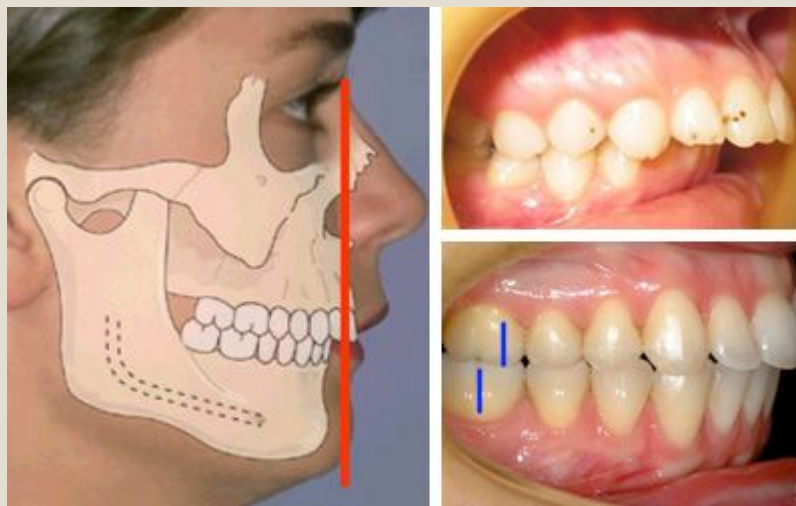
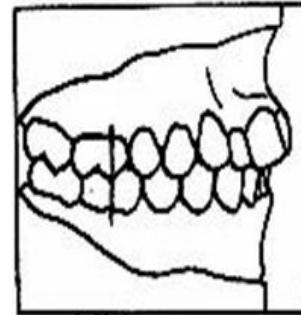


# Дистальная окклюзия

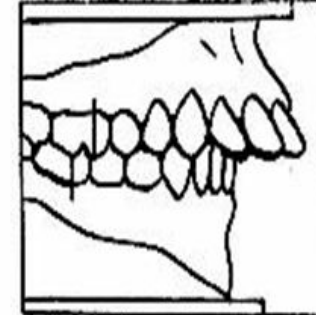


- Под дистальным прикусом понимают заднее положение нижнего зубного ряда по отношению к верхнему, при котором соотношение первых постоянных моляров и всех боковых зубов в переднезаднем направлении нарушено. Е. Angel в предложенной им классификации зубочелюстных аномалий отнес такие нарушения ко II классу, то есть мезиальный щечный бугорок шестого верхнего зуба находится кпереди от бороздки между мезиальным и дистальным щечными бугорками одноименного нижнего. При различной степени выраженности аномалии передний щечный бугорок шестого верхнего зуба может смыкаться с одноименным нижним или ложиться в промежуток между вторым премоляром и первым моляром нижней челюсти.

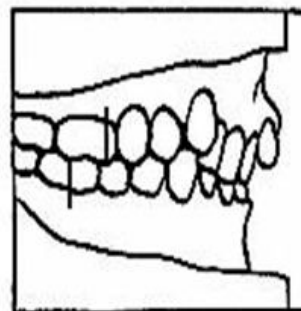
- Так, Е. Энгль, относивший дистальную окклюзию к II классу смыкания зубных рядов, выделил 2 в нем подкласса:
- 1 подкласс – веерообразный наклон верхних резцов, сужение зубных рядов в боковых участках
- 2 подкласс - небный наклон центральных верхних резцов; отклонение боковых резцов в сторону губы и поворот по оси; отсутствие сагиттальной щели между верхними и нижними резцами.
- А.И. Бетельман различает несколько клинических разновидностей дистального прикуса:
- верхнюю макрогнатию при нормально развитой нижней челюсти;
- нижнюю микрогнатию при нормально развитой верхней челюсти;
- верхнюю макрогнатию в сочетании с нижней микрогнатией;
- прогнатию со сжатием верхней челюсти в боковых отделах.
- На основании морфологических изменений, определяемых при анализе телерентгенограмм, Ф.Я. Хорошилкина выделяет гнатическую, зубоальвеолярную и сочетанную формы дистального прикуса.



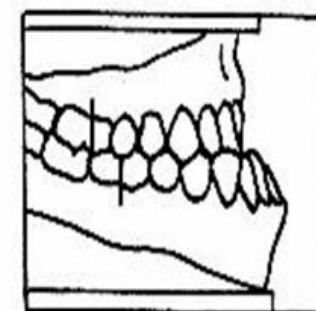
а



б



в



г

- а) нейтральная окклюзия
- б) дистальная окклюзия с протрузией резцов верхней челюсти
- в) дистальная окклюзия с ретрузией резцов верхней челюсти
- г) мезиальная окклюзия

# Этиология



- Дистальный прикус может возникнуть в результате генетически обусловленного несоответствия размеров и положения зубов и челюстей.
- К наиболее частым причинам возникновения прогнатического прикуса следует отнести сочетание заболеваний раннего детского возраста с искусственным вскармливанием, нарушениями дыхания через нос, вредными привычками (сосание большого пальца и закусывание нижней губы), преждевременным разрушением временных зубов кариесом. Важное значение в этиологии прогнатического прикуса занимает наследственный или конституциональный фактор.

# Этиология



- Неправильное искусственное вскармливание. Дистальное соотношение челюстей у новорожденных (младенческая ретрогения) является физиологической закономерностью. Функциональная нагрузка на нижнюю челюсть во время сосания способствует быстрому росту ее в течение 1-го года жизни. После прорезывания молочных резцов соотношение челюстей обычно нормализуется.
- Необходимая нагрузка на мышечные группы и формирование правильных взаимоотношений челюстей создаются только при правильно проведенном естественном или искусственном вскармливании (размер и форма соски, материал из которого она изготовлена, диаметр и форма отверстия соски, положение горлышка бутылки во время кормления, консистенция пищи и т.п.).

# Этиология

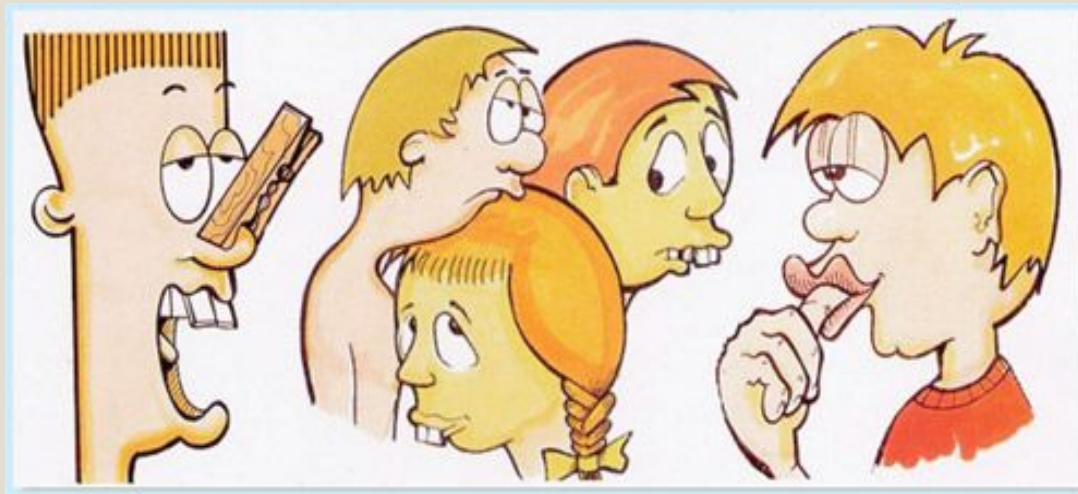


- Ротовое дыхание. Искривление носовой перегородки, гипертрофия нижних носовых раковин, увеличение небно-глочочных миндалин, а также хронические заболевания верхних дыхательных путей являются механическим препятствием для носового дыхания, что приводит к привычке дышать ртом. При этом нижняя челюсть ребенка смещается дистально, язык ребенка опускается на дно полости рта, верхняя челюсть, ее альвеолярная часть и зубная дуга сужаются в боковых отделах и увеличивается переднезадний ее размер. Формируется прогнатический прикус обусловленный сужением в боковых участках и удлинением во фронтальном участке.

# Этиология



- Вредные привычки. Сосание большого пальца и привычка закусывать нижнюю губу оказывают повышенное механическое воздействие на формирующиеся альвеолярные отростки верхней и нижней зубных дуг. Это приводит либо к задержке роста соответствующего участка – фронтальный отдел нижней зубной дуги, либо к чрезмерному росту соответственно верхней зубной дуги и как следствие формированию зубоальвеолярных форм прогнатического прикуса.





# Этиология



- Эндокринные и обменные заболевания. Н.И. Агапов указывает на неблагоприятное влияние рахита на развитие фронтального участка нижней челюсти, в результате чего может образоваться сагиттальное несоответствие фронтального участка зубных рядов.
- Преждевременное удаление молочных зубов приводит к смещению постоянных зубов, и могут образоваться неправильные соотношения между антагонизирующими группами зубов, в том числе, дистальный прикус.
- Отсутствие стираемости временных боковых зубов. Как следствие не происходит мезиальное смещение нижней челюсти в период редукции временного прикуса. Таким образом постоянные моляры устанавливаются в одноименном бугорковом контакте
- Функциональные расстройства мышц, возникающие в результате усиления напряжения щечных и подбородочной мышц, ослабления и изменения тонуса круговой мышцы рта и жевательных мышц, способствуют развитию дистального прикуса.
- Характер еды. Кормление детей мягкой, перетертой едой, которая не требует интенсивного пережевывания, развивает у детей "линь" жевания. Это приводит к недоразвитию жевательных мышц, что нередко ведет к недоразвитию альвеолярного отростка нижней челюсти.
- Травмы и воспалительные заболевания нижней челюсти (гибель зоны роста)



# Клиника



- Дистальная окклюзия сопровождается значительными функциональными, морфологическими и эстетическими нарушениями, заметными не только на лице (Хорошилкина Ф. Я., Малыгин Ю.М. 1986).
- В процессе формирования дистальной окклюзии происходят существенные изменения в строении лицевого скелета, а также наблюдаются специфические для данной аномалии окклюзии изменения позы (осанки) человека. У больного изменяется походка, нарушается гармония строения и движения тела (Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М. 1986). Имеются факты, свидетельствующие о том, что дистальная окклюзия сопровождается развитием общих нарушений организма и, в частности, опорно-двигательной системы. Зарубежные врачи – остеопаты: Palano D. 1994, Weber B. 1995, Marino 1999, обратили внимание на то, что очень часто причиной сколиозов у молодых людей является аномалия прикуса, причем чаще всего - дистальная окклюзия.

- При рассмотрении профиля стоящего человека центры тяжести его головы, лопаточно-плечевой артикуляции, бедер, колен и стоп находятся, как правило, на одной вертикальной оси, что характерно для гармонично развитой, статной фигуры. При аномалиях окклюзии центр тяжести головы нередко располагается впереди этой вертикальной оси, что влечет за собой изменение осанки и увеличение нагрузки, приходящейся на мышцы шеи. В этом случае сохранение правильного положения головы и горизонтального расположения взора возможно лишь при нарастании напряжения мышц шеи. У больных с аномалиями окклюзии наблюдается наклоненное вперед положение головы, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голени, плоскостопие (Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю. М.1986)\*

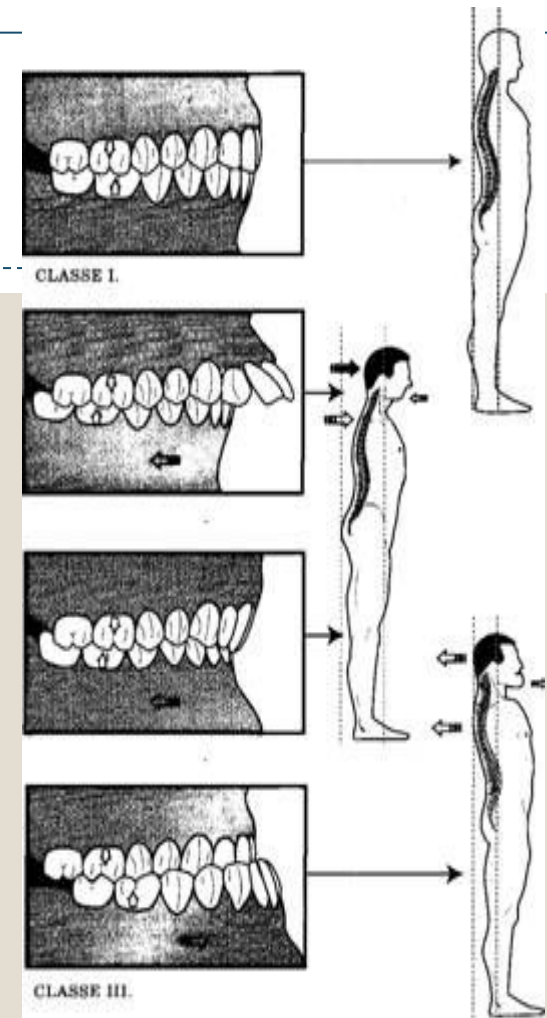


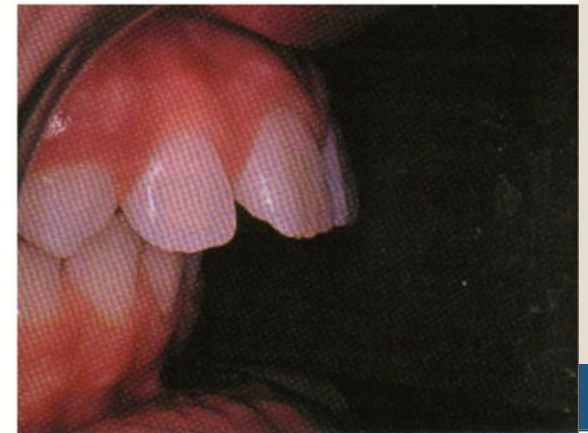
Рис. 1 Разновидности постртуры при аномалиях окклюзии

\*научная работа «Осанка и прикус», Санкт- Петербург, 2006 г.

# Клиника

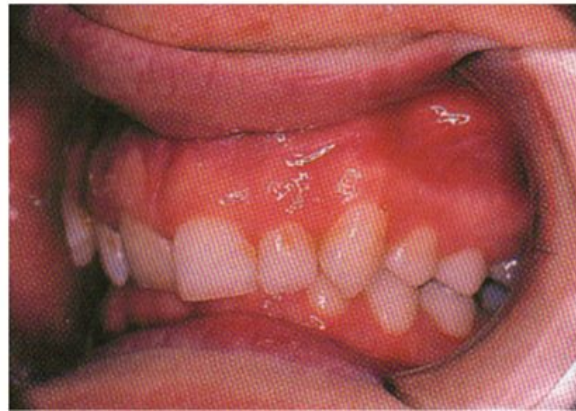


- Для первого подкласса (II а класс по Энглию)
- Характерные лицевые признаки аномалий: лицо выпуклое, нередко укорочена его нижняя часть, верхние резцы располагаются на нижней губе, под которой имеется глубокая подбородочная борозда, губы не смыкаются, а подбородок скошен кзади (птичий профиль). Отмечается смещение вперед верхней губы, которая укорочена. Верхние зубы видны из под губы, иногда до самых шеек.
- Внутриротовые признаки: типично вестибулярное отклонение верхних передних зубов (протрузия, выстояние) с тремами или без них и с наличием сагиттальной щели между резцами, веерообразный наклон передних зубов верхней челюсти и сужение зубных рядов в боковых отделах, при смыкании резцов обычно наблюдается глубокое резцовое перекрытие.



# Клиника

- Для второго подкласса (II-в класс по Энгло),
- Характерные лицевые признаки аномалии: укорочена нижняя часть лица, губы сомкнуты, нижняя губа утолщена, отвернута, под ней имеется глубокая супраментальная борозда, углы нижней челюсти близки к прямым. Такая форма дистального прикуса нередко наблюдается как семейная особенность.
- Внутриротовые признаки: характерен небный наклон верхних резцов, их ретрузия (наклон кзади), чаще верхних центральных. При этом верхние боковые резцы нередко бывают отклонены вестибулярно и повернуты по оси. Ретрузия верхних резцов приводит к ретрузии нижних резцов. В отличие от первой разновидности при этой форме прогнатического прикуса, сагиттальная щель между верхними и нижними передними зубами, как правило, отсутствует. Верхняя челюсть может иметь U образную или V образную форму, высокое небо. Эта форма прогнатии почти всегда сочетается с глубоким прикусом, что неблагоприятно отражается не только на конфигурации лица, но и на жевательной функции.







- **Функциональные нарушения:** при прогнатическом соотношении зубных рядов характерно преобладание дробящих и раздавливающих движений нижней челюсти, удлинение периода жевания, снижение жевательной эффективности. Отсутствие контактов между резцами является причиной затрудненного откусывания пищи. Уменьшение площади функционирующих жевательных поверхностей зубов приводит к ухудшению жевания.
- **Нарушения речи:** выражаются в нечетком произношении звуков, неправильной артикуляции языка с окружающими тканями в результате нарушений положения зубов и прикуса.