Реєстрація параметрів за допомогою лицьової дуги

Лицьова дуга – необхідний інструмент для стоматологів-ортопедів і зубних техніків. При використанні середньоанатомічної лицьової дуги розташування шарнірної вісі вибирається довільно, з орієнтацією на зовнішні слухові проходи. Приблизно у 80-90 % випадків це актуальний і швидкий спосіб перенесення. Але є ситуації, коли необхідно використовувати істинні точки шарнірної вісі пацієнта. Їх визначають за допомогою аксіографії. Для тих, хто ще не встиг залучитися до «таїнств» роботи з лицьовою дугою, ми підготували матеріал, представлений нижче.

Лицьова дуга – інструмент, що дозволяє зафіксувати положення верхньої щелепи відносно шарнірної площини СНЩС і перенести його в простір артикулятора.



Основні складові лицьової дуги: основна рама, бічні площини з вушними пелотами, прикусна вилка, носовий упор, шарнірна передавальна опора між вилкою і дугою, індикатор площини.

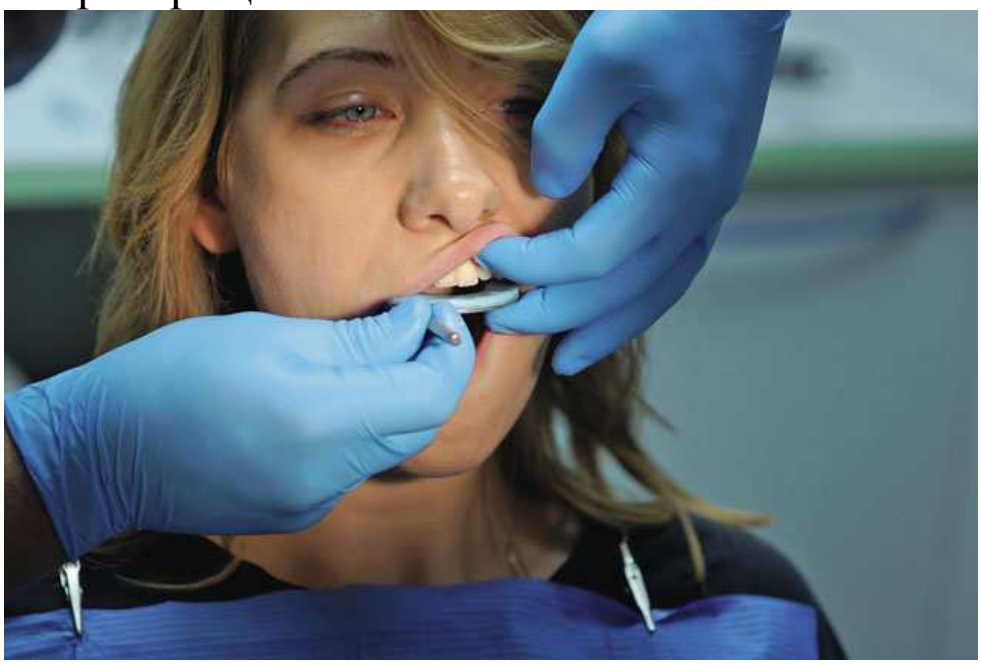
Як реєстраційний матеріал у даному випадку використовується «Сілаформ 90» (Siladent). Також можна використовувати Occlufast (Rock) або будь-який інший матеріал для реєстрації прикусу. Необхідну кількість матеріалу замішуємо до однорідного відтінку.



Отриману масу рівномірним шаром розподіляємо по поверхні прикусної вилки.

Мал. 2

Пацієнт у кріслі сидить прямо, голову тримає рівно. Вилку з реєстраційним матеріалом на верхній щелепі позиціонуємо паралельно горизонту. Необхідно отримати відбитки горбиків і ріжучих країв різців.



Мал. 3

Тиснути на вилку не варто. Досить часто неможливо отримати відбитки всього зубного ряду. Головне, щоб згодом гіпсова модель верхньої щелепи при позиціонуванні на прикусну вилку займала істинне положення, без зміщення і балансу. Утримувач вилки має бути паралельний серединній лінії обличчя, бо затискувач передавальної опори, який ми закручуватимемо надалі, має обмежений радіус роботи (лише 15 градусів).



Мал. 4

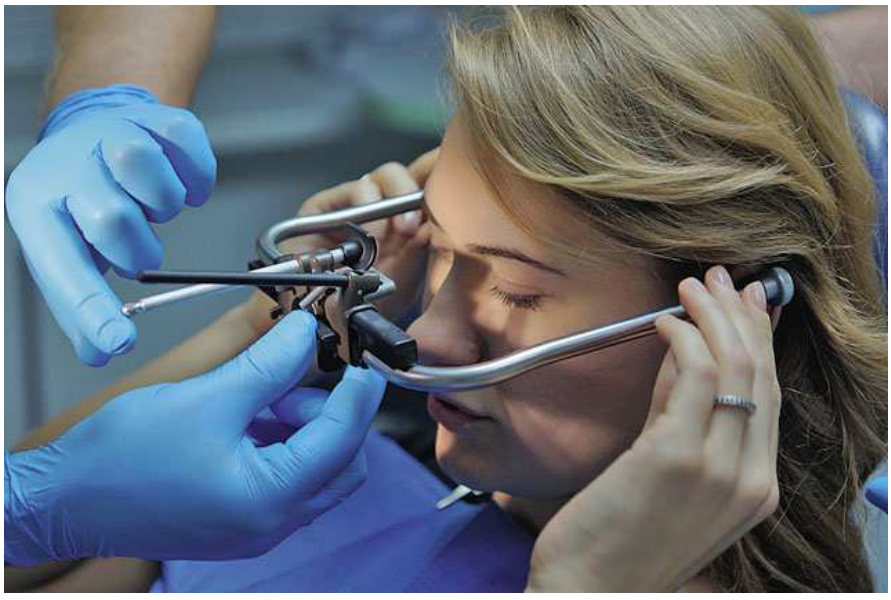
Тобто, якщо ми зафіксуємо вилку не паралельно серединній лінії, утримувач вилки не надінеться в затискувач передавальної опори.

Щоб зрозуміти, застиг матеріал або ні, необхідно для проби використовувати залишки матеріалу, а не матеріал на прикусній вилці. Якщо матеріал застиг, можемо витягнути вилку і оцінити якість відбитків горбиків. Ми маємо 3 точки: 2 задніх (бічні зуби) і 1 передню (різці): цього достатньо для того, щоб правильно виставити моделі. В даному випадку, дивлячись на відбитки, вже можна дійти висновку про оклюзійну площину.



Мал. 5

Встановлюємо лицьову дугу. Важливо, щоб дуга розташовувалася паралельно горизонту. Спочатку позиціонуємо дугу в зовнішніх слухових проходах. Якщо лікар працює з асистентом, останній може підтримувати лицьову дугу. Якщо ж асистента немає, можна попросити пацієнта вам допомогти. Засовуємо рамку до моменту появи терпимого тиску в ділянці зовнішніх слухових проходів. Далі позиціонуємо носовий упор і фіксуємо його на дузі.



Мал. 6

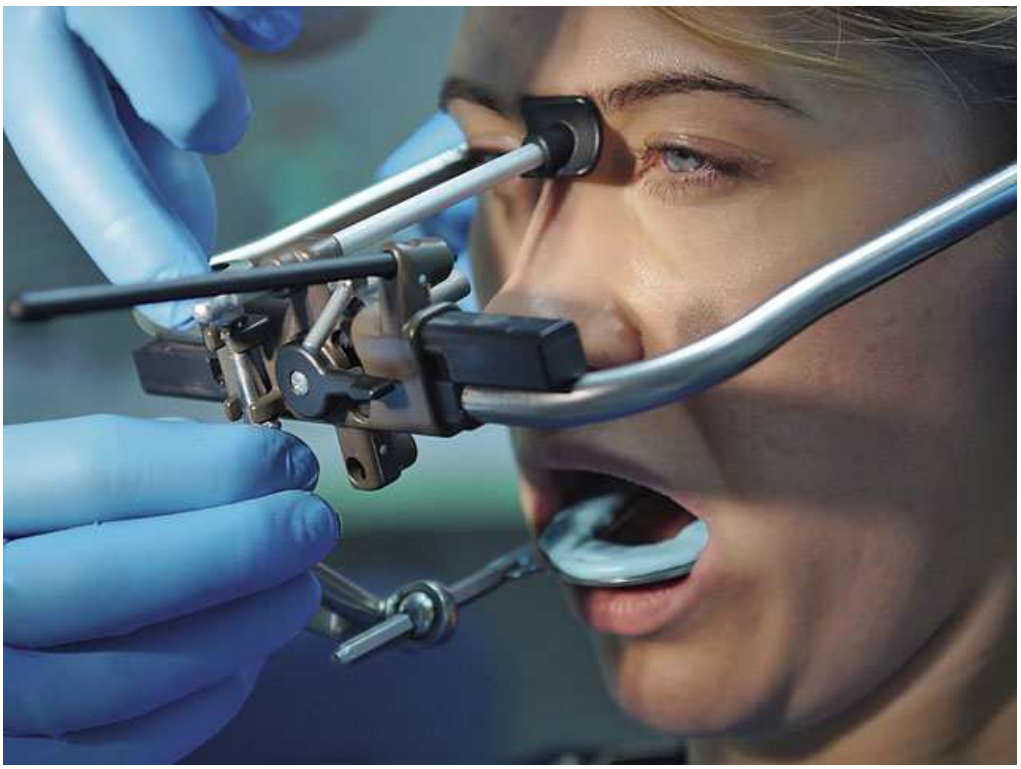
Приступаємо до установки передавальної опори. Перед її фіксацією до дуги необхідно відкрутити до кінця всі гвинти. Слід

пам'ятати, що гвинт, який у наступному фіксуватиме прикусну вилку, не можна закручувати, коли вилка в ньому відсутня. Це призведе до його поломки, що доволі проблематично: ця деталь має відносно високу вартість.



Мал. 7

Розташовуємо вилку в порожнині рота. Вона може вільно лежати на зубах нижньої щелепи. Після того, як вилка встановлена в передавальну опору, закручуємо гвинт, фіксувальну передавальну опору до дуги і приступаємо до позиціонування вилки в ротовій порожнині. У такій позиції дуже зручно працювати.



Мал. 8

Великим пальцем притримуємо дугу, а середнім і вказівним – вилку. Таким чином можна спокійно маніпулювати прикусною вилкою в порожнині рота. Намацуємо нижній край орбіти та встановлюємо вказівник. В даному випадку ми орієнтуємося на Франкфуртську горизонталь.



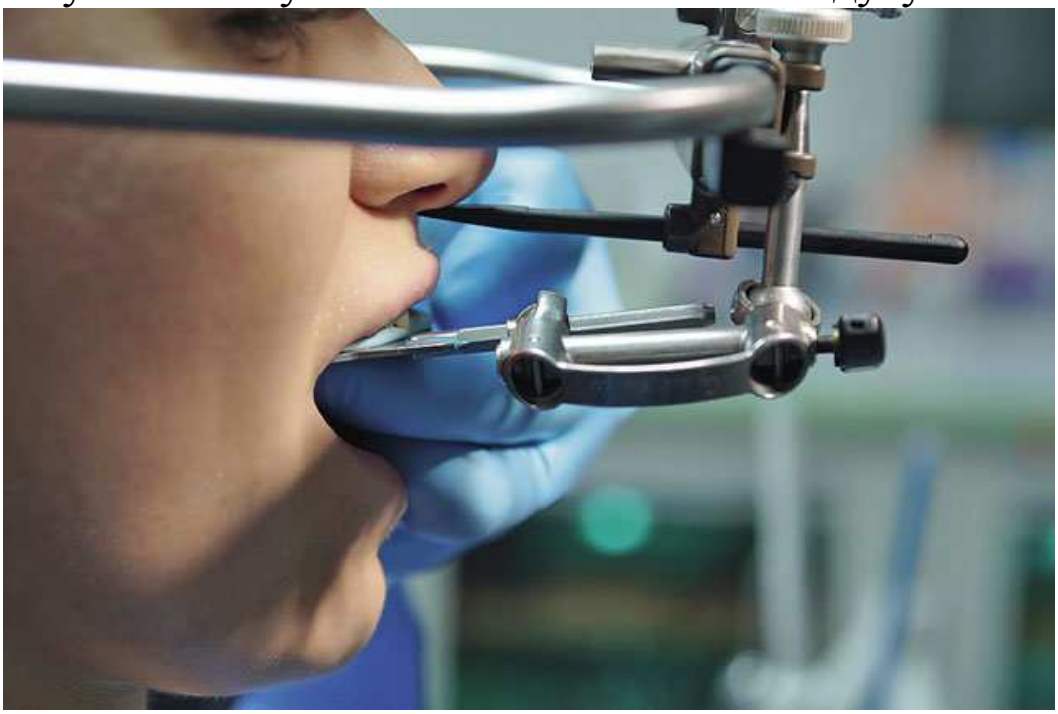
Мал. 9

Після того, як встановлений вказівник, ми до упору закручуємо гвинт, фіксувальну вилку в передавальній опорі.



Мал. 10

Далі ми прибираємо вказівник, послабляємо гвинт, фіксувальну дугу, і прибираємо носовий упор. Відкриваємо затискувач, притримуючи вилку. Послабляємо і знімаємо дугу.



Мал. 11

Як орієнтир при роботі з лицьовою дугою можна використовувати Франкфуртську горизонталь, Камперівську горизонталь і т. д. Усе залежить від смаків лікаря або від ситуації: наприклад, якщо визначити нижній край орбіти неможливо (травма, оперативне втручання і т. д.). На *мал. 11* дуга встановлена відповідно до Камперівської горизонталі.

Автор: Столяр Р. І., лікар-стоматолог