

Определение центрального  
соотношения челюстей при  
полном отсутствии зубов

## **Определение положения центрального соотношения челюстей (ЦС)**

- клинический этап ортопедического лечения больных (ОЛ), страдающих полной адентией, авторы называют по-разному и называют определением прикуса, определением центральной окклюзии(ЦО), определением центрального соотношения (ЦС) челюстей, но суть этапа одна.

**Основными вариантами положений нижней челюсти, имеющими определяющее значение в клинике ортопедической стоматологии для лечения пациентов называют следующие положения:**

- а) функционального покоя (не физиологического!)
- б) центрального соотношения или центральной окклюзии.
- в) эксцентрических окклюзий, эксцентрических соотношений.

**Под окклюзией** подразумевают смыкание или контакт между зубными рядами или отдельными зубами верхней и нижней челюстей – вариант артикуляции.

**Функциональная окклюзия** - смыкание зубных рядов во время функций откусывания, жевания и глотания.

**Центральным соотношением** – называют такое положение нижней челюсти, которое соответствует положению центральной окклюзии при условии наличия достаточного количества и соответствующего расположения зубов - антагонистов у пациента.

Б.Р.Вайнштейн называл упомянутый этап клинический этап «определение ориентиров для построения элементов прикуса», что по нашему мнению не совсем отражает сущность процесса.

В течение жизни пациента высота ЦО уменьшается и зависит, прежде всего, от наличия дефектов коронковых частей зубов и зубных рядов, и стертости зубов. Эти патологические процессы сочетаются с изменениями в височно-нижнечелюстных суставах.

**Положением функционального покоя нижней челюсти** является такое положение, которое челюсть занимает, в том случае, когда мышцы, поднимающие и опускающие её, находятся в состоянии функционального равновесия между мышцами поднимающими и опускающими нижнюю челюсть.

Высотой функционального покоя нижней челюсти называют расстояние между двумя точками, нанесенными выше и ниже ротовой щели пациента в положении функционального покоя нижней челюсти.

Состояние функционального покоя мышц такое, специфическое для жевательных мышц, состояние функционально-тонического равновесия мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть, возникающее после завершения жевания - глотания, вербального общения. (Вербальный - словесный)

В состоянии функционального равновесия мышцы, поднимающие и опускающие нижнюю челюсть возвращаются каждый раз, после завершения вербального общения.

Положение ЦО челюстей характеризуется максимальным контактом режущих и жевательных поверхностей зубов. Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, в положении ЦО развивают максимальную силу.

При достижении нижней челюстью положения ЦО, дробление, жевание пищи происходит наиболее эффективно, собственно жевательные и височные мышцы с обеих сторон сокращаются одновременно и равномерно, линия эстетического центра лица совпадает с линией, проходящей между центральными резцами верхней и нижней челюстей, суставные головки располагаются у основания скатов суставных бугорков в так называемых окклюзионных точках.

Brill и соавт. различали еще и ретрузивное, крайне заднее, положение нижней челюсти, из которого не возможно более дистального смещения, они ограничиваются связками суставов. При ретрузивном положении нижняя челюсть смещена кзади от положения ЦО на 0,5—1 мм и в 90% случаев не совпадает с центральной окклюзией.

Л.В.Ильина-Маркосян отмечала «привычную окклюзию», положение нижней челюсти, которое может возникнуть при дефектах зубных рядов, патологической стертости коронковых частей зубов или при наличии у пациента пластиночных протезов, а также при полной адентии и стертости бугров и режущих краев зубов в протезах. Перечисленные нами положения нижней челюсти по отношению к верхней, необходимо знать, так как в клинической практике ортопедической стоматологии врачу приходится постоянно вникать в сущность этих понятий.

# Определить положение ЦС челюстей

— это значит определить положение нижней челюсти по отношению к верхней в трех взаимно перпендикулярных плоскостях – вертикальной, сагиттальной, трансверзальной.

- Все известные к настоящему времени методы определения ЦС челюстей можно разделить на статические и функциональные.
- В основу статических методов положена парадигма постоянства центрального соотношения челюстей.
- К этим методам относятся метод Юпитца, который предложил «циркуль золотого сечения»; метод Вутсворда, утверждавшего, что расстояние между углом глаза и углом рта равняется расстоянию между кончиком носа и подбородком в положении центральной окклюзии; метод Гизи, определявшего высоту нижнего отдела лица по выраженности носогубных складок.
- Все эти методы не точны и в основном дают завышение высоты ЦО.

# Анатомо-функциональный метод

- Физиологической основой метода является положение функционального покоя нижней челюсти и тот факт, что высота ЦС меньше высоты функционального покоя на 2—3 мм.
- Положение функционального покоя — это такое положение нижней челюсти, при котором расстояние между передними зубами составляет 2—3 мм, а жевательные мышцы находятся в состоянии функционального тонического равновесия. между поднимающими и опускающими нижнюю челюсть.

- Сначала осматривают модели протезных лож, на которых карандашом должны быть отмечены границы базисов ПСПП, резцовый сосочек, небные ямки, торус, линия середины альвеолярного отростка, верхнечелюстные бугры, срединные линии, нижнечелюстной слизистый бугорок. Средняя линия и линия середины альвеолярного отростка должны быть выведены на цоколи моделей.

Базисы с укрепленными на них окклюзионными валиками, называются прикусными шаблонами (ПШ).

Базисы изготавливают из базисного воска или пластмассы. Следует отдавать предпочтение жестким базисам для исключения их возможной деформации, особенно при сложных для стабилизации протезов при неудовлетворительных анатомических условиях протезных лож.

# ПШ СОСТОИТ ИЗ:

- базиса, который может быть изготовлен из базисного воска или пластмассы;
- валика, который приготавливают из базисного воска или смеси воска с карборундом.

- Базисы ПШ должны плотно охватывать модель, а края их точно соответствовать границам базисов протезов.
- Необходимо следить за тем, чтобы края базисов не были острыми. Затем корректируют размеры валика верхнего ПШ: высота валика в переднем отделе около 1,5 см, в области жевательных зубов — 5—7 мм.
- В переднем сегменте валик верхнего ПШ должен слегка выступать кпереди, ширина его должна быть 3—4 мм, в боковых участках валик должен быть выше альвеолярного гребня на 5-7 мм, ширина составлять 8—10 мм.
- Таким образом, валик ПШ верхней челюсти по размерам и форме должен соответствовать соответствующему зубному ряду.

- Базис верхнего ПШ накладывают на протезное ложе верхней челюсти и определяют расположение верхней губы: она не должна быть напряжена или западать. Корректируют положение губы, срезая или наращивая воск на вестибулярной поверхности валика.

Затем определяют уровень протетической поверхности (высоту валика в переднем отделе). При этом необходимо помнить, что поскольку длина верхней губы индивидуальна, в зависимости от этого край верхнего валика может выступать из-под губы на 2 мм, быть на ее уровне, или располагаться выше края верхней губы на 2 мм и более.

- Определив уровень протетической поверхности, приступают к ее моделированию вначале в переднем отделе, а затем в боковых. Моделирование заключается в создании на валике плоскости в переднем отделе параллельно зрачковой линии, а в боковых - носоушной, проводят его методом срезания или наращивания воска на протетических поверхностях валиков ПШ.

- При моделировании протетической поверхности валика в переднем отделе, ориентируются на зрачковую линию. При этом используют две линейки. Одну помещают под верхний валик, вторую устанавливают по линии зрачков. Эти линейки должны быть параллельны.

- Затем приступают к созданию протетической поверхности в боковых отделах. Для этого одну линейку устанавливают под верхним валиком, а другую - на уровне нижнего края крыла носа и слухового прохода (камперовская линия). Они также должны быть параллельны. В случае необходимости воск срезают или наращивают в боковых отделах.

После того как достигнута параллельность поверхностей валика по зрачковой и носоушной линиям, необходимо сделать ровной созданную протетическую поверхность.

# Аппарат А.П.Воронова

- состоит из двух дисков, соединенных между собой и воскосборника. Между дисками находится спираль, нагревающая поверхности дисков.
- Одна поверхность дисков гладкая, для заглаживания воскового окклюзионного валика, а противоположная с выступающими иглами для моментального разогревания всей поверхности валика ПШ при фиксации ЦС челюстей, т.е. для манипуляции, которую обычно выполняют с применением разогретого шпателя.
- Тумблер на электрическом шнуре позволяет дозировать температуру разогрева поверхностей металлических дисков.

- Затем определяют вертикальный размер нижней части лица в положении функционального покоя.
- На лице пациента отмечают две точки: одну - выше ротовой щели, другую — ниже. Чаще всего одну точку ставят на кончике носа, другую - на подбородке и определяют высоту функционального покоя нижней челюсти. Расстояние между точками фиксируют на бумаге, на восковой пластинке или штангенциркулем. Последний метод следует оценить как наиболее простой и точный.
- При определении высоты функционального покоя следят за тем, чтобы голова пациента была правильно расположена, а мышцы в состоянии функционального равновесия. Предлагают произвести глотательные движения и через некоторое время (2 – 3 сек.) фиксируют показатель.

- Одним из важнейших клинических этапов ортопедического лечения пациента является определение положения центральной окклюзии (ЦО) нижней челюсти пациента.

- В процессе определения ЦС при помощи ПШ с восковыми базисами необходимо проверять их устойчивость, а для предупреждения деформации регулярно охлаждать в холодной воде.
- Следующий этап — припасовка валика нижнего ПШ к верхнему. Обычно при введении в полость рта нижнего ПШ отмечается контакт только в боковых отделах валиков, поэтому в этой области валик срезают шпателем или корректируют при помощи аппарата Найша.
- Высоту нижнего валика необходимо откорректировать так, чтобы при смыкании челюстей расстояние между отмеченными точками было меньше высоты функционального покоя, на 2—3 мм. По периметру валик нижнего ПШ должен быть конгруэнтен верхнему. Одним из основных моментов, обеспечивающих успех работы, является равномерный контакт протетических поверхностей валиков ПШ при смыкании.

- При определении высоты ЦС особое внимание необходимо обращать на точку которую мы поставили на подбородке. Иногда пациенты непроизвольно подтягивают подбородок и точка может смещаться вверх или вниз до 1 см. Замерять и проверять расстояние между точками на носу и подбородке необходимо при расслабленной нижней губе.
- В тех случаях, когда имеется малое межальвеолярное расстояние и нет возможности поставить зубы «на приточке» или когда опущены бугры верхней челюсти и упираются в вершину альвеолярного гребня на нижней челюсти, а также не устраивает женщин конфигурация лица (выражены складки, морщины) возможно повышение высоты ЦС на 2—3 мм, т.е. на высоту функционального покоя.

- Последний этап — нанесение ориентировочных линий для постановки шести, верхних зубов.
- Ориентируясь на эти линии, техник подбирает размер зубов. На верхний валик необходимо нанести срединную линию, линию клыков и улыбки.
- Первую проводят вертикально как продолжение срединной линии лица, делящей желобок верхней губы на равные части. Эту линию нельзя проводить ориентируясь по расположению уздечки верхней губы, которая довольно часто бывает смещена в сторону.
- Срединная линия располагается между центральными резцами. Линия клыков, проходящая по их буграм, опускается от наружного крыла носа. Линию, идущую горизонтально, проводят по границе красной каймы верхней губы при улыбке.

- Зубы в восковом базисе ПСПП расставляют таким образом, чтобы шейки их были выше отмеченной линии. При такой расстановке искусственных зубов во время улыбки не будут видны их шейки и искусственная десна.
- В том случае, если у пациента уже имеются протезы, их используют при определении высоты функционального покоя нижней челюсти и периметра вестибулярных поверхностей зубных рядов .
- При значительной атрофии альвеолярных отростков челюстей, при плохой фиксации ПШ, при микростомии или неадекватном поведении пациента, определение ЦС челюстей целесообразно проводить на жестких базисах, которые гораздо лучше фиксируются, не деформируются, не смещаются, и на которых в дальнейшем можно производить постановку зубов.

BCĚ

