

Центральна оклюзія і центральне співвідношення щелеп

Поняття центральна оклюзія і центральне співвідношення часто узагальнюють, але їх значення абсолютно різні.

Оклюзія – це змикання зубів. Як би пацієнт не закрив рот, якщо хоча б два зуби стикаються – це оклюзія. Варіантів оклюзії тисячі, але їх усіх неможливо не побачити, не визначити. Для стоматолога важливі 4 види оклюзії:

- Передня
- Задня
- Бічні (ліва і права)
- і Центральна оклюзія

Центральна оклюзія – це максимальне міжгорбикове змикання зубів. Тобто, коли один з одним контактує стільки зубів, скільки можливо в цієї людини.



Центральна оклюзія

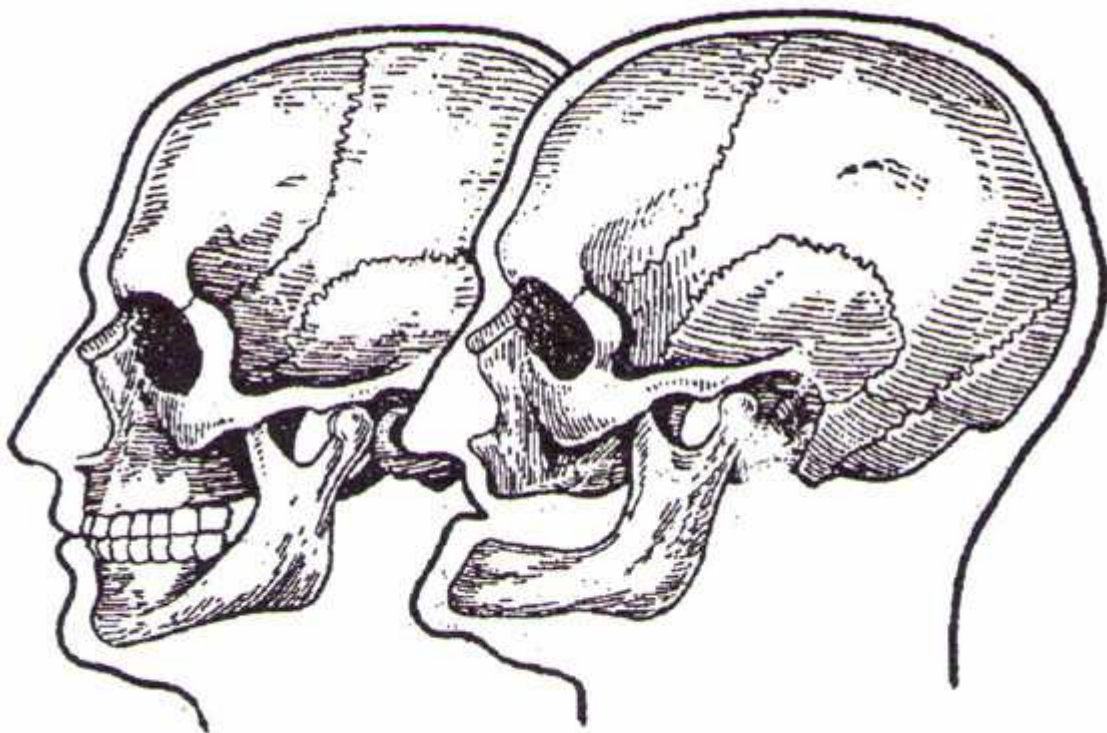


Передня оклюзія

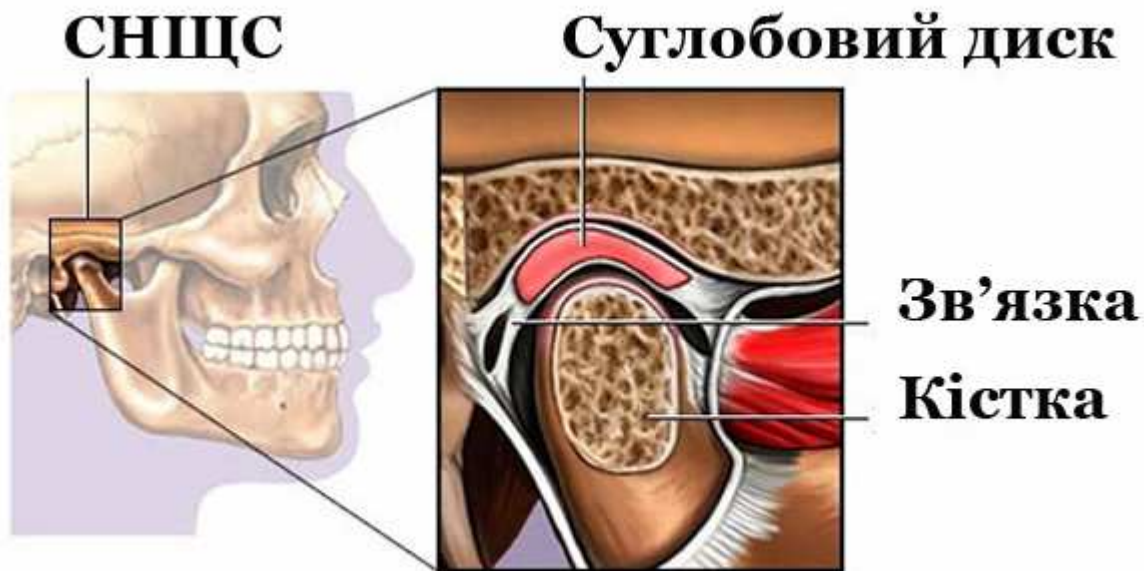


Бічна оклюзія

Якщо в пацієнта немає зубів, то немає і центральної (і взагалі жодної) оклюзії. Зате є центральне співвідношення щелеп. Співвідношення – це розташування одного предмета відносно другого. Коли мова йде про співвідношення щелеп, то мають на увазі як нижня щелепа відноситься до черепа.



Центральне співвідношення – найбільш заднє положення нижньої щелепи, коли голівка суглоба правильно розташовується в суглобовій ямці. (Крайнє передне-верхнє і серединно-сагітальнє положення). У центральному співвідношенні може не бути оклюзії.



У центральному співвідношенні суглоб займає максимально верхнє-заднє положення

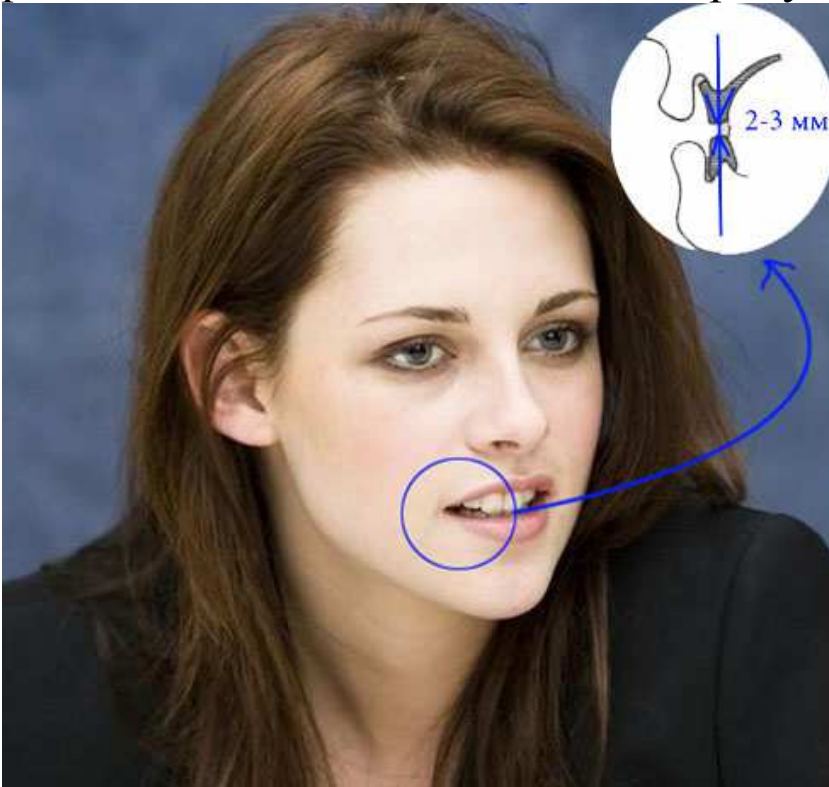
На відміну від усіх видів оклюзії центральне співвідношення не змінюється усе життя. Звісно, якщо не було хвороб і травми суглоба. Тому якщо неможливо визначити центральну оклюзію (у пацієнта немає зубів), лікар відтворює її, орієнтуючись на центральне співвідношення щелеп.

Висота спокою і висота прикусу

Висота прикусу – відстань між верхньою і нижньою щелепою в положенні центральної оклюзії.

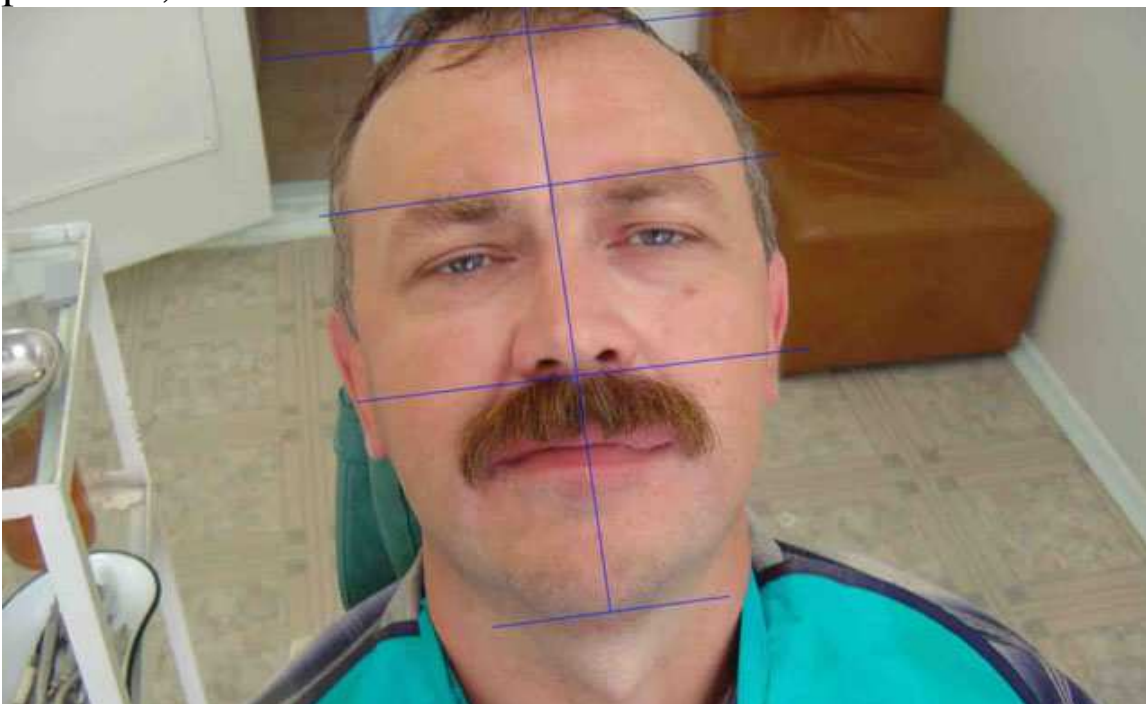


Висота фізіологічного спокою – це відстань між верхньою і нижньою щелепою, коли усі м'язи щелепи розслаблені. У нормі вона зазвичай більше висоти прикусу на 2-3 мм.



Висота фізіологічного спокою

Прикус може бути завищеним чи заниженим. Завищений прикус може виникати при неправильно виготовленому протезі. Грубо кажучи, коли штучні зуби вищі, ніж були власні. Лікар бачить, що висота прикусу менша висоти спокою на 1 мм або рівна їй, або більше за неї.



Прикус завищений. Нижня третина обличчя значно більша за середню

Занижений прикус часто виникає при патологічному стиранні зубів. Але є варіант і неправильного виготовлення протеза. Лікар бачить, що висота прикусу більша висоти спокою. І ця різниця більше 3-х мм. Щоб не занизити і не завищити прикус лікар вимірює висоту нижнього відділу обличчя.



Прикус занижений. На фото ліворуч нижня третина обличчя менша за середню третину

Формування протетичної площини

Оклюдійна площина – це площина, яка проходить через три точки:



- 1) точку між нижніми центральними різцями
- 2) і 3) точки на зовнішніх задніх горбиках других молярів.

Якщо у вас є зуби, то є і оклюзійна площина. Якщо зубів немає, то і площини немає. Завдання стоматолога її відновити. І відновити правильно.

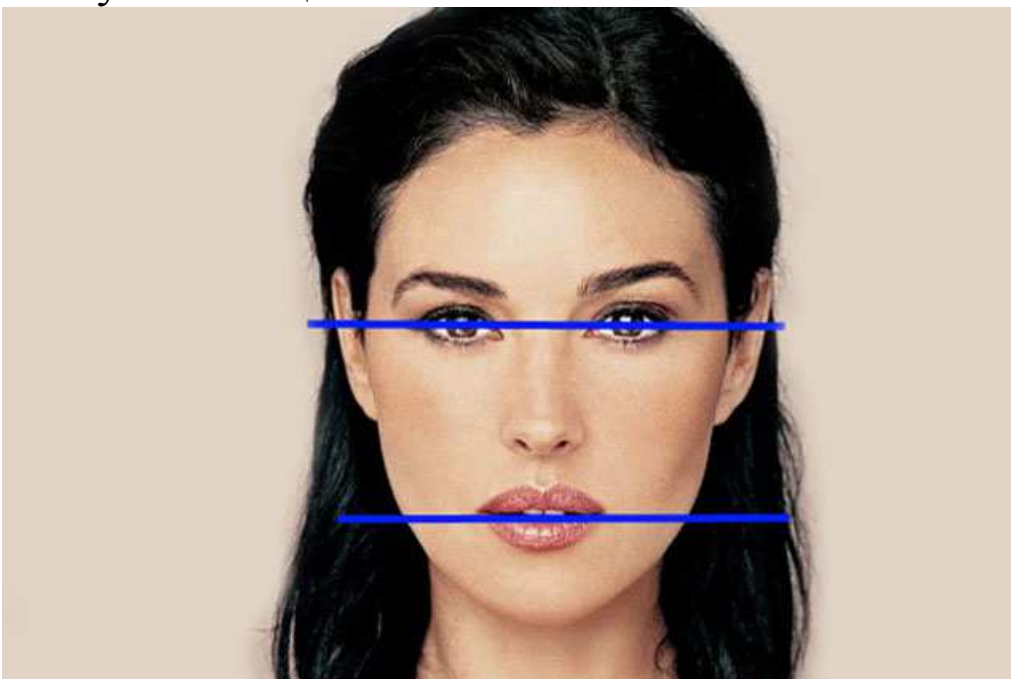
Протетична площина



Протетична площина

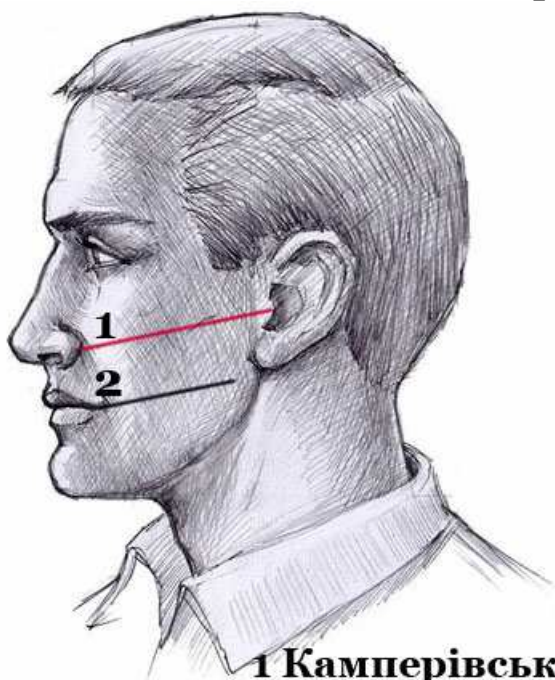
Протетична площина – це оклюзійна площина повного знімного протеза. Вона має проходити точно там, де колись була оклюзійна площина. Але стоматолог не екстрасенс, він не може бачити минуле. Як він визначить, де вона була пацієнта 20 років тому?

Після багатьох досліджень учені встановили, що оклюзійна площина в передньому відділі щелепи паралельна лінії, що сполучає зіниці.



Зінична лінія

А в бічному відділі (це виявив Кампер) – паралельна лінії, що сполучає нижній край перегородки носа із серединою козелка вуха. Ця лінія називається Камперівська горизонталь.



1 Камперівська горизонталь
2 Протетична площина

Завдання лікаря – добитися, щоб протетична площина – площина воскового валика на верхній щелепі – була паралельна цим двом лініям (Камперівській горизонталі і зіничній лінії). Усю протетичну площину лікар ділить на три сегменти: один фронтальний і два бічних. Починає він з фронтального відділу. І робить площину фронтального валика паралельною зіничній лінії. Щоб цього досягнути він використовує дві лінійки (два шаблони). Один шаблон лікар встановлює на рівні зіниць, другий – прикріплює до воскового валика.



Один шаблон встановлюється по зіничній лінії, другий – приклеюється до прикусного валика

Він домагається паралельності двох шаблонів. Стоматолог додає або відрізує віск з валика, орієнтуючись при цьому на верхню губу. Край валика повинен рівномірно виступати з-під губи на 1-2 мм.



Далі лікар формує бічні відділи. Для цього шаблон встановлюють по Камперівській (носовушній) лінії. І досягають його паралельності з протетичною площиною. Лікар так само нарощує або прибирає віск, як робив це в передньому відділі.



Шаблон по камперівській горизонталі паралельний оклюзійній площині в бічному відділі

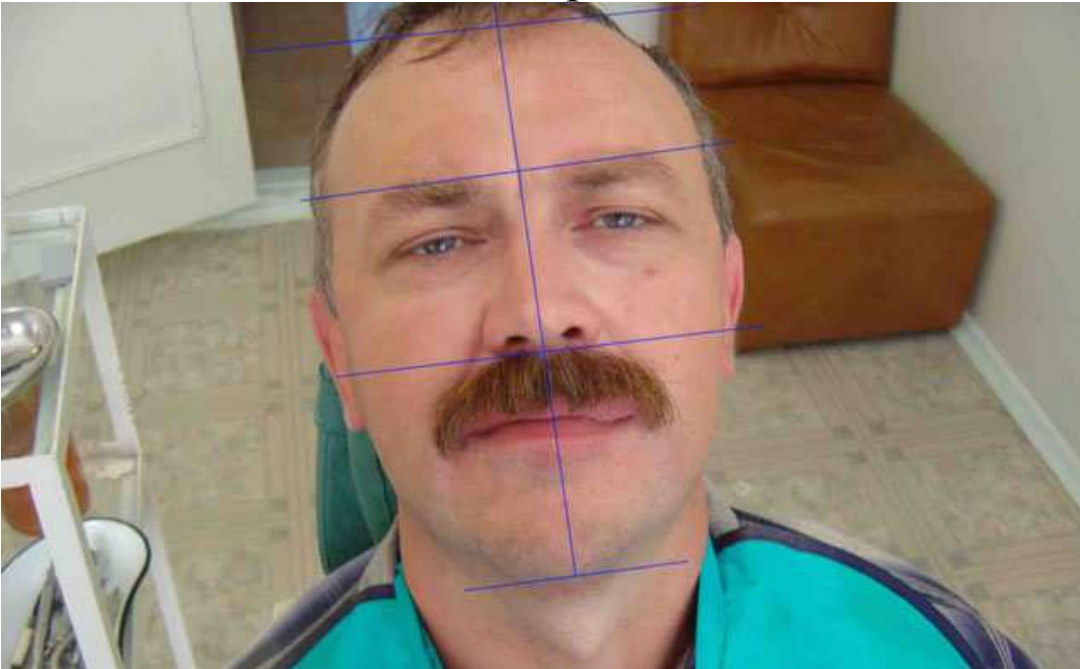
Після цього він згладжує усю протетичну площину.

Визначення висоти нижнього відділу обличчя

Стоматологи ділять обличчя пацієнта на третини:

- Верхня третина – від початку росту волосся до лінії верхнього краю брів.
- Середня третина – від верхнього краю брів до нижнього краю перегородки носа.

- Нижня третина – від нижнього краю перегородки носа до нижньої частини підборіддя.



Прикус завищений. Нижня третина обличчя значно більша за середню

Усі третини в нормі приблизно рівні між собою. Але при змінах висоти прикусу, змінюється і висота нижньої третини обличчя.

Є три способи визначити висоту нижнього відділу обличчя (і висоту прикусу відповідно):

1. Анатомічний
2. Антропометричний
3. Анатомо-фізіологічний

Анатомічний метод

Метод визначення на око. Лікар використовує його на етапі перевірки постановки зубів, чи не завищив технік прикус. Він дивиться на ознаки завищення прикусу: чи не згладжені носогубні складки, чи не напружені щоки і губи і т. ін.

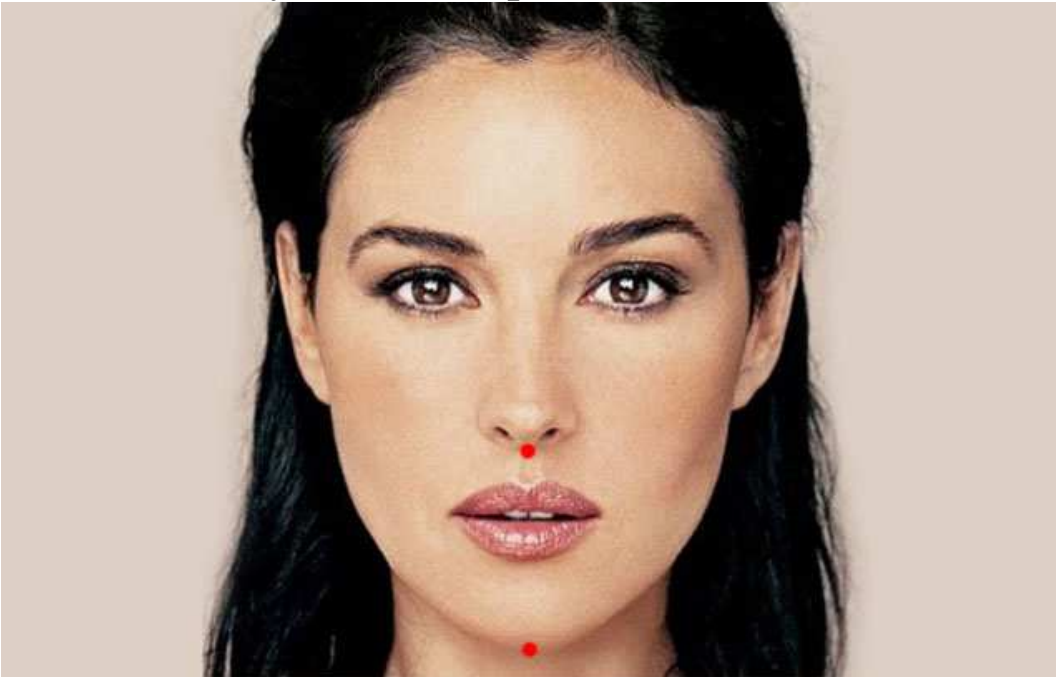
Антропометричний метод

Заснований на рівності усіх третин обличчя. Різні автори пропонували різні анатомічні орієнтири (Вутсворд: відстань між кутом рота і кутом носа дорівнює відстані між кінчиком носа і підборіддям, Юпітц, Гізі і т. ін.). Але усі ці варіанти неточні і зазвичай завищують реальну висоту прикусу.

Анатомо-фізіологічний метод

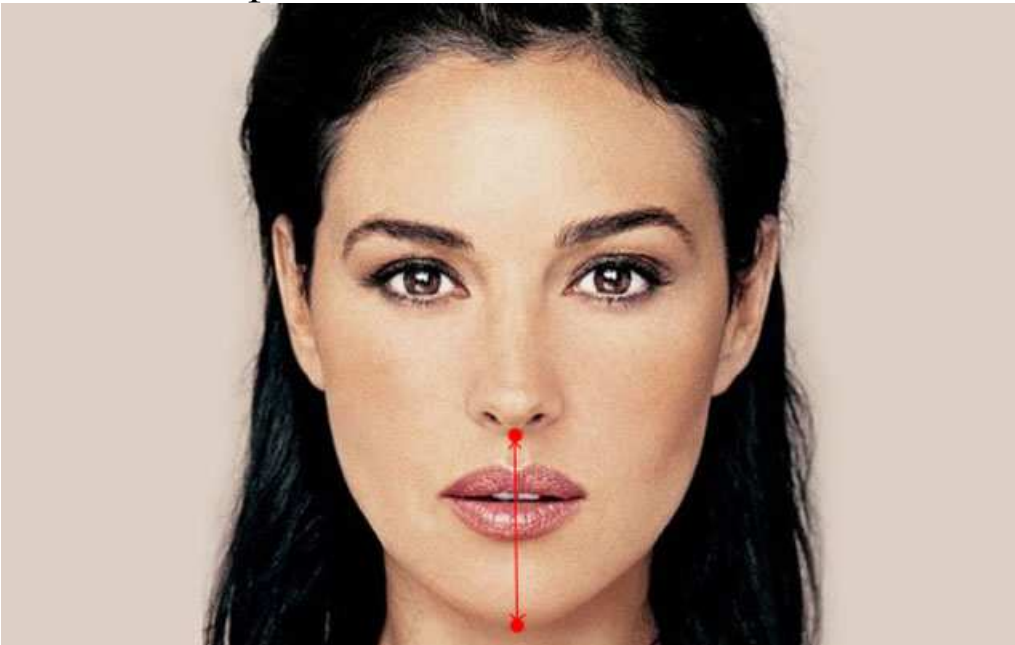
Заснований на тому, що висота прикусу менше висоти спокою на 2-3 мм. Лікар визначає висоту обличчя за допомогою

воскових базисів з оклюзійними валиками. Для цього він спочатку визначає висоту нижньої третини обличчя в стані фізіологічного спокою. Лікар малює на обличчі пацієнта дві точки: одну – на верхній, другу – на нижній щелепі. Важливо, щоб обидві були на центральній лінії обличчя.



Визначення центрального співвідношення. Лікар малює на обличчі пацієнта дві точки

Лікар вимірює відстань між цими точками, коли всі щелепні м'язи в пацієнта розслаблені. Щоб його розслабити, лікар говорить з ним на абстрактні теми, або просить його кілька разів проковтнути слину. Після цього щелепа пацієнта займає положення фізіологічного спокою.



Визначення центрального співвідношення. Лікар вимірює відстань між точками в положенні фізіологічного спокою

Лікар вимірює відстань між точками і віднімає від неї 2-3 мм. Пам'ятайте, у нормі саме це число відрізняє фізіологічний спокій від положення центральної оклюзії. Стоматолог підризує або нарощує нижній прикусний валик. І заміряє відстань між намальованими точками, поки вона не стане такою як слід (висота спокою мінус 2-3 мм).



Неточність цього методу в тому, що в когось потрібна різниця 2-3мм, а в когось 5 мм. І точно її вичислити неможливо. Тому треба просто вважати, що вона у всіх 2-3 мм і сподіватися що протез вийде. Чи правильно лікар визначив міжальвеолярну висоту, він перевіряє за допомогою розмовної проби. Він просить хворого вимовити звуки і склади (о, і, с, з, п, ф). При вимові кожного звуку пацієнт відкриває рот на певну ширину. Наприклад, при вимові звуку [о] рот відкривається на 5-6 мм. Якщо ширше – значить лікар визначив висоту неправильно.



Розмовна проба. При вимові звуку «О» відстань між зубами (валиками) дорівнює 6 мм.

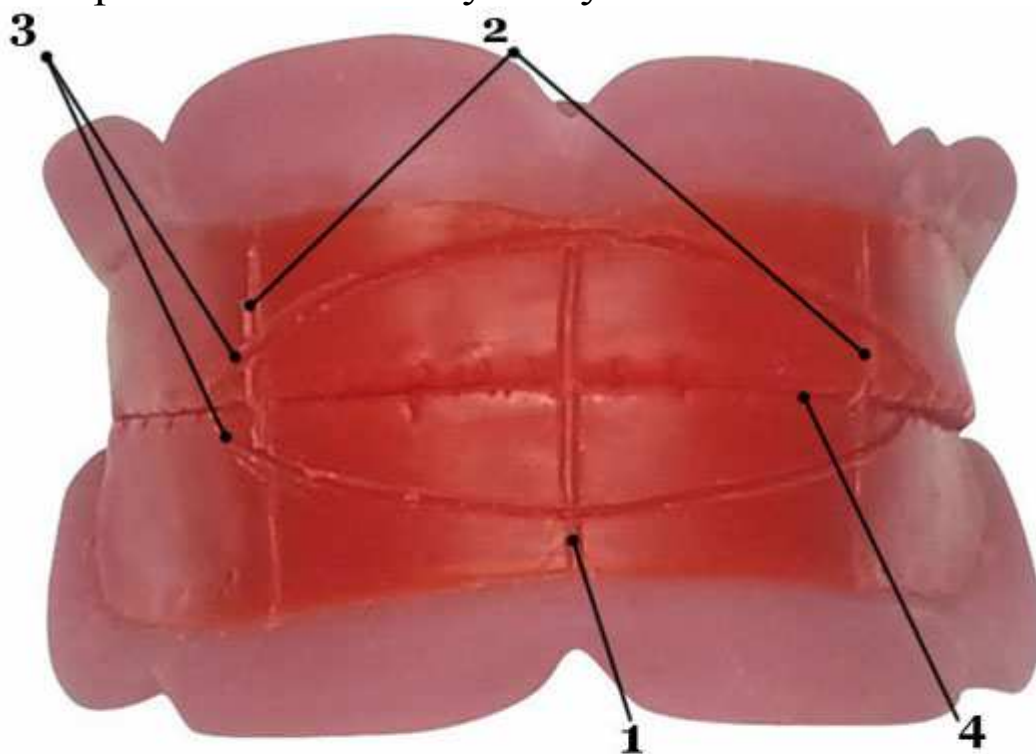
Визначення центрального співвідношення щелеп

На цьому етапі не можна просто сказати пацієнтові, закрийте рот правильно. Навіть моя бабуся часто скаржилася, що ці слова збивають з пантелику: «І ти не знаєш, як закрити рот. Здається, як не закрий – усе правильно».

Щоб закрити рот «правильно» лікар кладе вказівні пальці на прикусні валики в ділянці жувальних зубів нижньої щелепи і одночасно розсовує кути рота. Далі він просить пацієнта доторкнутися язиком до заднього краю твердого піднебіння (краще зробити в цьому місці гудзичок з воску – не всі пацієнти знають, де у твердого піднебіння знаходиться задній край) і проковтнути слину. Пальці лікар прибирає з жувальної поверхні валика, але продовжує розсовувати кути рота. Ковтаючи слину, пацієнт закриє рот «правильно». Так вони повторюють кілька разів, поки лікар точно не переконається, що це правильне центральне співвідношення.

Орієнтири на оклюзійному валику

Лікар наносить на валики орієнтовні лінії. За цими лініями технік розставлятиме штучні зуби.



1. Серединна лінія

2. Лінія ікла

3. Лінія посмішки

4. Протетична площина

Орієнтовні лінії. Серединна лінія, лінія ікла і лінія посмішки

На верхній базис вертикально наносять серединну лінію (1) – це лінія, яка ділить усе обличчя навпіл. Лікар орієнтується на підносний жолобок. Серединна лінія ділить його навпіл.

Ще одна вертикальна лінія – лінія ікла (2) – проходить по лівому і правому краю крила носа. Вона відповідає середині ікла верхньої щелепи. Ця лінія паралельна серединній лінії.

Горизонтально лікар малює лінію посмішки (3) – це лінія, яка проходить по нижньому краю червоної облямівки губ, коли пацієнт посміхається. Вона визначає висоту зубів. Шийки штучних зубів техніки робить вище за цю лінію, щоб під час посмішки не були видні штучні ясна.

Лікар дістає воскові базиси з оклюзійними валиками з ротової порожнини, одягає на моделі, сполучає один з одним і передає їх техніку.