**Окклюзиограмма**

Окклюзиограмма — метод определения и анализа окклюзионных контактов, получаемых на тонких пластинках воска при смыкании зубных рядов.

**Цель**

Используется для контроля окклюзионных соотношений зубов верхней и нижней челюсти при различных патологиях зубочелюстной системы, а том числе при обследовании пациентов с патологиями пародонта.

**Задачи**

1)Нормализация окклюзионных и силовых взаимоотношений зубных рядов;

2)иммобилизация сохраненных зубов.

**Техника проведения**

Заболевания тканей пародонта на сегодня остаются наиболее актуальной общемедицинской и социальной проблемой стоматологии. Ортопедические мероприятия при заболеваниях тканей пародонта, осложненных частичной потерей зубов, составляет значительную часть в общей структуре оказания стоматологической ортопедической помощи. Результаты возмещения дефектов зубных рядов протезами определяются степенью измельчения пищевых веществ, реакциями периодонта и десны на цикличную механическую нагрузку. Эти два критерия зависят от функционального состояния и реактивных свойств опорных тканей и характера распределения жевательной нагрузки между опорными структурами. Приспособленность пародонта к функциональным нагрузкам обуславливает развитие компенсированных механизмов, динамика которых диктуется конкретными ситуациями, связанными с воздействием экзо- и эндогенных факторов. Заболевания тканей пародонта, особенно осложненные дефектами зубных рядов, сопровождаются неадекватным распределением жевательных усилий, что может привести зубочелюстную систему в состояние суб- или декомпенсации. Характерной особенностью последнего является образование травматических узлов и травматической артикуляции, играющих главную роль в дальнейшем развитии патологического процесса. В связи с этим основной задачей ортопедических мероприятий в комплексной лечении заболеваний тканей пародонта остается перераспределение жевательной нагрузки и иммобилизаци подвижных зубов.

Ортопедическое лечение при пародонтите направлено на нормализацию окклюзионных и силовых взаимоотношений между зубами, стабилизацию подвижных зубов и перераспределение жевательных усилий на ткани протезного ложа. Лечение носит восстановительный и профилактический характер и должно учитывать форму и характер течения заболевания, степень атрофии и подвижности зубов, топографию и протяженность дефектов зубных рядов. Устранение функциональной травматической перегрузки пародонта возможно только ортопедическим путем и включает в себя избирательное пришлифовывание зубов, ортодонтические вмешательства, шинирование и рациональное протезирование. Необычная по направлению, величине и времени действия функциональная нагрузка пародонта имеет место в случаях аномалийного положения зубов, деформациях зубных рядов, аномалиях прикуса, а также может явиться результатом некачественного пломбирования или протезирования. Под влиянием этих факторов возникает первичная травматическая окклюзия, с локализацией процесса только в области перегруженных зубов. Снижение сопротивляемости тканей пародонта делает даже обычную нагрузку чрезмерной и приводит к образованию вторичной травматической окклюзии во всем зубном ряду. Для устранения травматической перегрузки зубов используют методику избирательного пришлифовывания, которую лучше осуществлять после снятия острых воспалительных явлений. Целями избирательного пришлифовывания принято считать: устранение травматической нагрузки в пародонте, снятие травмы твердых тканей зубов и пульпы, распределение нагрузки по оси зуба, создание устойчивой центральной окклюзии, устранение окклюзионных нарушений перед протезированием и по его окончании, профилактика и лечение заболеваний пародонта. Манипуляция требует постоянного контроля при ее проведении, так как возможны осложнения, которые сводятся к снижению окклюзионной высоты, гиперестезии твердых тканей зуба, перегрузки одних зубов с недогрузкой других. Методика заключается в определении суперконтактов с помощью окклюзограммы и сошлифовывании тех скатов бугров, которые мешают равномерным срединно-сагиттальным движениям нижней челюсти. В.А Хватова считает целесообразным проводить избирательное пришлифовывание в течение 3-4 посещений с интервалом в неделю, полируя зубы после каждой процедуры, и обрабатывая их фторлаком. Методика широко используется в клинике ортопедической стоматологии, дает хорошие результаты, поскольку улучшает микроциркуляторные процессы в тканях пародонта, замедляет темпы перестройки костной ткани. Для длительной иммобилизации подвижных зубов используют постоянные шины– протезы, к которым относятся как несъемные так и съемные конструкции. Они равномерно распределяют жевательную нагрузку на оставшиеся зубы и альвеолярные отростки, устраняют дефект, позволяют восстановить утраченные функции и эстетические нормы. Несмотря на обилие методик и конструктивных решений проблемы стабилизации подвижных зубов, бюгельные протезы остаются самыми востребованными в комплексном лечении заболеваний пародонта, осложненных потерей части естественных зубов. Именно они способны правильно и рационально перераспределить жевательные усилия на все ткани протезного ложа, а наличие шинирующих элементов достаточно надежно стабилизирует подвижные зубы. Вместе с тем эффективность любой конструкции дугового протеза обусловлена законами клинической биомеханики, которая изучает двигательную активность человека в норме и при патологии. Подчеркивая преимущества дуговых протезов многие исследователи единодушно признают тот факт, что опираясь на биологически различные структуры дуговые протезы способны компенсировать потенциальные различия в восприятии нагрузки тканями протезного ложа и способствовать сохранению их нормального физиологического состояния. При различном количестве опорных зубов, варьировании упругих свойств слизистой оболочки, вертикальной и горизонтальной резорбции костной ткани в зоне опорных зубов или под базисом протеза удалось установить, что основная часть жевательных усилий передается на слизистую оболочку протезного ложа, небольшая часть нагрузки передается на опорный зуб. Атрофия костной ткани приводит к увеличению действующего напряжения в зоне корней опорных зубов и увеличению подвижности последних. Увеличением количества опорных зубов можно добиться выравнивания действующих усилий.

Техника заключается в том, что подбирают восковую пластинку, размягчают ее, складывают вдвое и между половинками пластинки помещают копировальный материал, вводят в полость рта, размещают между верхней и нижней челюстями и смыкают зубы.

Способ осуществляется следующим образом. Берут пластинку воска, разогревают над пламенем спиртовки и складывают вдвое. Между половинками пластинки помещают копировальный материал, например артикуляционную копировальную бумагу. Разогревают сдвоенную пластинку воска с копировальным материалом, вводят в полость рта и укладывают между зубными рядами. Пациента просят сомкнуть зубы и получают окклюзиограмму. На местах преждевременных контактов зубов антагонистов размягченный воск прокусывается и на них остаются отпечатки от копировального материала.

Для наглядности характера смыкания зубов полученную окклюзиограмму переносят на контрольные гипсовые модели челюстей. Для этого полученную окклюзиограмму помещают между зубами моделей верхней и нижней челюстей и смыкают их. Отпечатки от копировального материала на местах преждевременного контакта зубов переходят на гипсовые зубы моделей.