

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОПОГРАФИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Рубникович С.П., Прялкин С.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской
стоматологии, г.Минск, Республика Беларусь

Введение. Окклюзионная плоскость – это плоскость, проходящая между резцовой точкой и самыми высокими щёчными бугорками вторых моляров нижней челюсти с обеих сторон. С понятием окклюзионная плоскость тесно связано понятие окклюзионных кривых. Их несколько - кривая Шпее (Spee), которая проходит в сагиттальной плоскости по вершинам бугров зубов нижней челюсти с самой глубокой точкой на 6 зубе и кривые Уилсона (Wilson) в трансверзальной плоскости проходящей аналогично по вершинам бугров 4, 5, 6 и 7-х зубов в поперечном направлении. Окклюзионная плоскость и кривые пересекаются в нескольких точках. Зная расположение окклюзионной плоскости можно воспроизвести окклюзионные кривые. Окклюзионные кривые у людей с интактными зубными рядами имеют строго определённую форму. Их правильная форма способствует полноценному и сбалансированному функционированию зубочелюстной системы: без чрезмерного стирания твёрдых тканей зубов, травмы периодонта и болезней

височно-нижнечелюстного сустава. Оклюзионная плоскость изменена у лиц с зубочелюстными аномалиями, деформациями зубных рядов, патологической стираемостью твёрдых тканей зубов, травмами и др. В клинике, для упрощения формулировки, вместо термина “ окклюзионные кривые “ применяется термин “ окклюзионная (протетическая) плоскость” понимая под этим плоскость, построенную в соответствии с окклюзионными кривыми. В ортопедической стоматологии окклюзионную плоскость делят на три сегмента: один фронтальный и два боковых. Передний сегмент окклюзионной плоскости проходит от 3-го до 3-го зуба, он параллелен зрачковой линии, и располагается на высоте линии смыкания губ. Боковые сегменты являются продолжением переднего сегмента и проходят от 4-го до 7-го(8-го) зубов справа и слева и параллельны носо-ушным линиям (Камперовским горизонталям).

Правильное формирование окклюзионной плоскости в процессе изготовления зубных протезов способствует сбалансированному функционированию зубочелюстной системы пациента, а так же полноценному восстановлению его эстетики.

Цель работы. Сравнить методики определения топографии окклюзионной плоскости у пациентов с зубо-альвеолярными деформациями

Материалы и методы. Объектом исследования явились 23 пациента, которые обратились на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии за ортопедическим лечением. У всех пациентов был поставлен диагнозом частичная вторичная адентия верхней челюсти (включённые дефекты) и зубо-альвеолярные деформации, увеличение межальвеолярной высоты пациентам не проводилось.

Для определения топографии окклюзионной плоскости использовались: аппарат Ларина, верхнечелюстная лицевая дуга.

Результаты. Пациентов разделили на 2 группы: в первой группе топографию окклюзионной плоскости определяли аппаратом Ларина с ориентиром на носо-ушную линию - 10 человек, во второй группе топографию

окклюзионной плоскости определяли при помощи верхнечелюстной лицевой дуги с ориентиром на носо-ушную линию – 13 человек.

Всем пациентам проводилось изготовление контрольно-диагностических моделей до начала ортопедического лечения.

Пациентам первой группы деформации устранялись путём сошлифовывания под контролем аппарата Ларина после терапевтической подготовки полости рта к протезированию.

Пациентам 2-й группы контрольно-диагностические модели загипсовывались в артикулятор по показаниям лицевой дуги в привычной окклюзии, моделях проводилась оценка степени деформаций и обозначалась требуемая окклюзионная плоскость. Далее ортопедическое лечение проводилось по стандартному протоколу, изготовление мостовидных протезов проводилось с устранением деформаций на этапе временного протезирования.

После окончания протезирования пациентам 1-й и 2-й групп изготавливались контрольные модели, и проводилось их сравнение с исходным вариантом.

Выводы:

1. Аппарат Ларина и верхнечелюстная лицевая дуга показали высокую эффективность в определении топографии окклюзионной плоскости у пациентов с зубо-альвеолярными деформациями

2. При помощи аппарата Ларина деформации устранялись путём сошлифовывания зубов. Проводить разметку контрольно-диагностических моделей, изготавливать врачебные шаблоны для полости рта, используя данный аппарат, не представляется возможным

3. Верхнечелюстная лицевая дуга позволяет разместить контрольно-диагностические модели в поле артикулятора, наглядно оценить степень деформации, произвести разметку моделей, исходя из топографии окклюзионной плоскости, изготовить врачебные шаблоны для манипуляций в полости рта, провести пробное восковое моделирование.

4. Загипсованные при помощи верхнечелюстной лицевой дуги в артикулятор контрольно-диагностические модели обладают наибольшей информативностью для пациента, что необходимо использовать при повторных консультациях, мотивируя тем самым пациента к необходимости ортопедического лечения в полном объёме

Литература:

1. Временные конструкции зубных протезов в ортопедической стоматологии / С.П. Рубникович, Ю.А. Костецкий, И.Н. Барадина, С.В. Прялкин, А.В. Куница, - Минск: БелМАПО, 2016. -26с.

2. Современные CAD/CAM системы в ортопедической стоматологии /С.П. Рубникович, С.В. Прялкин, [и др.], - Минск: БелМАПО, 2016. - 24с.

3. Восстановление зубных рядов с использованием анатомических ориентиров при частичной адентии, осложнённой вторичными деформациями прикуса/Борунов А.С., Прялкин С.В.//Современная стоматология, №1, 2009г., Минск, стр.52-55

4. Нормализация окклюзии при повторном протезировании/Прялкин С.В., Барадина И.Н.//Сборник трудов, посвящённый 50-летию стоматологического факультета БГМУ «Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии», г. Минск, 2010, стр. 222-224

5. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями: Учебн. пособ. для послевуз. образования/ В.Н. Трезубов, Р.А. Фадеев. – М: МЕДпресс-информ, 2005.- 224 с., илл.