



ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ БАШЛАРОВА»

# ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА


по специальности 31.02.05 «Стоматология ортопедическая»  
квалификация – зубной техник

**НА ТЕМУ: «АППАРАТЫ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА»**

Разработал студент(ка) 3 курса 4 группы Магомедова Г. М  
курс, группа Ф.И.О.

Руководитель: Гасымова Д. Д  
Ф.И.О.

Нормоконтроль: Дибирова М.Д  
Ф.И.О.



**Актуальность темы.** На сегодняшний день дистальный прикус считается одной из самых популярных форм аномалий зубов. Согласно исследованию разных авторов, среди населения разных регионов России дистальный прикус встречается у 15%, у 30,7%; у 31,7% и у 55,1%. В основе формирования предполагаемой патологии можно заложить множество всевозможных моментов.

**Объект исследования:** исправление дистального прикуса.

**Предмет исследования:** аппараты для исправления дистального прикуса.

**Цель исследования:** изучить какие аппараты применяются для исправления дистального прикуса.

# Задачи исследования:

- провести анализ теоретических и литературных источников;
- изучить особенности анатомического строения зубочелюстной системы с дистальным прикусом;
- изучить этиологию и патогенез дистального прикуса;
- рассмотреть классификацию дистального прикуса;
- изучить какие осложнения возникают из-за дистального прикуса;
- рассмотреть какие аппараты применяются для исправления дистального прикуса;
- изучить преимущества, принцип действия аппарата Гербства;
- рассмотреть методы комплексного лечения дистального прикуса.

Дистальный прикус или дистальная окклюзия (рис. 1) характеризуется нарушением доли зубных линий в сагиттальной ориентации, при котором нарушается соответствие первых неизмененных коренных зубов и всех боковых зубов в передней и задней ориентации.

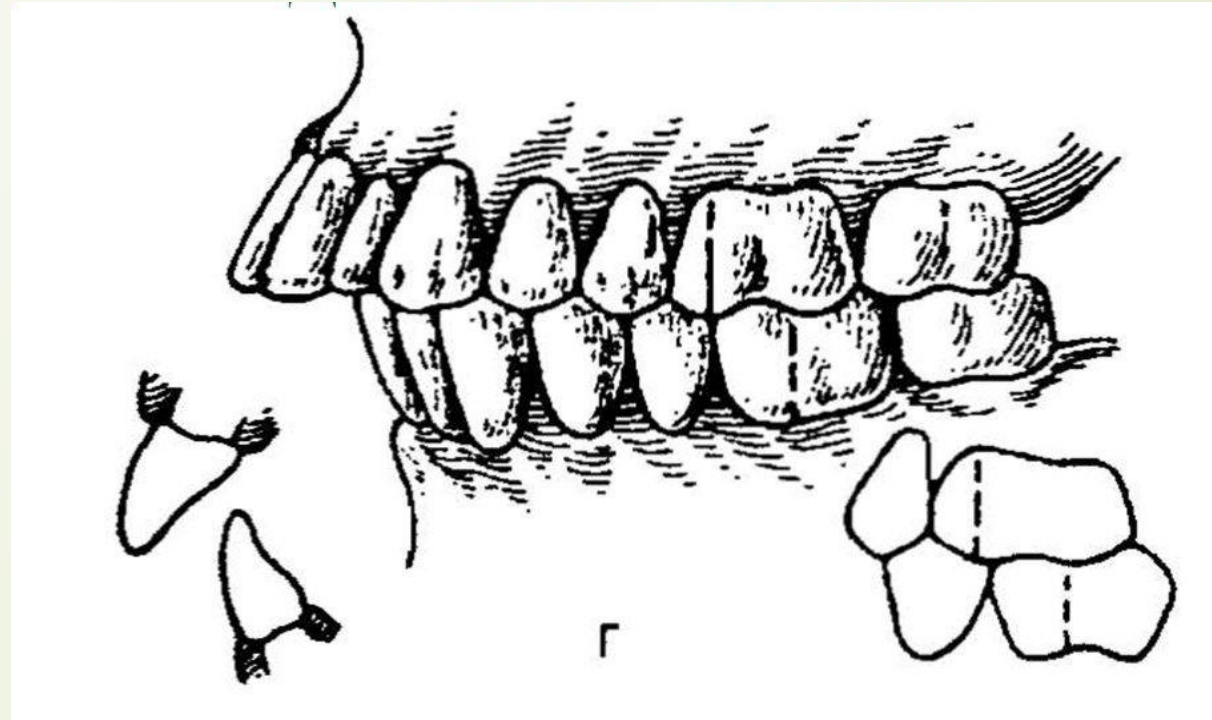


Рисунок 1. Как выглядит дистальная окклюзия.

Существуют всевозможные классификации дистального прикуса. В XIX веке (1889), предложенном южноамериканским исследователем Э. Энглом. Эта классификация берется за основу из-за ее собственной простоты. Он описывает соответствие линий зубов в сагиттальной плоскости в соответствии с симптомом закрытия первых неизменных коренных зубов верхней и нижней челюсти и предусмотрен во всех более продвинутых классификациях.

Последующая классификация дистальной окклюзии относится ко II классу и определяется положением мезиально-щечного бугорка верхнего первого моляра кпереди первых борозд неизменными нижними молярами. Во II классе выделяют 2 подкласса (рис.2):

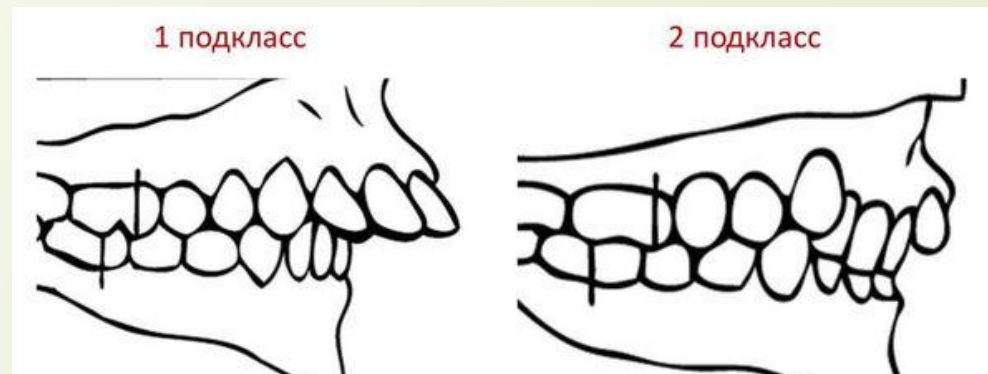


Рис. 2. Классификация 2 класса аномалий прикуса по Энгло

Ф.Я. Хорошилкина на основании исследования телерентгенограмм голова в боковой проекции имеет 3 формы дистальной окклюзии:

1. Зубно-альвеолярная форма;
2. Генетическая форма;
3. Смешанная форма.



Осмотр ротовой полости включает в себя оценку состояния слизистой оболочки, положение узечек, присутствие тяжей. Оценивается положение пародонта, величина языка, конфигурация жесткого неба. Ориентируется картина прикуса на основании пропорции зубных линий. Выявляются ротовые симптомы аномалии. Главным ротовым признаком считается дистальное положение нижней челюсти сравнительно верхней и присутствие саггитальной щели больше 2 мм.

Для уточнения оснований формирования дистального прикуса ведется клиническое тестирование Эшлера-Биттнера.



Рис. 4. Ортопантомограмма.

Параклинические методы включают рентгенологическое исследование, обследование и изучение исследовательских моделей, исследование ВНЧС с его нефункциональностью, электромиографию, фотометрию.

Во время рентгенологического исследования проводится ортопантомография (рис. 4) и телерентгенография (рис. 5), прицельное изображение зубов, рентгенография кисти и шейных позвонков.



Рис. 5. Телерентгенограмма.

Электромиография – это метод, основанный на регистрации изменений разности потенциалов, когда возбуждение распространяется по мышечным волокнам. Этот метод используется для оценки активного состояния мышц.

Вестибулярный щит (рис. 6) представляет собой пластинку с кольцом, повторяющую форму альвеолярных отростков с насечками в области уздечек, губ и связок.

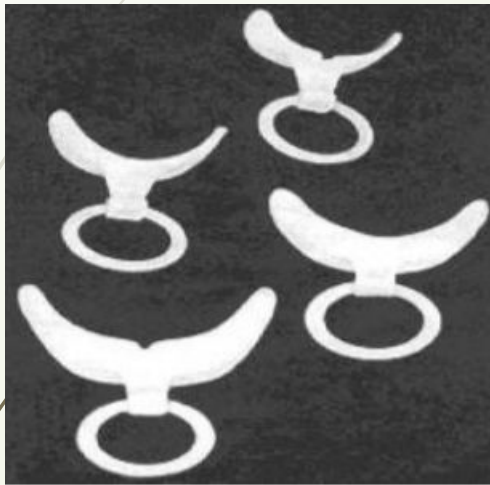


Рисунок 6. Вестибулярный щит.

Губной активатор Дасса (рис. 7) – это установка, состоящая из проволочного расширителя с кольцевой пружиной, на концах которой имеются пластиковые губы для губ.

Эта установка служит для тренировки мышц рта при лечении дистальной окклюзии.



Рисунок 7. Трейнер.

Активатор Андресена-Гойпля (рис. 9) представляет собой съемную функционально активную двухчелюстную установку, состоящую из опорных пластин, смоделированных вместе на верхней и нижней челюстях. Он имеет соответствующие автоматически активные компоненты: отводящую дугу, чтобы разрушить протрузию зубов, и винт, чтобы разрушить сужение челюстей.

Он также имеет функциональные и направляющие компоненты для внедрения нижних резцов с самым глубоким прикусом.

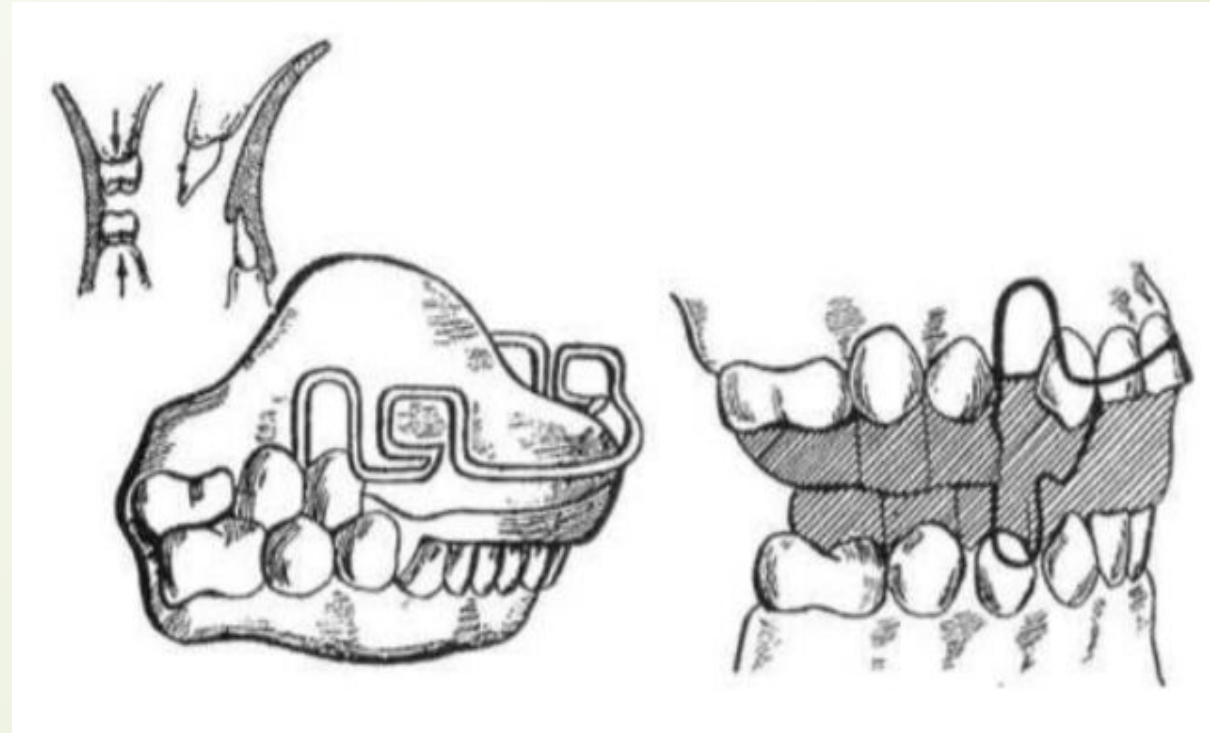


Рисунок 9. Активатор Андресена-Гойпля.