

Обертальний рух уздовж термінальної шарнірної вісі суглобової голівки формує первинний оклюзійний контакт на поверхні зубів, що має назву «задне контактне положення» (контактна позиція центрального співвідношення щелеп, референц-контактне положення). Далі взаємне ковзання по поверхнях зубів формується напрямними поверхнями і в нормі такий рух має напрямком уперед та вгору. У сучасній літературі є повідомлення про те, що таке контактне положення зустрічається на премолярах, буває несиметричним та поодиноким. Безумовно, розташування першого контакту змикання щелеп впливає на функціонуючі ланки зубо-щелепної системи і вивчення цих питань є актуальним.

Мета нашої роботи – визначення впливу контактної позиції центрального співвідношення щелеп на зміни просторового розташування нижньої щелепи.

Для реалізації поставленої мети проведено обстеження 183 пацієнтів (67 чоловіків та 116 жінок) віком від 18 до 54 років з безперервними зубними рядами з використанням алгоритму клінічного функціонального аналізу.

Моделі щелеп змонтовано для аналізу в артикулятор «Artex Type AR» («Girrbach Dental», Germany) в положеннях звичної оклюзії та центрального співвідношення щелеп, яке визначали за власною методикою. Для аналізу зміщення умовної термінальної шарнірної вісі використовували пристрій «CPI– Condyle Position Indicator» («Girrbach Dental», Germany). Вивчали параметри внутрішньосуглобового зміщення в 3-х площинах та переміщення різцевого упора пристрою від положення центрального співвідношення щелеп до положення змикання (звична оклюзія).

Отримані результати показали, що контакти центрального співвідношення щелеп розташовуються на оклюзійних поверхнях практично всіх груп зубів (на верхівках та схилах горбиків, а також у фісурах молярів і премолярів, на оклюзійних поверхнях різців та іклів). Симетричне розташування виявлено в 42,4 % випадків (на піднебінних поверхнях центрального та бокових різців - 2,8%, на премолярах - 2,1%, на молярах - 37,5%).

Однобічне розташування контактів центрального співвідношення зустрічається частіше, ніж двобічне - 57,6 % (5,9% контактів розташовувались на іклах, 2,4% - на іклах, 18,1 % - на премолярах і 31,2% - на молярах).

Аналіз напрямної дії контактів проводили за допомогою CPI, який дозволяє оцінювати зміщення умовної термінальної шарнірної вісі обертання в 3-х площинах за напрямком та кількісними показниками і напрямки зміщення різцевої точки за ознаками змін положення різцевого упору артикулятора. Визначено різні напрямки зміщення умовної термінальної шарнірної вісі від положення контакту центрального співвідношення щелеп до положення змикання у звичній оклюзії (протрузійний, ретрузійний, латеротрузійний, медіотрузійний, суртрузійний, детрузійний).

Отримані результати показали, що розташування оклюзійних контактів і напрямки зміщення значно відрізняються від загальноприйнятої норми.

Проведені дослідження свідчать, що визначення контактів центрального співвідношення щелеп та на-

прямків зміщення нижньої щелепи може бути важливою характеристикою в плануванні обсягу ортопедичного лікування пацієнтів.

Ковзання нижньої щелепи від контакту центрального співвідношення щелеп у положення звичної оклюзії характеризується послідовним змиканням зубів, що направляються притертими фасетками стирання. Отже, цей факт бажано було би враховувати в плануванні та вибіркового пришліфовуванні зубів.

Зайцев Л. О., Обух В. М., Федюкович І. Є. НОВА МЕТОДИКА БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ЗУБІВ

Дніпропетровська державна медична академія

В ортопедичній стоматологічній практиці зустрічаються клінічні ситуації, коли внаслідок пародонтиту середнього і тяжкого ступенів або травми доводиться видаляти від одного до кількох зубів.

Метою роботи стала розробка нового методу безпосереднього протезування зубів, коли в план лікування входить видалення фронтальних зубів за показаннями з одночасним шинуванням рухомих опорних зубів.

У перше відвідування хворого зуби, які підлягають видаленню, свідомо не видаляємо, одержуємо відбитки еластичною масою. Відбиток коронкової частини зуба (зубів), які підлягають видаленню, що утворився в зліпковій масі, заповнюємо самотвердіючою пластмасою (композитом), колір якої має наближатися до кольору зубів пацієнта. По обидва боки від наступного дефекту зубного ряду зуби підлягають депульпації.

Підготовка каналів здійснюється за загальноприйнятою методикою.

З ортодонтичного дроту діаметром 0,8-1,0 мм (залежно від протяжності дефекту) вигинаємо каркас майбутньої шини-протеза, а в ділянці штучних зубів утворюємо петлю для їхньої фіксації. За кількістю депульпованих зубів, що входять у систему шини-протеза, набираємо на каркас необхідну кількість рухомих елементів у вигляді штифтів із взаємно перпендикулярними вушками, одне з яких пов'язане з каркасом з можливістю пересування, припасовуємо до каркаса штучний зуб (зуби) із самотвердіючої пластмаси (композиту) і фіксуємо до нього тим же матеріалом (Пат. України № 42660). Штучний зуб можна виготовити і з фотополімеру в порожнині рота. Конструкція фіксується в каналах зубів за рахунок зігнутих кінців каркаса і рухомих опорних елементів на нетвердіючий матеріал. Принаймні один із кінців каркаса має бути зігнутий по осі крайнього, як правило, найбільш стійкого зуба.

Безпосередній протез є шиною-протезом, він надійний, естетичний, не порушує фонацію, коректується тільки в момент фіксації і надалі не потребує корекції до заміни його на постійний. Термін звикання пацієнта до протеза майже відсутній.