

ID: 2018-02-5-A-16264

Краткое сообщение

Микляева Т.А.

**Индивидуализация создания окклюзионных взаимоотношений у пациентов с полным отсутствием зубов***ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии ортопедической**Научный руководитель: асс. Воробьева М.В.***Резюме**

В данной научно-исследовательской работе рассматривается методика индивидуальной постановки зубов у пациентов с полным отсутствием зубов.

**Ключевые слова:** индивидуальная постановка зубов, полная адентия**Актуальность**

Каждый человек уникален и его зубочелюстной аппарат так же имеет свои индивидуальные особенности. После полной утраты зубов жевательная система претерпевает определенные необратимые изменения. Происходит перестройка альвеолярных отростков челюстей, жевательные мышцы теряют тонус, костная ткань подвергается постепенной атрофии, снижается высота нижней трети лица, что ведет к полной потере функции жевания, а так же провоцирует множество комплексов и дискомфорта со стороны пациента. Чтобы помочь больному восстановить жизненно важные функции необходимо нормализовать жевание, речеобразование, а так же внешний вид пациента. Индивидуализация восстановления окклюзионных взаимоотношений является ключевым моментом в этом вопросе.

**Цель и задачи:** рассмотреть особенности индивидуального выстраивания окклюзионных взаимоотношений искусственных зубов при их постановке с учетом анатомических особенностей жевательного аппарата пациента.

Существует огромное количество методик постановки искусственных зубов, широко известных врачам стоматологам ортопедам и зубным техникам. Описанная методика удобна тем, что может применяться самостоятельно или в качестве дополнительной к стандартным методам постановки. Это дает возможность врачу стоматологу-ортопеду оказывать качественную помощь пациентам с полным отсутствием зубов.

Итак, после успешной регистрации прикуса, заливки гипсовых моделей в артикулятор приступают к подбору искусственных зубов. Они подбираются индивидуально в зависимости от пола, возраста, формы лица пациента и многих других параметров. Затем условно обозначается протетическая плоскость, которая в дальнейшем послужит одним из важнейших ориентиров для расстановки верхних так и нижних зубов.

Определенная последовательность постановки значительно облегчает выстраивание окклюзионных взаимоотношений. Первым этапом устанавливаются центральные резцы верхней челюсти, ориентированные на среднюю линию лица и межзубной сосочек, а режущий край располагается на 1 мм ниже протетической плоскости. Вестибулооральный наклон этих зубов осуществляют в зависимости от типа лица пациента. Далее располагают латеральные резцы верхней челюсти, учитывая мезиодистальную и вестибулярную ориентацию центральных резцов, выше протетической плоскости на 0,5мм. Затем производится постановка клыков верхней и нижней челюстей, у которых медиальная часть губной поверхности продолжает вестибулярную плоскость зубной дуги, а с дистальной части начинается боковая плоскость зубной дуги. Ранее отмеченные на модели, наиболее прямые вестибулярная и дистальная линии в пересечении образуют точки, которые являются «центрами» продольной оси клыков, а наиболее дистальные точки первой небной складки являются небными ориентирами постановки клыков. Рвущие бугры клыков перекрывают протетическую плоскость на 2 мм и устанавливаются в контакте с нижними клыками. Далее, в целях выстраивания функциональных взаимоотношений, в артикулятор закрепляется сферическая поверхность. Первые моляры нижней челюсти должны контактировать с постановочной плоскостью в трех точках, вторые премоляры - в двух, первые премоляры - в одной точке. Таким образом премоляры касаются сферической плоскости вестибулярными буграми, а моляры - вестибулярными и язычно-дистальными, перекрывая протетическую плоскость на 1 мм. Первый верхний моляр ставится в соответствии с ключом окклюзии, а премоляры верхней челюсти устанавливаются в окклюзионном контакте с нижними малыми коренными зубами без каких либо особенностей. Второй верхний моляр не имеет окклюзионных взаимоотношений и может не устанавливаться вовсе. В некоторых случаях их постановка необходима для поддержания объема мягких тканей щек. Это зависит от индивидуальных особенностей и пожеланий пациента. Завершающим шагом является постановка нижних резцов в плотном контакте с верхними резцами. Проверку качества постановки искусственных зубов осуществляют различными методиками окклюзиографии.

Каждый человек имеет свои анатомические особенности которые чаще всего отличаются от стандартов. Предложенная методика допускает некоторые отклонения от нормы и является скорее базовой, благодаря чему может быть адаптирована для каждого пациента. Это позволяет добиться качественного восстановления функций жевания и речеобразования.

**Заключение**

Индивидуализация выстраивания окклюзионных взаимоотношений у пациентов с полным отсутствием зубов позволяет восстановить утраченные жизненно важные функции и избежать возможных осложнений.

**Литература**

1. Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. «Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология», 2008г.;
2. Дапприх Ю., Ойртманн Э. «Протезирование при полной адентии», 2007г.;
3. Жолудев С.Е. «Адгезивные средства в ортопедической стоматологии», 2007 г.

4. Трезубов В.Н. Щербаков А.С Мишнёв Л.М. «Ортопедическая стоматология (факультетский курс)», 2011г.;
5. Наумович С.А. «Ортопедическая стоматология. Протезирование съёмными пластиночными и бюгельными протезами», 2009г.
6. Лебеденко И.Ю., Еригева В.В., Маркова Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. - М.: Практическая медицина, 2007г.;
7. Лебеденко И.Ю., Каламкарва С.Х. Ортопедическая стоматология: алгоритмы диагностики и лечения. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008г.