

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра «Стоматология»

КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине «Протезирование при полном отсутствии зубов»

На тему «Методы и последовательность определения
центрального соотношения челюстей при полной
потере зубов. Антропометрические ориентиры и
клинические методы. »

Направление подготовки – 31.05.03 Стоматология

Профиль подготовки - Специалитет

Выполнил: студент Геворгян В. Л.

Группа 12ВЛС9

Руководитель: Смольянинов С.И.
ассистент кафедры «Стоматология»

Работа защищена с оценкой _____

Преподаватели _____

Дата защиты _____

Пенза 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3-4
1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ.....	5-6
2.ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	7-16
2.1. УСТАНОВЛЕНИЕ ВЫСОТЫ ВЕРХНЕГО ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА	7-8
2. 2 ФОРМИРОВАНИЕ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ.....	8-10
2.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ.....	10-12
2.4ОПРЕДЕЛЕНИЕ, И ФИКСАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ.....	13-14
2.5. НАНЕСЕНИЕ НА ПРИКУСНЫХ ВАЛИКАХ ОРИНТИРОВ.....	14-16
3.АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ.....	17-18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	19
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	20-21

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частыми причинами, приводящими к полной потере зубов, являются кариес и его осложнения, заболевания пародонта, травма и другие заболевания. Очень редко встречается первичная (врожденная) адентия. Полное отсутствие зубов может иметь место и при пороках развития зубочелюстной системы.

При полной потере зубов, вследствие отсутствия давления на подлежащие ткани, усугубляются функциональные нарушения, и быстро усиливается атрофия лицевого скелета и покрывающих его мягких тканей. С полной потерей зубов тело и ветви челюстей становятся тоньше, а угол нижней челюсти более тупым, кончик носа опускается, носогубные складки резко выражены, опускаются углы рта и даже наружный край века. Нижняя треть лица уменьшается в размерах. Появляется дряблость мышц, лицо приобретает старческое выражение.

Анатомические особенности строения коронок зубов, зубных рядов и их окклюзионных соотношений должны быть положены в основу всех действий врача-ортопеда и зубного техника. Независимо от количества удаленных зубов и характера заболевания на лице человека, на верхней и нижней челюстях сохраняются анатомические, антропометрические ориентиры, помогающие правильному проведению всех восстановительных операций.

Именно сочетание антропометрических ориентиров, правильно определенных врачом и переданных зубному технику, знание техником функциональной анатомии зубочелюстной системы и его профессиональное мастерство при воссоздании формы отдельных анатомических образований служат залогом успешного ортопедического лечения заболеваний зубочелюстной системы.

Полные съемные протезы требуют воссоздания окклюзии, которая будет сохранять их стабильность и предотвращать смещение базиса протеза во время функциональных и нефункциональных нагрузок.

Анатомо-функциональный метод определения центрального соотношения челюстей у беззубых больных в настоящее время имеет наибольшее применение при протезировании данной группы больных.

Определение центральной окклюзии при сохранившихся (интактных) зубных рядах не представляет трудности. По мере же потери зубов определение центральной окклюзии усложняется, однако наличие даже одной пары зубов-антагонистов облегчает эту задачу, т.к. при этом возможно ориентироваться по их смыканию. При полном отсутствии зубов определение центрального соотношения челюстей представляет известную трудность из-за отсутствия видимых признаков со стороны зубов и из-за потери ориентации в положении нижней челюсти.

Цель курсовой работы: изучить методы определения центрального соотношения челюстей, последовательность приемов и антропометрические ориентиры.

Задачи:

1. Изучить понятие определение центрального соотношения челюстей
2. Определить последовательность клинических приемов
3. Изучить антропометрические ориентиры

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ

Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов — клинический этап, на котором врач создает условия для правильного конструирования зубных рядов и протезов в целом.

Он включает в себя следующие операции:

- 1) установление высоты окклюзионного валика верхней челюсти в переднем отделе;
- 2) определение окклюзионной плоскости;
- 3) определение межальвеолярной высоты;
- 4) определение и фиксацию центрального соотношения беззубых челюстей;
- 5) нанесение на вестибулярную поверхность окклюзионных валиков анатомических ориентиров для постановки искусственных зубов (средняя линия лица, линия клыков и линия улыбки).¹

Клинический этап протезирования "при полном отсутствии зубов имеет различные наименования: «снятие прикуса», «получение прикуса», «получение артикуляции», «определение центрального соотношения». Для проведения этого клинического приёма врач получает из зуботехнической лаборатории рабочие гипсовые модели с восковыми (или пластмассовыми) базисами и прикусными валиками. Следует осмотреть модели: на них не должно быть дефектов в области протезного ложа, должен быть сохранён объёмный отпечаток свода переходной складки.² На моделях врачом и техником-лаборантом должны быть отмечены границы будущего протеза, резцовый сосочек, торус и экзостозы (если они имеются), слепые нёбные ямки,

¹ Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология, СГМА, 2000 С. 445-457

² Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: Учебное пособие - М., 2006. - 213с.

бугры верхней челюсти, линии середины альвеолярных отростков (альвеолярных частей) и моделей, челюстно-подъязычные линии, нижнечелюстные слизистые бугорки. Срединные линии моделей и альвеолярных отростков (альвеолярных частей) следует вывести на заднюю поверхность цоколя моделей.

Базисы должны быть изготовлены из твёрдого воска, а при выраженной атрофии челюстей, - из пластмассы, чтобы они не смещались и не деформировались при работе врача с ними во рту больного. Границы базисов должны соответствовать границам будущих протезов, а сами базисы должны плотно прилегать к моделям.³

Теперь, используя ряд морфологических и функциональных признаков, врач-ортопед должен определённым образом подготовить прикусные валики, чтобы они служили ориентиром зубному технику для конструирования искусственных зубных рядов полных протезов.

³ Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология. Пособие для врачей М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008. — 160 с

2. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

При полном отсутствии зубов наступает деформация лица. Губы и щёки западают, теряется их выпуклость, углы рта опускаются, носогубные и подбородочная складки углубляются. Лицо больного в любом возрасте приобретает старческий вид. Для того чтобы скрыть эти изменения, восстановить эстетику внешнего вида больного, необходимо правильно сконструировать форму искусственных зубных дуг в переднем отделе. Поэтому правильное моделирование вестибулярной поверхности воскового прикусного валика в переднем отделе является решающим ориентиром в работе зубного техника.⁴

2.1. УСТАНОВЛЕНИЕ ВЫСОТЫ ВЕРХНЕГО ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА

Ориентиром для этого служит линия смыкания губ. Изучение особенностей верхней губы, измерение её длины и сопоставление её с уровнем расположения передних зубов у большой группы обследованных лиц позволило прийти к заключению, что при средней длине верхней губы, края соответствующих зубов находятся на одном уровне с линией смыкания губ. При наличии у пациента короткой губы режущие края зубов располагаются ниже линии смыкания губ, а при длинной губе – наоборот, выше.⁵ Вводят верхний шаблон с прикусным валиком в рот больного и на передней поверхности последнего зуботехническим шпателем наносят черту,

⁴ Загорский В.А., Протезирование при полной адентии, Москва, Медицина, 2008.- 134 с.

⁵ Клугман Р.С. Ортопедическое лечение в клинической практике М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 216

указывающую линию смыкания губ. Затем воск срезают, слегка не доходя до необходимого уровня, с учётом того, что при формировании протетической плоскости высота валика будет ещё укорочена на 1,0-1,5 мм. Срезая воск, стараются делать это так, чтобы окклюзионная поверхность валика здесь была приблизительно параллельна зрачковой линии. После этого проверяют высоту валика при полуоткрытом рте. При средней длине верхней губы на этом этапе он должен выступать из-под неё на 3,0-3,5 мм. При короткой или длинной губе у конкретного больного необходимо вносить необходимые коррективы в высоту окклюзионного валика. При короткой губе он должен выступать на 1,0-1,5 мм больше, а при длинной губе, соответственно, – меньше.⁶

2. 2 ФОРМИРОВАНИЕ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ

Протетическая плоскость – условное понятие, введённое в практику ортопедической стоматологии. Она моделируется врачом на прикусных валиках и является ориентиром зубному технику для постановки искусственных зубов. "Протетическая плоскость" является тем же понятием для больных с полной потерей зубов, что и «окклюзионная плоскость» для больных с сохранившимися зубными рядами. При полном отсутствии зубов эти ориентиры исчезают, что затрудняет создание симметричной окклюзионной поверхности искусственных зубных рядов.

На моделях, установленных в окклюдаторе, эти нарушения не выявляются, асимметрия не видна. Она проявляется только в клинике, когда после наложения протезов, расположение искусственных зубов сравнивают с какими-то симметричными анатомическими образованиями лица.⁷

⁶ Трезубов В.Н., Л.М.Мишнев и др., Ортопедическая стоматология (технология лечебных и профилактических аппаратов), С.-Петербург, СпецЛит, 2003.

⁷ Танрыкулиев, Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями, Ашхабад, Магарыф, 1988.

Обнаружение этой асимметричности окклюзионной поверхности требует перестановки искусственных зубов, а если протез готов, то и его переделки.

Поэтому ориентиром для симметричной постановки искусственных зубов в полных протезах зубному технику и служит создаваемая врачом на прикусных валиках протетическая (окклюзионная) плоскость.

Аналогом протетической плоскости, как уже указывалось, в интактном зубном ряду является окклюзионная плоскость, проходящая через режущие края нижних центральных резцов и дистальные жевательные бугорки зубов мудрости, а если их нет, то через такие же бугорки вторых моляров. Если же отсутствуют и вторые моляры, то в дистальных отделах она проходит через середины слизистых бугорков.⁸

При формировании протетической плоскости используют две линейки или специальные приспособления, с помощью которых проверяют параллельность протетической плоскости в переднем отделе зрачковой линии, а в боковых отделах – носоушным линиям. В случае необходимости воск срезают или наращивают до тех пор, пока линейки не станут параллельными. Завершающим этапом моделирования протетической плоскости является выравнивание её поверхности на наклонной пластине аппарата Найша. При этом происходит дополнительное укорочение прикусного валика, после чего в переднем отделе при полуоткрытом рте больного он должен выступать из-под верхней губы (средней длины) на 1,0-2,0 мм. Для предупреждения деформации воска в процессе работы (в первую очередь воскового базиса) следует постоянно охлаждать его в лотке с холодной водой.

После создания протетической плоскости на верхнем прикусном валике необходимо к нему припасовать нижний валик таким образом, чтобы валики плотно и одновременно прилегали друг к другу на всём протяжении.⁹ Все

⁸ Арутюнов С.Д., Е.Н. Жулев, Е.А. Волков, А.И. Лебеденко, Т.Э. Глебова, И. Ю. Лебеденко. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками М.: Молодая гвардия, 2007. — 136 с.

⁹ Наумович С. А. Ортопедическая стоматология. Лечение несъёмными протезами. Учебное пособие. Минск : БГМУ, 2009. – 139 с.

исправления следует производить только на нижнем валике. Чаще всего при смыкании челюстей валики в первую очередь соприкасаются в задних отделах, при этом верхний валик в переднем отделе обычно опускается. Следует удалять воск с нижнего валика до тех пор, пока не будет достигнуто плотное и одновременное плоскостное прилегание валиков в передне-заднем и поперечном направлениях.

Плотность смыкания валиков проверяют попыткой введения между ними холодного зуботехнического или зубоврачебного шпателя. Если в каком-то отделе удаётся без усилия ввести шпатель и при этом валики расходятся, это говорит о том, что в данном месте, за счёт отвисания воскового базиса, между ним и альвеолярным гребнем имеется просвет. Для устранения этого недостатка на нижний валик следует наклеить необходимой толщины полоску воска.

2.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ

Задачей этого этапа является нахождение такого межальвеолярного расстояния, при котором создавались бы наиболее благоприятные условия для восстановления эстетики внешнего вида больного, для деятельности ВНЧС, мышц, полноценного функционирования протезов.¹⁰

В основе определения межальвеолярного расстояния у больных с полной потерей зубов анатомо-функциональным методом лежит нахождение окклюзионной высоты при помощи восковых прикусных валиков по высоте покоя. Установление функционального относительного покоя у беззубых больных, т.е. исходного положения для определения окклюзионной высоты, представляет определённые трудности. Положение покоя и величина меж-окклюзионного промежутка в течение дня могут кратковременно изменяться

¹⁰ Жулев Е. Н. Частичные съёмные протезы теория, клиника и лабораторная техника. Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2000 г.- 428 с.

и зависят от эмоционального состояния больного, его усталости, позы, положения головы, характера дыхания (лёгкое или напряжённое, на вдохе или выдохе).

В настоящее время высоту нижнего отдела лица в состоянии функционального покоя жевательных мышц определяют методом экстраоральных измерений и осуществляют его следующим образом. При сомкнутых губах на коже верхней губы, под перегородкой носа, и на наиболее выступающей части подбородка наносят две точки маркером или химическим карандашом. Измеряют расстояние между ними (высота покоя) штангенциркулем или отмечают его на пластинке воска или бумаге. Расстояние между этими точками у больного при сомкнутых зубах (окклюзионная высота) было бы меньше в среднем на 2,0-3,0 мм.

Принимая во внимание эти исходные данные и фиксируют окклюзионную высоту нижнего отдела лица (соответственно межальвеолярную высоту) у беззубого больного при помощи прикусных валиков. Определение межальвеолярной высоты должно проводится при смыкании нижней челюсти с верхней в центральном положении. Чтобы легче было этого добиться, следует слегка запрокинуть голову больного назад. Кроме этого нужно провести тренировку больного, попросив его несколько раз закрыть и открыть рот, контролируя правильность смыкания окклюзионных валиков.¹¹

При сомкнутых окклюзионных валиках измеряют расстояние между точками на лице. Если оно значительно больше величины покоя, то с окклюзионной поверхности нижнего валика следует убрать слой воска при помощи аппарата Найша. Если окклюзионная высота меньше высоты покоя более 3-х миллиметров, следует на окклюзионную поверхность нижнего прикусного валика наложить необходимой толщины полоску воска.

¹¹ Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Одонтотрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов М.: Практическая медицина, 2007. — 80 с.

После нахождения межальвеолярного расстояния обращают внимание на выражение лица больного при сомкнутых прикусных валиках. Если расстояние определено правильно, восстанавливается эстетика лица больного. При уменьшенном расстоянии высота нижней части лица снижена, что ведет к укорочению верхней губы, западению губ, опусканию углов рта. Носогубные и подбородочная складки становятся резко выраженными. При увеличенном межальвеолярном расстоянии лицо больного удлинено, губы смыкаются с напряжением, верхняя губа удлинена, носогубные складки сглажены. Если имеются подозрения в получении неточных результатов, следует вновь измерить как высоту покоя, так и окклюзионную высоту, и внести необходимые исправления.

Правильность определения межальвеолярного расстояния можно проверить функциональной пробой. Вводят в рот больного восковые шаблоны с прикусными валиками и просят его произнести буквы о, и, п, э, е, ы и др.

При правильном определении межальвеолярного расстояния разобшение между окклюзионными валиками будет равно 5,0-6,0 мм. Если прикусные валики разобщаются больше, чем на 5,0-6,0 мм, то это говорит о том, что межальвеолярное расстояние уменьшено, а если меньше 5,0 мм – увеличено. При произношении букв "С" и "З" расстояние между валиками должно быть 1,0-2,0 мм.¹²

¹² Трезубов В.Н., Л.М.Мишнев и др., Ортопедическая стоматология (технология лечебных и профилактических аппаратов), С.-Петербург, СпецЛит, 2003.

2.4 ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ФИКСАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Установление центрального положения нижней челюсти у больных с полным отсутствием зубов является трудной задачей. В первую очередь это связано с тем, что с полным отсутствием зубов теряются ориентиры, которые способствовали бы фиксации челюстей в правильном положении. Кроме того, нижняя челюсть у этих больных получает большую свободу движений, которая ранее ограничивалась зубами-антагонистами. Головки нижней челюсти получают возможность смещаться кзади и вверх. Это положение головок особенно закрепляется у больных длительное время пережёвывавшими пищу беззубыми альвеолярными гребнями. Оно становится стойким, условно-рефлекторным. Поэтому нередко при определении центрального соотношения челюстей фиксируется переднее положение нижней челюсти.

В то же время фиксация правильного центрального положения нижней челюсти имеет решающее значение для восстановления нормальной функции жевания. Незначительные ошибки, допущенные при формировании окклюзионной плоскости, определении межальвеолярного расстояния в сторону его незначительного повышения или понижения, не оказывают такого заметного влияния на качество зубных протезов, как ошибки, допущенные при фиксации нижней челюсти в центральном положении.¹³

При фиксации центрального положения челюстей следует учитывать рефлекторную природу этого состояния и, исходя из этого, придерживаться следующих основных правил:

1) Нецелесообразно просить или предупреждать больного, чтобы он правильно закрыл рот. Следует провести его тренировку, используя

¹³ Наумович С.А. и др Методы фиксации и стабилизации полных съёмных протезов: учеб.-метод. пособие/. - Минск: БГМУ, 2009. – 254с.

разнообразные известные методы, помогающие больным выполнять необходимые двигательные акты автоматически, произвольно, без напряжения.

2) Врач не должен пытаться силой установить нижнюю челюсть в нужное положение, особенно если больной непроизвольно выдвигает её вперёд, т.к. любое давление на челюсть, особенно в подбородочной части, как правило, приводит к обратному результату: больной ещё больше выдвигает нижнюю челюсть вперёд. В этом случае наибольший эффект дают различные приёмы, позволяющие установить нижнюю челюсть в центральном положении: это накусывание пальцев врача, установленных на окклюзионных валиках ближе к их дистальному отделу; касание кончиком языка заднего отдела нёба и глотание во время смыкания челюстей и др.

3) И, наконец, восковые базисы должны быть достаточно устойчивыми, они не должны смещаться во время смыкания прикусных валиков, чего добиваются за счёт плотного прилегания и правильного оформления границ базисов. Существенным является и изготовление базисов не из воска, а из пластмасс, которые не деформируются и менее склонны к смещению во время смыкания окклюзионных валиков.¹⁴

2.5. НАНЕСЕНИЕ НА ПРИКУСНЫХ ВАЛИКАХ ОРИНТИРОВ

После фиксации центрального положения нижней челюсти на вестибулярной поверхности прикусных валиков зуботехническим шпателем вначале наносят среднюю линию лица, по которой техник будет устанавливать медиальные поверхности центральных резцов.¹⁵ Ориентируются при этом на середины лобной кости и подносового желобка на верхней губе.

¹⁴ Копейкин, Ортопедическая стоматология, Москва, В.А.Пономарёва и др., Медицина, 1988

¹⁵ ¹⁵ Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. и др. Ортопедическая стоматология, М., 2002. – 221 с.

Ориентироваться на кончик носа и уздечку верхней губы не следует, т.к. они нередко отклонены от средней линии лица.

Ориентиром для постановки клыков будут линии, нанесённые в соответствии с проекцией латеральных поверхностей крыльев носа, они проходят по бугоркам клыков. Если нанести на воске метки соответственно углам рта при сомкнутых губах, то будут получены ориентиры, которые соответствуют дистальной поверхности клыков. По нижнему краю верхней губы, растянутой в улыбке, на воске наносят уровень установки шеек верхних передних зубов, так называемую «линию улыбки». В соответствии с размером верхних передних зубов на нижнем прикусном валике наносят линию, указывающую расположение шеек нижних передних зубов.¹⁶ Можно также последнюю линию нанести, используя в качестве ориентира край красной каймы нижней губы во время улыбки. Искусственные зубы устанавливают в протезах таким образом, чтобы шейки их слегка заходили за эти линии. При такой расстановке искусственных зубов при улыбке не будут видны их шейки и искусственная десна.

Теперь следует подобрать цвет и форму искусственных зубов. От качественного выполнения этого этапа в значительной степени зависит эстетическая ценность зубных протезов. Цвет зубов должен гармонировать с цветом лица и волос больного, соответствовать его возрасту. Считается естественным и красивым, когда в пожилом возрасте искусственные зубы темнее, чем в молодом. Больным со светлым цветом кожи и волос больше подходят зубы цвета слоновой кости. К тёмному цвету лица и волос подходят зубы со светло-жёлтым оттенком.¹⁷

Что касается формы зубов, то она должна быть соразмерна, пропорциональна отдельным элементам лица. Поэтому искусственные зубы

¹⁶ Леманн К., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии Львов: ГалДент, 2001. - 262 с.

¹⁷ Джемсон Николас Дж. А. Частичные съёмные протезы М.: МЕДпресс-информ, 2006 г.- 168 с.

подбираются, главным образом, по лицевым признакам, но учитываются также пол больного, его конституция. У мужчин зубы отличаются большей величиной, более чётко выраженными геометрическими формами передних зубов, подчёркивающими силу, мужество. Зубы женщин имеют более мягкие, гибкие контуры, повторяющие округлость, мягкость линий лица.

Подобрав больному искусственные зубы, необходимо получить с его стороны одобрение в отношении их формы, размера и цвета. После чего больного назначают на следующий клинический приём: проверка восковой конструкции полных съёмных протезов.¹⁸

¹⁸ Савкина Н. И., Арутюнов С. Д., Царев В. Н. и др. // Стоматология. — 2009. — № 3. — 334с.

3.АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

Последний этап — нанесение антропометрических ориентиров для постановки передних зубов. Ориентируясь на эти линии, техник выбирает размер зубов. На верхнем валике необходимо нанести срединную линию, линию клыков и улыбки.

Срединную линию проводят вертикально, как продолжение срединной линии лица, делящей желобок верхней губы на равные части. Эту линию нельзя проводить по уздечке верхней губы, которая довольно часто бывает смещена в сторону. Срединная линия проходит между центральными резцами. Линия клыков, проходящая по буграм последних, опускается от наружного крыла носа

«Линия улыбки» горизонтальная, проводится на уровне красной каймы верхней губы при улыбке. Искусственные зубы расставляют таким образом, чтобы шейки их были выше отмеченной линии: при улыбке они не будут видны и не будет видна искусственная десна.

Если у больного имеются протезы, их используют при определении высоты физиологического покоя и толщины вестибулярного края для правильной ориентации.

При большой степени атрофии альвеолярных отростков и альвеолярных частей беззубых челюстей, плохой фиксации восковых базисов с окклюзионными валиками центральное соотношение челюстей целесообразно определять на жестких базисах, которые лучше фиксируются, не деформируются, не смещаются на челюстях. На этих базисах в дальнейшем производят постановку искусственных зубов.¹⁹

¹⁹ Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М., 2000. С. 46-47, 67-70, 76-87.

Для постановки искусственных зубных рядов по сферическим поверхностям центральное соотношение челюстей определяют с помощью устройства, состоящего из внеротовой лицевой дуги-линейки и внутриротовой формирующей пластинки, фронтальная часть которой плоская, а дистальные отделы имеют сферически изогнутую поверхность. Обычным способом оформляют фронтальный участок верхнего окклюзионного валика. Далее используя его как участок упора, формируют предварительно размягченные боковые участки окклюзионного валика с помощью внутриротовой пластинки таким образом, чтобы внеротовая часть устройства установилась параллельно носушным и зрачковым линиям. Затем горячим шпателем разогревают нижний восковой валик и устанавливают его на нижней челюсти. Вводят в рот предварительно охлажденный верхний валик и внутриротовую часть устройства и просят больного закрыть рот, контролируя при этом, чтобы высота окклюзионных валиков и находящиеся между ними внутриротовой части устройства соответствовали высоте относительного физиологического покоя.²⁰

Затем внутриротовую формирующую пластинку толщиной 1,5—2,0 мм удаляют и на сформированных по сферическим поверхностям валиках фиксируют высоту центрального соотношения челюстей.

Правильность формирования валиков проверяют по наличию плотного контакта между ними при различных движениях нижней челюсти. После фиксации валиков работу передают в зуботехническую лабораторию.

²⁰ Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. СПб, 2004. С. 341-349.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определить центральное соотношение челюстей - это значит определить такое положение нижней челюсти по отношению к верхней в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной), которое соответствует начальному и конечному моменту артикуляционного движения нижней челюсти. При таком соотношении челюстей суставные головки располагаются на скате суставных бугорков у их основания. Собственно, жевательные и височные мышцы на обеих сторонах развивают максимальную мышечную тягу и находятся в состоянии равномерного и одновременного сокращения.

Сочетание антропометрических ориентиров, правильно определенных врачом и переданных зубному технику, знание техником функциональной анатомии зубочелюстной системы и его профессиональное мастерство при воссоздании формы отдельных анатомических образований служат залогом успешного ортопедического лечения заболеваний зубочелюстной системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология, СГМА, 2000 С. 445-457
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. и др. Ортопедическая стоматология, М., 2002. – 221 с.
3. Арутюнов С.Д., Е.Н. Жулев, Е .А. Волков, А.И. Лебеденко, Т.Э. Глебова, И. Ю. Лебеденко. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками М.: Молодая гвардия, 2007. — 136 с.
4. Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов М.: Практическая медицина, 2007. — 80 с.
5. Воронов А.П, Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: Учебное пособиЕ - М., 2006. - 213с.
6. Джемсон Николас Дж. А. Частичные съемные протезы М.: МЕДпресс-информ, 2006 г.- 168 с.
7. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы теория, клиника и лабораторная техника. Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2000 г.- 428 с.
8. Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология. Пособие для врачей М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008. — 160 с.
9. Загорский В.А., Протезирование при полной адентии, Москва, Медицина, 2008.- 134 с.
10. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М., 2000. С. 46-47, 67-70, 76-87.

- 11.Клугман Р.С. Ортопедическое лечение в клинической практике М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 216 с.
- 12.Копейкин, Ортопедическая стоматология, Москва, В.А.Пономарёва и др., Медицина,1988.
- 13.Леманн К., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии Львов: ГалДент, 2001. - 262 с.
- 14.Наумович С. А. Ортопедическая стоматология. Лечение несъёмными протезами. Учебное пособие. Минск : БГМУ, 2009. – 139 с.
- 15.Наумович С.А. и др Методы фиксации и стабилизации полных съёмных протезов: учеб.-метод. пособие/. - Минск: БГМУ, 2009. – 254с.
- 16.Савкина Н. И., Арутюнов С. Д., Царев В. Н. и др. // Стоматология. — 2009. — № 3. — 334с.
- 17.Танрыкулиев, Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями, Ашхабад, Магарыф,1988.
- 18.Трезубов В.Н., Л.М.Мишнев и др., Ортопедическая стоматология (технология лечебных и профилактических аппаратов),С.-Петербург, СпецЛит, 2003.
- 19.Трезубов В.Н., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология (факультативный курс): Учебник для медицинских вузов – СПб.: Фолиант, 2002. С. 355-363
- 20.Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. СПб, 2004. С. 341-349.