для виправлення подібної помилки штучні зуби видаляють як із верхнього, так і з нижнього воскового базису. На базиси накладають прикусні валики і знову визначають міжальвеолярну висоту і центральну оклюзію.

При заниженні висоти нижнього відділу обличчя не відновляються лицьові ознаки беззубих пацієнтів. При цьому обличчя виглядає старечим і дуже часто виникає ймовірність розвитку таких ускладнень, як “прикус, що знижується”, ангулярний хейліт.

У результаті зниження міжальвеолярної висоти, якщо верхній зубний ряд поставлений правильно, роблять наступним способом. Смужку розм'якшеного воску накладають на нижній зубний ряд і хворого просять зімкнути зуби до встановлення потрібної висоти. Як тільки віск затвердіє, протези виймають. Верхню модель відокремлюють від артикулятора, ставлять її в нове положення і знову загіпсовують. Якщо ж зниження висоти центральної оклюзії відбулося за рахунок неправильного конструювання верхнього зубного ряду, то виготовляються нові прикусні валики та перевизначають центральне співвідношення.

При фіксації нижньої щелепи зі зсувом у горизонтальній площині можуть бути виявлені дві помилки: прикусними валиками була зафіксована передня або одна з бічних

оклюзії. У першому випадку при змиканні зубів у положенні центральної оклюзії в контакт вступають лише бічні зуби, а між різцями утвориться щілина. Причина цієї помилки - звичка хворих, що втратили всі зуби, висувати нижню щелепу вперед. Якщо така помилка виявиться, необхідно з нижнього воскового базису видалити зуби, виготовити новий прикусний валик, наново визначити міжальвеолярну висоту і центральну оклюзію.

Якщо прикусними валиками була зафіксована одна з бічних оклюзій, при змиканні зубів у положенні центральної оклюзії виникає перехресний прикус. У цьому випадку варто повторити визначення центральної оклюзії тільки що описаним способом.

Положення спокою жувальних м'язів, хоча і є рефлекторним і відносно постійним станом, однак підлягає впливу багатьох екзо- і ендогенних чинників, що дозволяє зробити такі висновки:

1. Доцільно вимірювати і фіксувати в історії хвороби висоту нижньої третини обличчя в положенні фізіологічного спокою й оклюзії до видалення останньої пари зубів-антагоністів. У зв'язку з цим суттєве значення в запобіганні змін тону м'язів набуває безпосереднє протезування, що варто використовувати значно ширше.

2. З метою запобігання зниження висоти нижньої частини обличчя варто вважати обов'язковим протезування навіть при невеликих дефектах зубних рядів, а також застосування провізорних конструкцій на препаровані зуби, розташовані в бічних ділянках зубних рядів.

3. При вивченні і визначенні положення спокою (вихідного положення для визначення висоти нижньої третини обличчя у хворого) варто враховувати всі можливі чинники, що впливають на тонус жувальних м'язів. З цією метою необхідно звертати увагу на стан жувальної та мимічної мускулатури, вираз обличчя хворого й інші непрямі ознаки, що свідчать про його емоційний і фізичний стан.

Література

1. Калинина Н. В., Загорский В. А. Протезирование при полной потере зубов. – Москва: Медицина. – 1990. – 224с.
2. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. – Москва: “Медицина”, 1990. – 576с.
3. Руководство по ортопедической стоматологии / Под редакцией В. Н. Копейкина. - Москва: “Медицина”, 1993. – 495с.
4. Бушан М. Г. Ошибки и осложнения при зубном протезировании и их профилактика. - Кишнев: “РАКИЛЬ”-“Сириус”, 2000. – 419с.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЗАМЕЩЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ СЪЕМНЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

М.А. Стрельников

Украинская медицинская стоматологическая академия
Кафедра ортопедической стоматологии и имплантологии

Частичная потеря зубов – одно из наиболее часто встречающихся поражений сформированной зубочелюстной системы, которое сопровождается морфофункциональными изменениями в жевательном аппарате.

Распространенность дефектов малой и средней протяженности достигает 66,8% [1, 2, 3].

Традиционно включенные дефекты замещаются мостовидными протезами, среди которых наиболее употребительными остаются штамповано-паянные конструкции.