

«Российский университет дружбы народов»

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Заведующая кафедрой к.м.н. Косырева Т. Ф.

История болезни на тему: «Глубокий прикус постоянных зубов. 20 лет.»

ВЫПОЛНИЛИ:

СТУДЕНТЫ МС-506 ГРУППЫ

МУСАЕВ Р.М.
ОГАНЯН А.И.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ:

К.М.Н., ДОЦЕНТ САФРОШКИНА В.В.

Москва,
2017

Паспортная часть:



- ▶ Ф.И.О.: Щенков Ризван Алексеевич
- ▶ Дата рождения: 23.02.1997, 20 лет
- ▶ Пол: Мужской
- ▶ Адрес: г. Москва ул. Вучетича 9
- ▶ Дата приема: 25.02.2017.

Жалобы:

- ▶ Проблемы при приеме пищи;
- ▶ Нарушение речи;
- ▶ Хруст, щелканье и боли в области височно-нижнечелюстного сустава, а также сильные и частые головные боли;
- ▶ Эстетические нарушения внешнего вида (укороченная нижняя часть лица и некрасивое положение губ).

Анамнез жизни больного (Anamnesis vitae):

- ▶ *Аntenатальный период (эмбриональный период):*

Беременность (первая) протекала без осложнений. Инфекционные заболевания во время беременности отрицает.

Мама вела здоровый образ жизни придерживалась режима дня. Питание считает полноценным с оптимальным количеством белков, жиров, углеводов, микро и макроэлементов.

- ▶ *Постнатальный период (грудничковый – до года, ясельный – до 3 лет, дошкольный – до 6 лет, школьный – до 18 лет).*

Ребенок родился в срок (38 недель). При рождении рост – 55 см, вес 4,1 кг. Возраст матери на момент рождения-29, отца-31.

- ❖ В грудничковый период развивалась в соответствии с возрастными нормами. Естественное вскармливание до 6 месяцев, прикорм был введен с 4 месяцев, ребенок прибавлял в весе соответственно нормам. Первый год жизни протекал без заболеваний.

- ❖ Ясельный период - ребенок посещал ясли. От соски был отучен к 1,5 годам. Вредные привычки: прикусывание нижней губы. Гигиена полости рта проводилась мягкой зубной щеткой и детской пастой мамой, с одновременным обучением самого ребенка.
- ❖ Дошкольный период-ребенок посещал детский сад. Переболел ветряной оспой (4 года). Развитие ребенка соответствует возрасту. Вредные привычки: прикусывание нижней губы. Гигиена полости рта 2 раза в день.
- ❖ Школьный период – посещал школу. Гигиена полости рта проводилась 1 раза в день. Вредная привычка прикусывания нижней губы сохранилась.

В анамнезе семьи наличие таких заболеваний, как: ВИЧ, гепатиты В,С, туберкулез, онкологические заболевания, психические заболевания, алкоголизм-отрицает.

Со слов матери аллергологический анамнез ребенка и его родственников не отягощен.

Отставание ребенка в психическом и физическом развитии от возрастных норм не отмечается. Со стороны зубочелюстной системы у матери в детском возрасте отмечался глубокий прикус, было проведено лечение, на данный момент отмечается прикус по ортогнатическому типу; у отца патологий прикуса нет.

Бытовой анамнез: ребенок проживает в полноценной семье, бытовые условия благоприятные.

- ▶ Прорезывание временных зубов началось с 6 месяцев в соответствии с нормальными сроками, последовательно, без нарушений:
 - ❖ 6 месяц: центральные нижние резцы;
 - ❖ 7 месяц: центральные верхние резцы;
 - ❖ 7,5 месяц: латеральные нижние резцы;
 - ❖ 9 месяц: латеральные верхние резцы.

- Гигиену полости рта с момента прорезывания зубов мама проводит сама два раза в день при помощи пальчиковой щеточки.

- Вредные привычки ребенка : накусывание нижней губы.

Состояние больного в настоящее время (Status praesens objectives):

- ▶ *Общее состояние здоровья:*
удовлетворительное;
- ▶ Тип телосложения: нормостенический, рост – 180 см., вес – 80 кг.
- ▶ Кожа и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Состояние волос и ногтей в норме. Подкожная клетчатка умеренно развитая, равномерно распределена.

Внешний осмотр челюстно-лицевой области:

- ▶ Цвет кожных покровов естественный, кожные высыпания отсутствуют. Конфигурация лица не изменена; высота нижнего отдела лица уменьшена, что способствует нарушению пропорциональности строения лица. Отмечается углубление носогубной и подбородочной складки; нижняя губа вывернутая. Отмечается «птичье лицо».
- ▶ При пальпаторном исследовании ВНЧС отмечается хруст, щелканье и боли в области височно-нижнечелюстного сустава.
- ▶ Регионарные лимфатические узлы (околоушные, подбородочные, подчелюстные, шейные (задние и передние) не увеличены, безболезненны, мягкой консистенции, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

Осмотр полости рта:

- ▶ Преддверие полости рта: глубина преддверия мелкая – 4 мм; прикрепление уздечек верхней и нижней губы , тяжей в норме. Слизистая оболочка губ и щек розового цвета, умеренно увлажнена. На слизистой оболочке щек наблюдаются выводные протоки околоушных слюнных желез, состояние которых в норме, выделяется обильное количество жидкости.

- ▶ Слизистая оболочка десны на верхней и нижней челюсти розового цвета, умеренно увлажнена; десна имеет гирляндовидную форму, плотно прилегает к поверхности зубов.



Глубокий

<http://topdent.ru/articles/glubokiy-prikus.html>

Осмотр собственно полости рта:

- ▶ Слизистая оболочка твердого и мягкого неба розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.
- ▶ Слизистая оболочка дна полости рта ярко-красного цвета, состояние выводных протоков поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез в норме.



- ▶ Состояние языка: розового цвета, нормальной величины, умеренно увлажнен, сосочки без патологических изменений. Целостность языка не нарушена, десквамаций эпителия, трещин и язв не обнаружено, отпечатков зубов на поверхности языка не выявлено. На спинке языка определяется налет беловатого цвета, мягкой консистенции. Фолликулярный аппарат языка в норме. Уздечка языка нормальной длины и ширины (10 мм и 2 мм).



Зубная формула (ВОЗ):

- ▶ Зубы белые; форма, размер и положение зубов в норме. Количество зубов соответствует возрастной норме-32. Некариозных поражений зубов не выявлено. Прикус постоянный.

▶ Клиническая формула:


8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

▶ Формула ВОЗ:

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8

4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

- 
- ▶ Положение фронтальной группы зубов на верхней: протрузия; на нижней челюсти: в норме.
 - ▶ Наблюдается укорочение нижней зубной дуги, сужение зубных дуг, наибольшее в области нижних клыков и премоляров.
 - ▶ Во фронтальном участке верхние резцы перекрывают нижние больше чем на $1/3$ высоты коронки зуба без сохранения режуще-бугоркового контакта.
 - ▶ Линия между центральными резцами на верхней и нижней челюстях совпадает.

Дополнительные методы обследования:

- ▶ мезиодистальные размеры коронок верхних (S_1) и нижних (S_i) резцов, их сумму;
- ▶ соответствие суммы мезиодистальных размеров коронок верхних и нижних резцов — индекс Тонна (1,35);
- ▶ глубину резцового перекрытия;
- ▶ величину сагиттальной щели между верхними и нижними центральными резцами;
- ▶ ширину зубных дуг по А. Пону
- ▶ длину переднего отрезка зубных дуг по Коркхаузу;
- ▶ ОПТГ
- ▶ ТРГ

Индекс тонна



- ▶ Взаимоотношение размеров резцов верхней и нижней челюстей определяют по индексу Тонна. Этот индекс в норме равен 1,33.

Сумма ширины 4 верхних резцов
= 1,33

Сумма ширины 4 нижних резцов

Индекс Тонна=1,42 (макродентия).

Индекс Пона:

Премоляры:

Верхняя челюсть = 38 мм

Нижняя челюсть = 35 мм

Премолярный индекс:

$$\text{Верхняя челюсть} = \frac{35 * 100}{80} = 43,7$$

$$\text{Нижняя челюсть} = \frac{27 * 100}{80} = 33,7$$

Моляры:

Верхняя челюсть = 47 мм

Нижняя челюсть = 45 мм

Молярный индекс:

$$\text{Верхняя челюсть} = \frac{35 * 100}{64} = 54,6$$

$$\text{Нижняя челюсть} = \frac{27 * 100}{64} = 42,1$$

Вывод: отмечается сужение зубных дуг на верхней и нижней челюстях.

Индекс Корхауза:

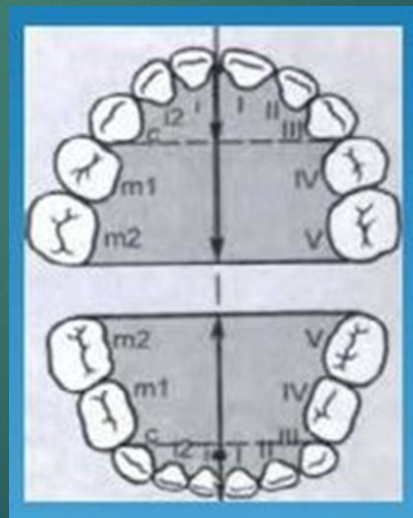
Верхняя челюсть = $\frac{35 * 100}{160} = 21,8$ – не совпадает с нормой (25 мм)

Нижняя челюсть = $\frac{27 * 100}{160} = 16,8$ – не совпадает с нормой (20 мм)

Вывод: отмечается укорочение длины переднего отдела на обеих челюстях.

Метод Долгополовой

- ▶ Антропометрическими точками боковых резцов и клыков являются нёбные (зубные бугорки), у первых и вторых моляров - место пересечения поперечной и продольной фиссур на жевательной поверхности.



Алгоритм измерения моделей методом Долгополовой:

- ▶ 1. Найти измерительные точки на боковых резцах, клыках, первых и вторых временных молярах
- ▶ 2. Измерить истинную ширину зубных дуг между указанными точками.
- ▶ 3. Определить сагиттальный размер зубной дуги. Для этого штангенциркулем измерить расстояние между мезиальным углом коронки центрального резца и измерительной точкой на втором моляре.
- ▶ 4. Сравнить полученные данные с искомыми размерами по таблице.

Возраст, лет	Расстояние между II—II, мм	Расстояние между III—III, мм	Расстояние между IV—IV, мм	Расстояние между V—V, мм	Сагиттальные размеры, мм
<i>Верхняя челюсть</i>					
3	17,62	26,37	26,35	40,86	30,00
4	17,83	27,23	35,6	40,98	30,35
5	18,09	27,12	35,49	41,02	30,20
6	18,82	27,85	35,3	40,98	30,48
	(17,6—18,8)*	(26,3—28,8)*	(35,0—35,3)*	(40,8—40,9)*	(30,0—30,48)*
<i>Нижняя челюсть</i>					
3	13,34	26,01	29,77	35,51	26,27
4	13,35	21,35	30,63	36,19	27,04
5	13,82	21,65	30,20	36,11	26,62
6	14,62	22,28	30,50	36,20	26,55
	(13,3—14,6)*	(21,0—22,2)*	(29,7—30,0)*	(35,5—36,2)*	(26,2—26,5)*

* В скобках даны средние размеры, мм.



- ▶ Описание: кортикальная пластинка сохранена на всем протяжении, признаки деструкции костной ткани отсутствуют.

<https://yandex.ru/images/search?text=%D0%BE%D0%BF%D1%82%D0%B3%204%D1%85%20%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D0%BE%20%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B0>

Окончательный диагноз:

- ▶ Глубокая резцовая дизокклюзия



<http://www.dentaguard.ru>


План лечения:

- ▶ Устранение причины - вредной привычки;
- ▶ Снятие оттисков
- ▶ Изготовление диагностических моделей
- ▶ Нормализация зубных рядов с помощью брекет-систем: расширение зубных дуг на обеих челюстях и нормализация окклюзии;
- ▶ Фиксация ретейнеров.

ДНЕВНИК

- ▶ Первое посещение
25.02.2017
- ▶ Консультация.
- ▶ Получение оттисков с
верхней и нижней челюсти.
- ▶ Изготовление
диагностических моделей.
- ▶ Подбор брекет-системы и
разъяснение пациенту о
дальнейшем лечении.
- ▶ Следующее посещение
назначено на 04.03.2017



- 
- ▶ Второе посещение 04.03.2017
 - ▶ Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Положительная динамика лечения: Устранение вредной привычки – накусывание нижней губы.
 - ▶ 1. Профессиональная гигиена полости рта
 - ▶ 2. Тотальное травление эмали зубов 35% ортофосфорной кислотой.
 - ▶ 3. Фиксация металлических брекетов на обеих челюстях по настоянию пациента.
 - ▶ 4. Установка круглых дуг (Cu Ni Ti 016 x 022)
 - ▶ 5. Подбор ортодонтических средств индивидуальной гигиены.
 - ▶ 6. Назначен на прием 25.03.2017

МИОГИМНАСТИКА

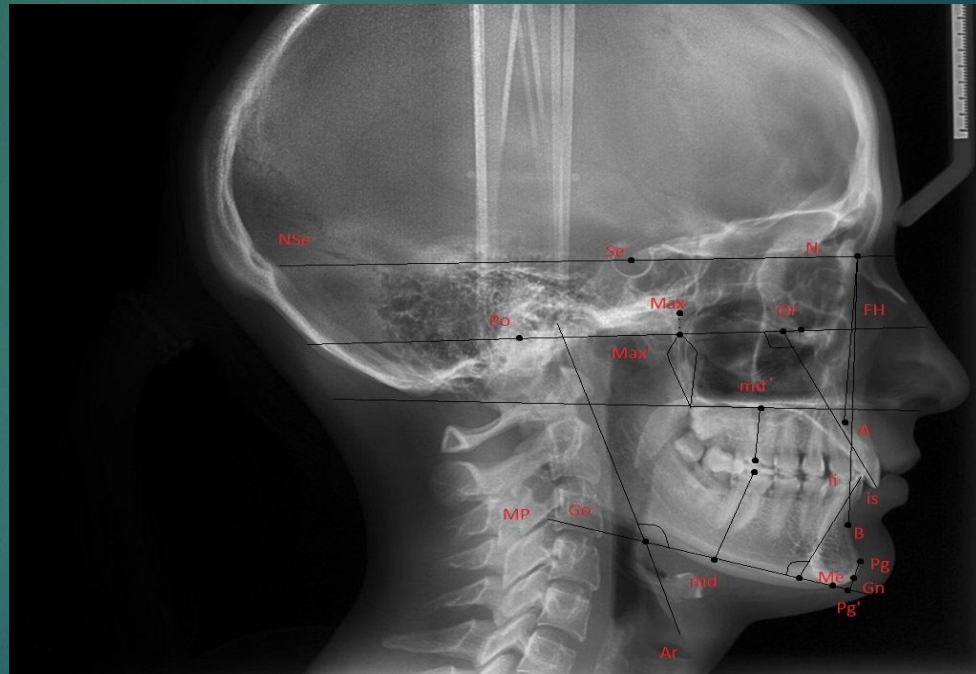
- ▶ Рекомендуется проведение лечебной гимнастики для нормализации функции мышц, окружающих зубные ряды, и улучшения осанки.



Дневник посещений

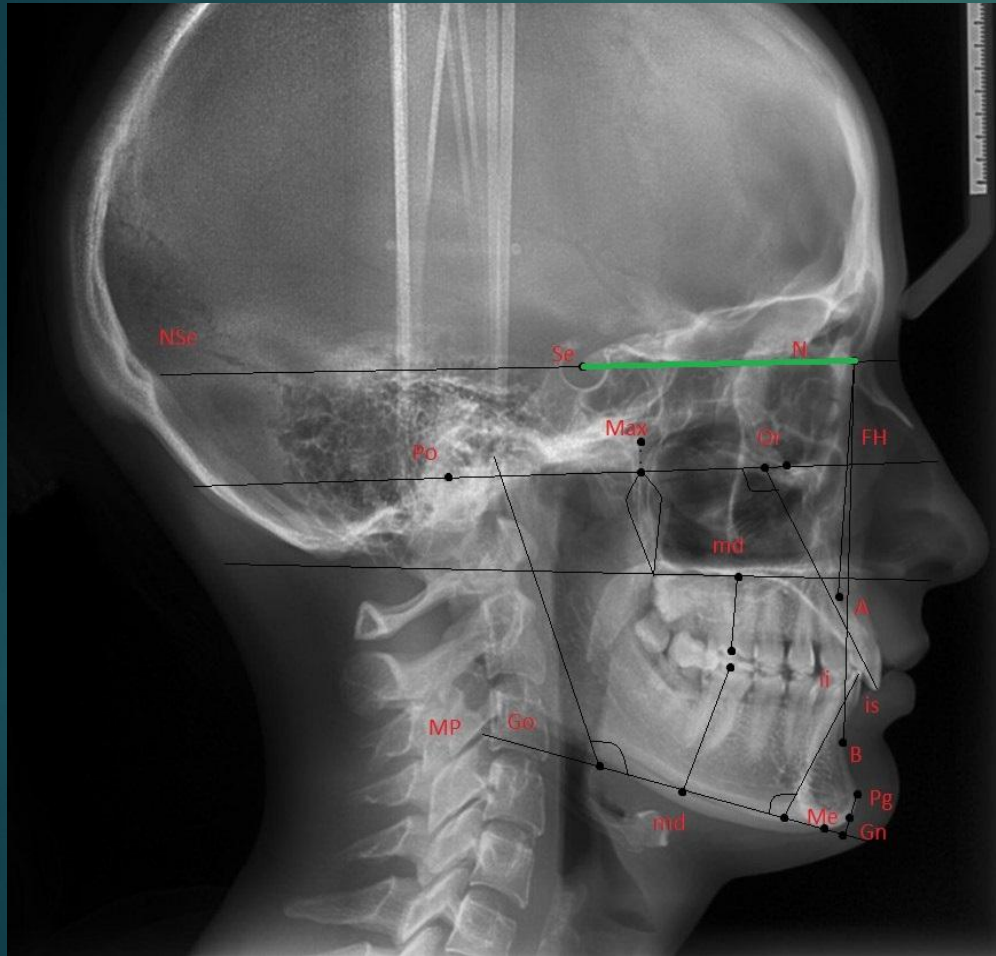
- ▶ Третье посещение 25.03.2017
 - ▶ Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Динамика лечения положительная:
 - ▶ Уменьшение резцовой дизокклюзии;
 - ▶ Улучшение дикции.
-
- ▶ Следующее посещение назначено на 22.04.17

С целью правильной диагностики, лечения и прогнозирования результатов показано изучение телерентгенограммы ГОЛОВЫ.



https://yandex.ru/images/search?p=1&text=трг%20глубокая%20резцовая%20окклюзия&img_url=http%3A%2F%2Fgidzubov.ru%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F10%2F2-telerentgenogramma-v-bokovoy-proekcii-1024x795.jpg&pos=34&rpt=simage

Алгоритм расшифровки телерентгенограммы



1. Длину переднего отдела основания черепа между точками **N** и **S_e**: 69 мм (норма $68,15 \pm 0,7$ мм).

2. Величину угла **S_eNB_α**: 132°. (норма $131,6 \pm 0,9^\circ$).

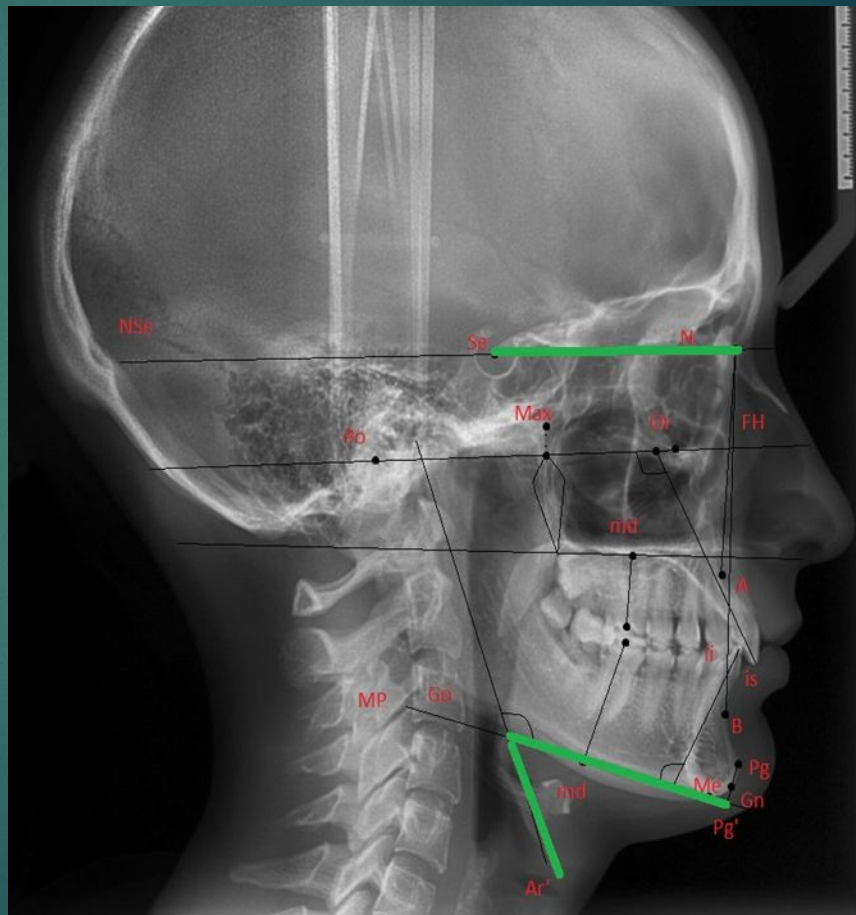
- ▶ 3. Длину тела нижней челюсти по плоскости МР между точками G_0 и Pg' . В норме это расстояние должно быть равно расстоянию между точками N и $S_e + 3$ мм (в сменном прикусе) и + 6мм (в постоянном прикусе).

Величина: 67 мм, искомая 73 мм.

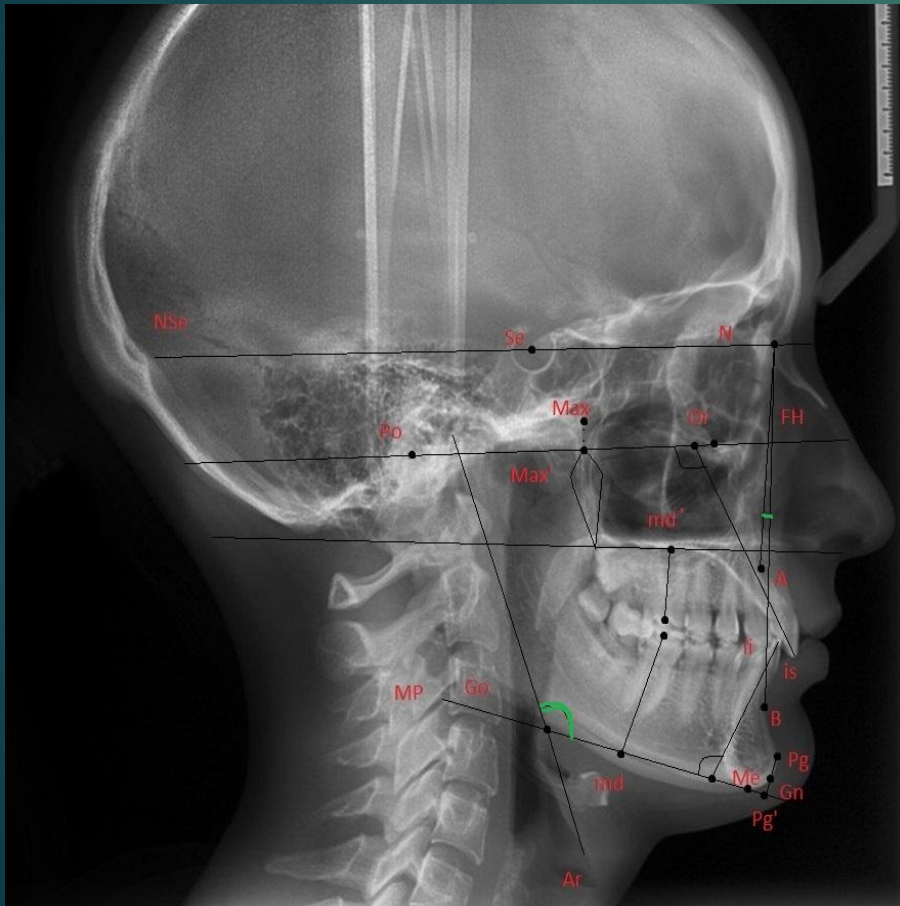
- ▶ 4. Высота ветви нижней челюсти между точками G_0 и Ar' .

В норме длина ветви должна составлять 5/7 от искомой.

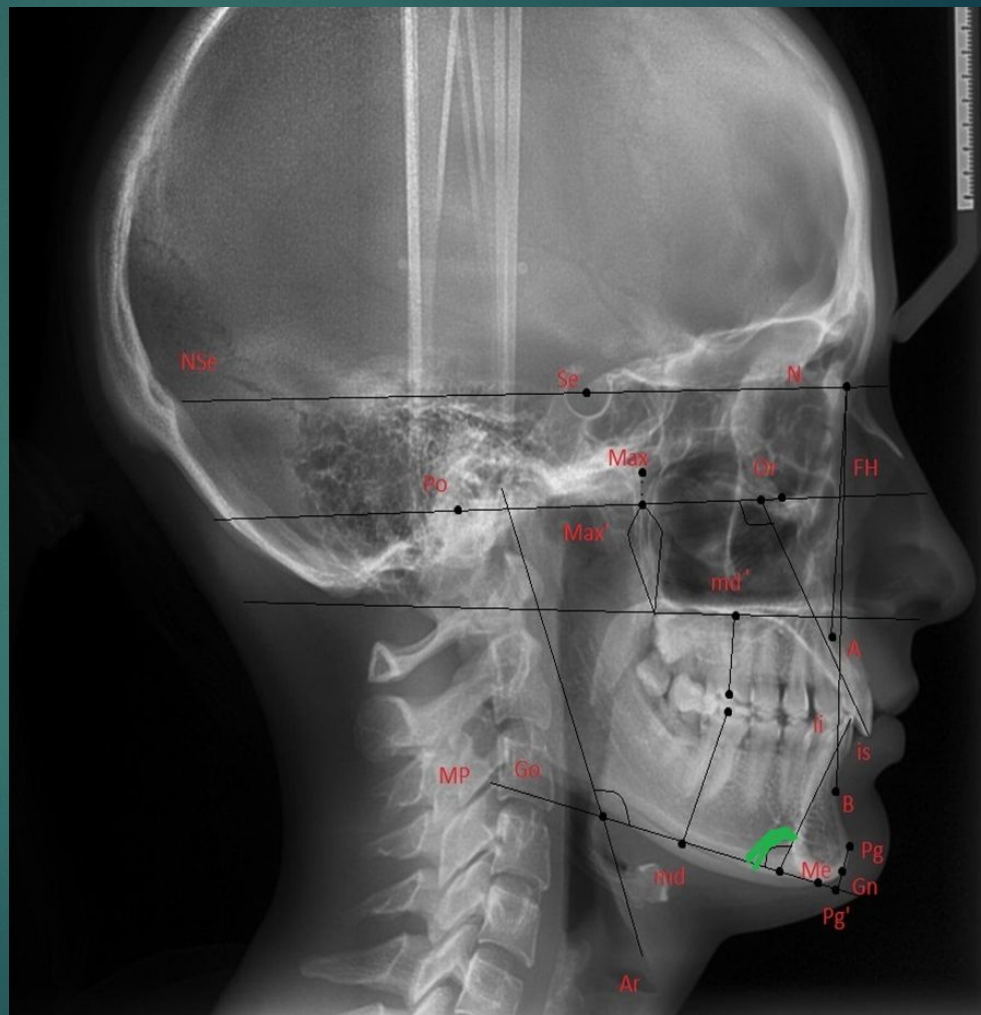
Величина: 52 мм.



- ▶ 5. Величина нижнечелюстного угла G .
Величина: 131° (норма от 129 до 139°).
- ▶ 6. Положение нижней челюсти относительно верхней по взаимному расположению их апикальных базисов:
 $3,1^\circ$ (норма $3,35 \pm 0,34^\circ$).



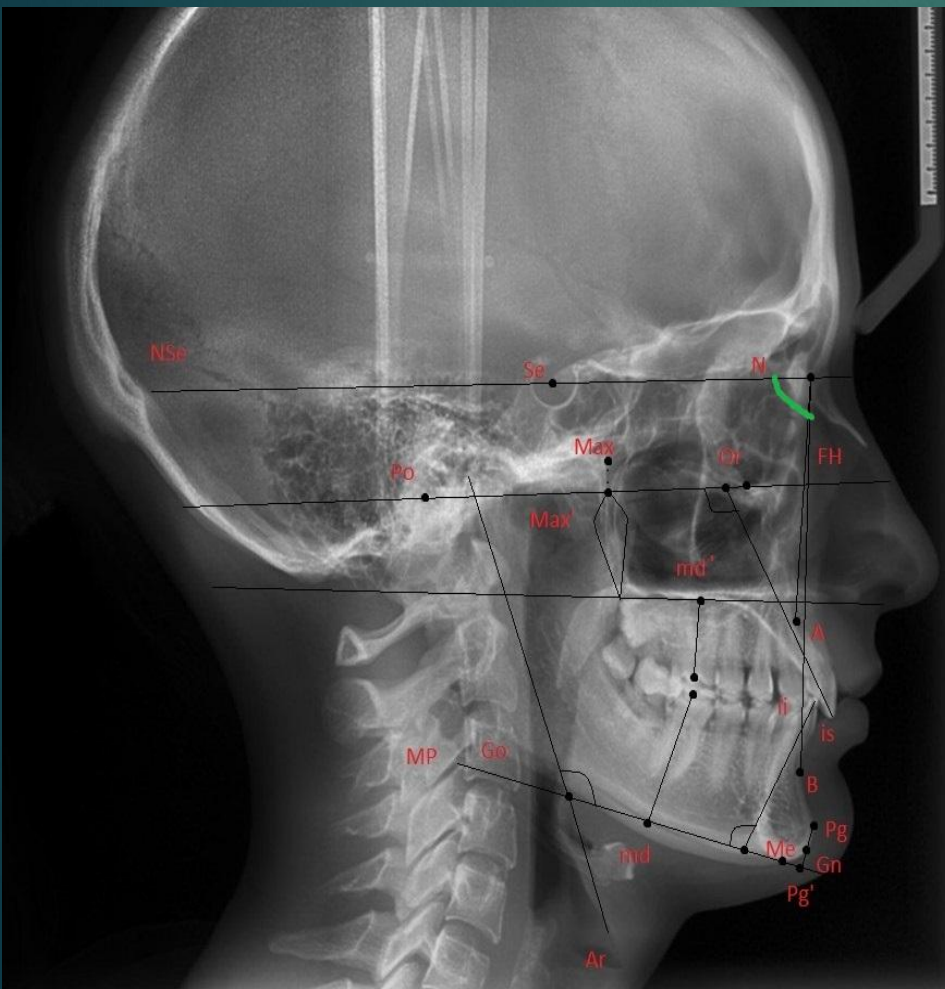
- ▶ 5. Степень наклона нижних резцов к плоскости основания нижней челюсти: 83° (уменьшение угла говорит о ретрузии резцов нижней челюсти).
- ▶ В норме величина данного угла составляет $85,7 \pm 1,02^\circ$.



- ▶ 5. Оценить развитие и положение верхней челюсти путем сравнения должных и фактических величин.

▶ Для этого:

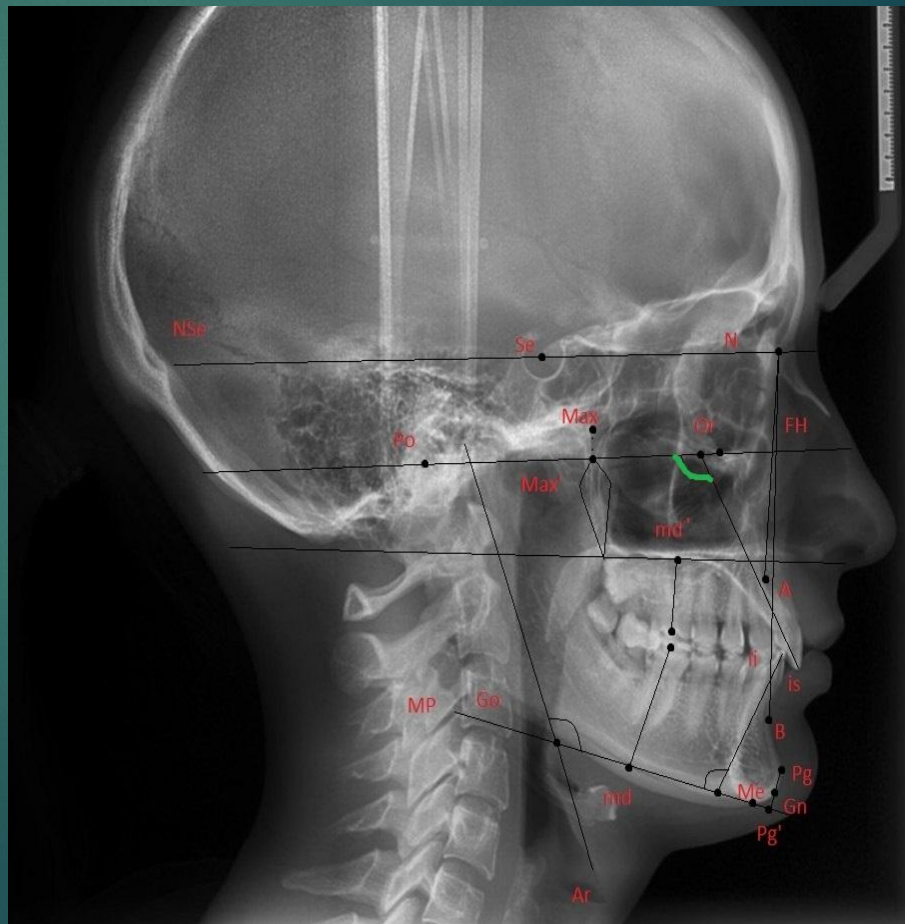
- ▶ • измерить расстояние между точками S_e' и Max' , Величина: 19 мм (норма от составляет $18,8 \pm 3,69$ мм;).
- ▶ • определить величину лицевого угла $ANS_e (F)$, Величина: 77° (норма от $75,6$ до $88,2^\circ$).



- определить величину угла наклона верхних резцов к плоскости основания верхней челюсти.

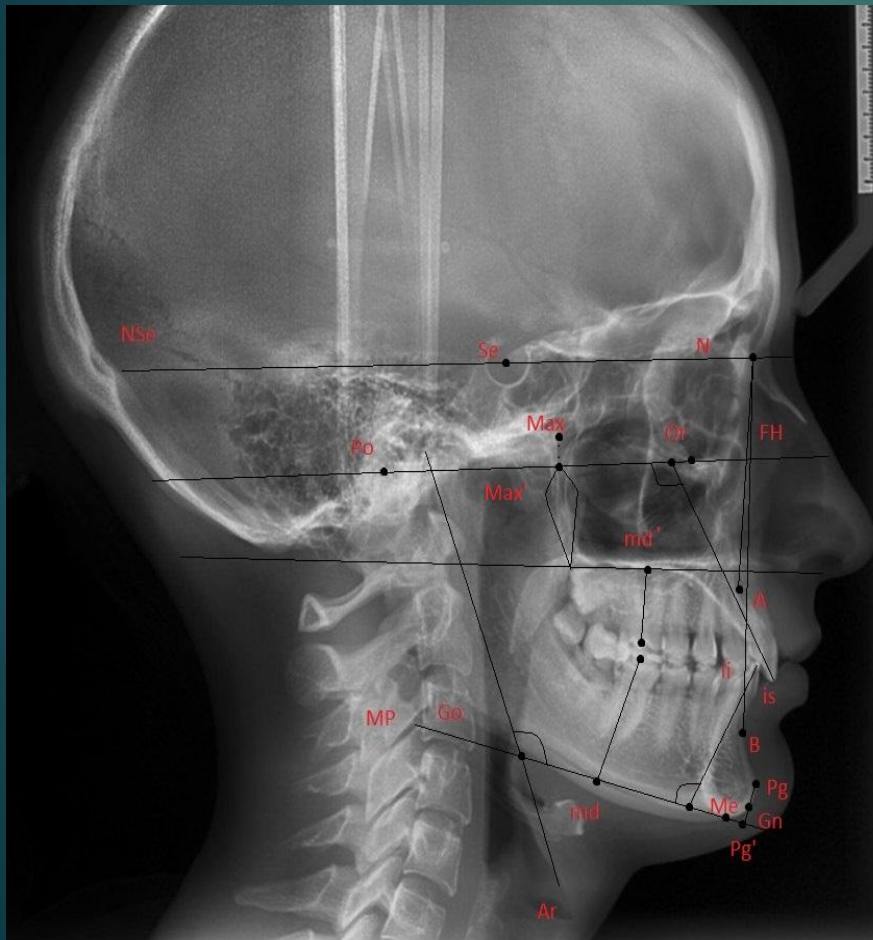
- В норме величина этого параметра составляет $66,1 \pm 1,2^\circ$.

- Величина: 62° (уменьшение угла говорит о протрузии резцов верхней челюсти).



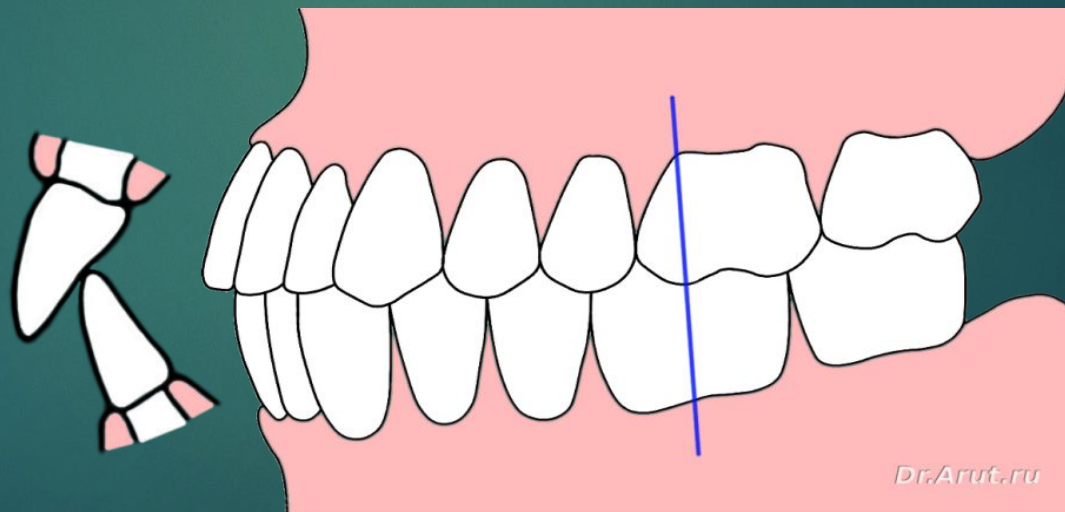
Вывод:

- ▶ На профильной телерентгенограмме лицевого скелета можно констатировать увеличение межрезцового угла, уменьшение углов наклона резцов верхней и нижней челюсти к основанию соответствующей челюсти.



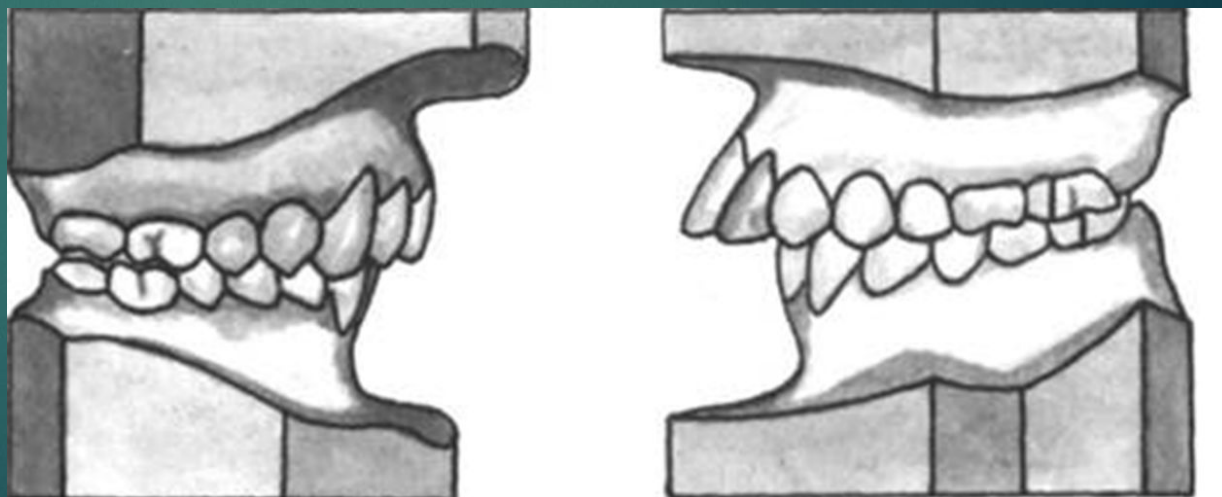
Характеристика глубокого прикуса

- ▶ В норме верхние передние зубы перекрывают нижние на $1/3$ высоты коронки, при этом определяется их режуще-бугорковое смыкание.
- ▶ Аномалия окклюзии в вертикальном направлении формируется при увеличении глубины перекрытия в области передних резцов более чем на $1/3$ высоты коронки и при нарушении их правильного смыкания, что называют глубоким прикусом.



При глубокой окклюзии увеличивается глубина резцового перекрытия, однако перекрытие может сочетаться с сохранением режуще-бугоркового контакта резцов верхней и нижней челюсти или его отсутствием:

- 1) Глубокая резцовая окклюзия;
- 2) Глубокая резцовая дизокклюзия.



https://yandex.ru/images/search?text=глубокая%20резцовая%20дизокклюзия&img_url=http%3A%2F%2Fmedznate.ru%2Ftw_refs%2F9%2F8709%2F8709_html_m4cb1e139.jpg&pos=6&rpt=simage

Глубокая резцовая дизокклюзия

Глубокая резцовая дизокклюзия характеризуется увеличением перекрытия верхними передними зубами нижних более чем на $1/3$ коронки при отсутствии режуще-бугоркового контакта.



По величине перекрытия коронок центральных резцов в ортодонтии выделяют 3 степени нарушения прикуса:
I степень – перекрытие от $1/3$ до $2/3$ высоты (3-5 мм);
II степень – перекрытие от $2/3$ высоты до целой коронки (5-9 мм);
III степень – перекрытие превышает величину коронки (более 9 мм).

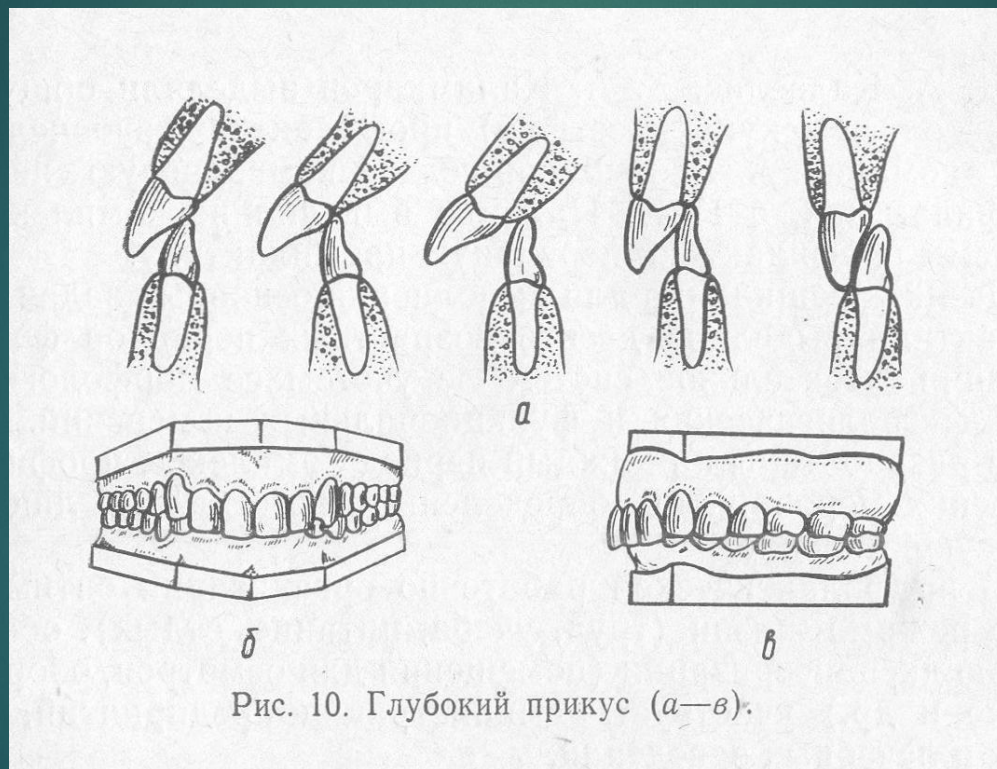


Рис. 10. Глубокий прикус (а—в).

Этиология глубокой окклюзии

- ▶ Аномалии размера зубов (макродентия на верхней челюсти / микродентия на нижней челюсти).
- ▶ Задержка прорезывания постоянных передних зубов или ретенция жевательных зубов.
- ▶ Нарушение последовательности прорезывания зубов.
- ▶ Раннее разрушение коронковой части временных или постоянных боковых зубов или их удаление.
- ▶ Кариозное или некариозное поражение твердых тканей боковых зубов.
- ▶ Неравномерная стираемость зубов.
- ▶ Вредные привычки: прикусывание нижней губы.

Патогенез глубокой окклюзии

В патогенезе глубокого прикуса имеет значение анатомическое строение и отвесное (крутое) положение передних зубов. Если небные зубные бугорки отсутствуют или располагаются высоко, в придесневой части верхних зубов, или на месте их имеется небольшая вогнутость, то это приводит к соскальзыванию нижних зубов и развитию чрезмерного перекрытия.



https://yandex.ru/images/search?p=1&text=глубокий%20прикус&img_url=http%3A%2F%2F900igr.net%2Fup%2Fdatas%2F183266%2F030.jpg&pos=30&rpt=simage



https://yandex.ru/images/search?p=1&text=глубокий%20прикус&img_url=http%3A%2F%2F900igr.net%2Fup%2Fdatas%2F183266%2F030.jpg&pos=30&rpt=simage

Функциональные нарушения при глубокой окклюзии

- ▶ Перегрузка пародонта передних зубов;
- ▶ травмирование слизистой оболочки;
- ▶ стирание режущих краев резцов и бугров других зубов;
- ▶ нарушение речи;
- ▶ снижение эффективности жевания;
- ▶ нарушение функции жевательных мышц;
- ▶ низкое положение спинки языка и изменение формы дна носовой полости и неба приводят к нарушению дыхания.

Профилактика глубокого прикуса

- ❖ Наблюдение за ребенком, а также формирование у него нормального прикуса совместно со специалистом.
- ❖ Избавление ребенка от вредных привычек (сосание пальца, помещение в рот различных предметов и прочие).
- ❖ Своевременное лечение зубов, пораженных кариесом и тщательная гигиена полости рта.
- ❖ Профилактика рахита и других болезней соматического типа.
- ❖ Контроль правильной осанки.
- ❖ Искусственное вскармливание ребёнка и питьё воды бутылочками с ортопедическими сосками.

Список литературы:

1. Л.С.Персин «Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий», руководство для врачей, «Медицина», Москва – 2016.
2. У.Р..Проффит «Современная ортодонтия», «МЕДпресс-информ», Москва – 2006.
3. В. И. Куцевляк, д.мед.н., проф., А. В. Самсонов, к.мед.н., доц., С.А. Скляр, к.мед.н., доц., С.В. Алтунина, к.мед.н., доцент, Ю.В. Ткаченко, к.мед.н., С.Л. Старикова, к.мед.н. / под ред. В. И. Куцевляка. «Ортодонтия» Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов. — Харьков: ХГМУ, 2005.— раздел 9.2.2.
4. Ф.Я.Хорошилкина «Ортодонтия», «Медицинское информативное агенство», Москва – 2006.
5. Ортодонтия. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. 2008 г.
6. Медицинский портал «eurolab».

