

**МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ИХ ОШИБКИ**

Автор: Мальцева А.Б.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов).

---

Каждый врач стоматолог сталкивается с необходимостью определения высоты нижней трети лица, ведь это является одной из главных задач на приеме у врача-ортопеда. Высоту нижней трети лица, также можно назвать высотой окклюзии. Определить высоту окклюзии можно с помощью метода диагностики телерентгенографии. Также чтобы восстановить нормальный вид пациента используют анатомический метод, основанный только на эстетичной внешности. Но более точным методом определения нижней трети лица является антропометрический метод, опирающийся на пропорциональную зависимость отдельных частей лица. Высота окклюзии при физиологическом покое также является одним из методов определения нижней трети лица. Определить правильность высоты нижней трети лица можно с помощью произношения звуков связанное с взаимоотношениям между зубами, губами и языком. При восстановлении нижней трети лица врач должен руководствоваться не одним методом, а несколькими. Все методы можно разделить на статистические и функциональные методы, которые взаимодополняют друг друга.

---

**Ключевые слова:** высота нижней трети лица, высота окклюзии.

**METHODS OF DETERMINING THE LOWER THIRD OF THE FACE AND THEIR ERRORS**

Author: Anastasia M.B.

GBOU VPO "Volgograd State Medical University", Volgograd, Russia (400001, Volgograd Sq. Fallen Fighters).

---

Every dentist is faced with the need to determine the height of the lower third of the face, because it is one of the main tasks at the reception of an orthopedic doctor. The height of the lower third of the face, can also be called the height of occlusion. Determine the height of occlusion can use the diagnostic method teleroentgenography. Also to restore the normal appearance of the patient using anatomical method based only on the aesthetic appearance. But a more accurate method of determining the lower third of the face is the anthropometric method, based on the proportional relationship of individual parts of the face. The height of the occlusion with saline alone is also one of the methods of determining the lower third of the face. Determine the correct height of the lower third of the face, you can use the pronunciation of the sounds associated with the relationship between the teeth, lips and tongue. In the lower third of the face restoration physician he should be guided not by one but by several. All methods can be divided into functional and statistical methods that complement each other.

---

**Keywords:** height of the lower third of the face, the height of the occlusion.

**Введение.**

При протезировании врачи стоматологи часто встречаются с необходимостью измерить высоту нижнего отдела лица. Ее завышение или занижение ведет к нарушению эстетики, внешнего вида пациента, также приводит к изменению речи и процесса глотания. Выделяют механические и физиологические методы. Использование многих методов при приеме пациента приводит к удачному результату лечения. [4,7]

**Цель исследования.**

Обеспечение физиологических или максимально приближенных к ним окклюзионных и артикуляционных взаимоотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей. [3]

**Обзор литературы.**

Существуют различные методы, определяющие высоту нижней трети лица, их делят на две группы: статические и функциональные. Из статистических методов выделяют: определение высоты окклюзии, измерение старых зубных протезов, телерентгенография, анатомический метод, антропометрический метод, соотношение беззубых альвеолярных отростков. А к функциональным относят: определение высоты при физиологическом покое, фонетический метод, определение порога глотания, исследование тонуса жевательных мышц и силы жевательного давления, использование тактильных ощущений пациента, определение высоты покоя при открытом рте. [7]

Определение высоты окклюзии. Высота окклюзии - это длина, или вертикальный размер, лица в состоянии, когда зубы контактируют в положении центральной окклюзии. А центральная окклюзия – это контакт между бугорками, ямками и режущими краями зубов антагонистов, при центральном соотношении челюстей и мышечков. [8,9]

Измерение старых зубных протезов поможет более точно определить высоту окклюзии в случае неправильно подобранной высоты на старых протезах.[7]

Телерентгенография дополнительный метод диагностики. Эта процедура еще является и рентгеном, а также представляет собой снимок черепа пациента сбоку или прямо. Он позволяет индивидуально подойти к изготовлению ортопедических конструкций, также необходимым является определение проекции протетической плоскости для реконструкции окклюзионной. Следует отметить, что необходимость рентгенологического исследования и сложность проведения, являются недостатками этого метода. Поэтому его использование ограничено в широкой клинической практике. [1]

Анатомический метод. Потеря фиксированной межальвеолярной высоты приводит к изменению положения всех анатомических образований, окружающих ротовую щель: губы западают, носогубные складки становятся глубокими, подбородок выдвигается вперед, уменьшается высота нижней трети лица. Для того чтобы восстановить нормальную конфигурацию лица, нарушенную утратой фиксированного прикуса, и создать тем самым эстетический оптимум, нужно иметь в виду, что при правильно определенной межальвеолярной высоте губы должны лежать свободно, без напряжения, касаясь друг друга на всем протяжении. Углы рта при этом слегка приподняты, носогубные складки ясно выражены. Данный метод крайне субъективен, поэтому не используется изолированно, а лишь как дополнение к другим. [2]

Антропометрический метод - определение высоты нижнего отдела лица, основанное на пропорциональной зависимости отдельных частей лица.

Герингер предложил использовать циркуль, который помогает определить высоту нижней трети лица. Циркуль Герингера имеет 3 ножки. При любом положении наружных ножек средняя ножка всегда делит расстояние между крайними ножками поровну. Пациента просят широко открыть рот и ставят крайние ножки циркуля на кончик носа и на самую нижнюю точку подбородка. Высота нижнего отдела лица в этом случае определяется расстоянием между средней и нижней ножками. К этому размеру и подбирают высоту прикусных валиков.

Основываясь на том же принципе пропорциональности, Уордсворт Уайт делит лицо на 2 равные части: расстояние между волосистой частью головы и зрачковой линией и основанием носовой перегородки и нижней точкой подбородка. Часто у пациента отсутствуют волосы, вследствие этого описанные методы применяют крайне редко и в случае крайней необходимости, когда нет возможности использовать другие, более точные способы определения высоты нижнего отдела лица.

Фотографический метод, предложенный Э. С. Каливражияном, основан на пропорциональности высоты нижнего отдела лица к расстоянию между зрачками. описано большое количество антропометрических закономерностей на лице, но все они не имеют абсолютной точности. Поэтому антропометрический метод может служить лишь в качестве дополнительного критерия в комплексной оценке высоты нижней трети лица. [3,7]

Соотношение беззубых альвеолярных отростков. Этот метод используют только при беззубом протезировании. Оклюзионные валики устанавливаю так, чтобы: средняя линия проходили между центральными резцами. Правильное расположение ее является одним из условий для создания внешней красивой постановки передних зубов. Для нанесения этой линии точных ориентиров нет. Более удобно наносить ее как продолжение мысленной линии, делящей лицо и верхнюю губу на две разные половины. Линия, проходящая по дистальной поверхности клыков, соответствует углу рта. Линию шеек передних зубов проводят по границе с красной каймой верхней и нижней губ при улыбке. Средняя линия является ориентиром для постановки центральных резцов. Линия клыков определяет ширину передних шести зубов, линия шеек – высоту передних зубов. [2,4,7]

Определение высоты при физиологическом покое. У человека с полным отсутствием зубов при правильной форме лица губы смыкаются свободно, без напряжения, носогубные и подбородочные складки слегка выражены, углы рта немного опущены. В состоянии покоя нижней челюсти жевательные мышцы находятся в состоянии минимальной активности. Высота нижней трети лица от точки «subnasale» до точки «gnation» при нахождении нижней челюсти в положении физиологического покоя называется «высотой покоя». В положении покоя жевательные поверхности зубов верхней и нижней челюстей разъединены.

Расстояние между фронтальными зубами в этом положении называют межокклюзионным пространством или «окклюзионным полем». Состояние относительного физиологического покоя характеризуется следующими признаками: 1) между зубными рядами имеется щель шириной 2-4 мм. Она индивидуально различна; 2) в жевательных мышцах попеременно сокращаются группы волокон, что обеспечивает им покой и позволяет быть готовыми к новому сокращению. [5]

Фонетический метод. Произношение звуков непосредственно связано с взаимоотношениями между зубами, губами и языком и может в значительной степени нарушаться в результате создания реставраций недостаточного качества. Для определения некоторых функциональных и эстетических параметров, необходимо при планировании лечения, использовать фонетические пробы с произнесением звуков «м», «и», «ф», «в» и «с».

При необходимости увеличения межальвеолярной высоты в центральной окклюзии следует уделять особое внимание тому, чтобы ортопедические конструкции не полностью заполняли весь зазор между зубными рядами в состоянии покоя. Правильное произношение звука «с» происходит при равномерном прохождении широкой, плоской струи воздуха между твердыми поверхностями передних зубов верхней и нижней челюсти.

Наряду со звуком «с» звук «м» является одним из диагностически значимых параметров, наиболее часто используемых для проверки изменений высоты окклюзии в результате ортопедического лечения. Межзубный зазор 2-3 мм при произношении звука «м» необходим для нормальной дикции. Наблюдая за тем, как пациент произносит этот звук, можно увидеть промежуток между верхней и нижней губами, который, в свою очередь, частично заполняют верхние резцы.

Размер этого промежутка отличается у разных пациентов и зависит от возраста. У молодых людей при произнесении звука «и» промежуток между верхними и нижними губами, как правило, почти полностью, заполнен резцами верхней челюсти, поэтому режущий край находится очень близко к нижней губе. Если верхние зубы занимают менее 50% этого пространства, их можно удалить с помощью реставраций до заполнения ими 80% пространства между губами.

Правильное произношение звуков «ф» и «в» происходит при легком касании верхних центральных резцов с границей красной каймы нижней губы. [10]

Определение порога глотания. При работе с этим методом зубы (восковые конусы) обеих челюстей, должны слегка касаться друг друга. Отсутствие контакта при глотании говорит о занижении высоты нижней трети лица. [7]

Исследование тонуса жевательных мышц и силы жевательного давления. Состояние жевательной мускулатуры может помочь в определении вертикальных взаимоотношений

челюстей. По минимальному тону жевательной мускулатуры при электромиографии находят положение физиологического покоя нижней челюсти. К сожалению, большинство методик, связанных с оценкой мышечного комплекса, не точны и чаще всего завышают высоту окклюзии. [6,7]

Определение высоты покоя при открытом рте. Пациент находится в расслабленном положении, с полуоткрытым ртом (ротовое дыхание). Окклюзионные валики накладывают таким образом, чтобы на верхней челюсти в области премоляров они располагались на 3 мм выше угла рта, а на нижней челюсти – на 2 мм ниже угла рта. [7]

### **Результаты.**

Таким образом, измерение высоты нижней трети лица, необходимо для улучшения эстетики, формы лица и улыбки, улучшения контакта зубов друг с другом в условиях нормальной функции, а также для создания места в вертикальной плоскости.

### **Вывод.**

В заключении можно сказать, что измерение высоты нижней трети лица, должно быть максимально приближено к физиологическим взаимоотношениям зубных рядов обеих челюстей

### Список литературы:

1. Гумилевский Б.Ю., Жидовинов А.В., Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявлений гальваноза полости рта. Фундаментальные исследования. -2014. № 7-2. С. 278 -281.
2. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. Литье в ортопедической стоматологии. Клинические аспекты. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. С. 184.
3. Данилина Т.Ф., Порошин А.В., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В. Хвостов С.Н. Способ профилактики гальваноза в полости рта//Патент на изобретение РФ №2484767, заявл. 23.12.2011, опубл. 20.06.2013. -Бюл. 17. -2013.
4. Жидовинов А.В. Изменение твердого неба при лечении зубочелюстных аномалий с использованием эджуайз-техники/Жидовинов А.В., Павлов И.В.//В сборнике: Сборник научных работ молодых ученых стоматологического факультета ВолгГМУ Материалы 66-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. Редакционная коллегия: С.В. Дмитриенко (отв. редактор), М.В. Кирпичников, А.Г. Петрухин (отв. секретарь). -2008. -С. 8-10.
5. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: автореф. дис.... мед. наук.-Волгоград,2013.-23 с.
6. Мануйлова Э.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Филюк Е.А. Использование дополнительных методов исследования для оценки динамики лечения хронического верхушечного периодонтита//Современные проблемы науки и образования. -2014. -№ 6. -С. 1020.
7. Медведева Е. А., Федотова Ю. М., Жидовинов А. В. Мероприятия по профилактике заболеваний твёрдых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения.//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2015. -№ 12-1. -С. 79-82.
8. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами/Д.В. Михальченко, А.А. Слётов, А.В. Жидовинов и др.//Современные проблемы науки и образования. -2015. -№ 4. -С. 407.

9. Михальченко Д.В., Филюк Е.А., Жидовинов А.В., Федотова Ю.М. Социальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у студентов.//Современные проблемы науки и образования. -2014. -№ 5. -С. 474.
10. Поройский С.В., Михальченко Д.В., Ярыгина Е.Н., Хвостов С.Н., Жидовинов А.В. К вопросу об остеоинтеграции дентальных имплантатов и способах ее стимуляции /Вестник Волгогр. гос. мед. ун-та. -2015. -№ 3 (55). -С. 6-9.