

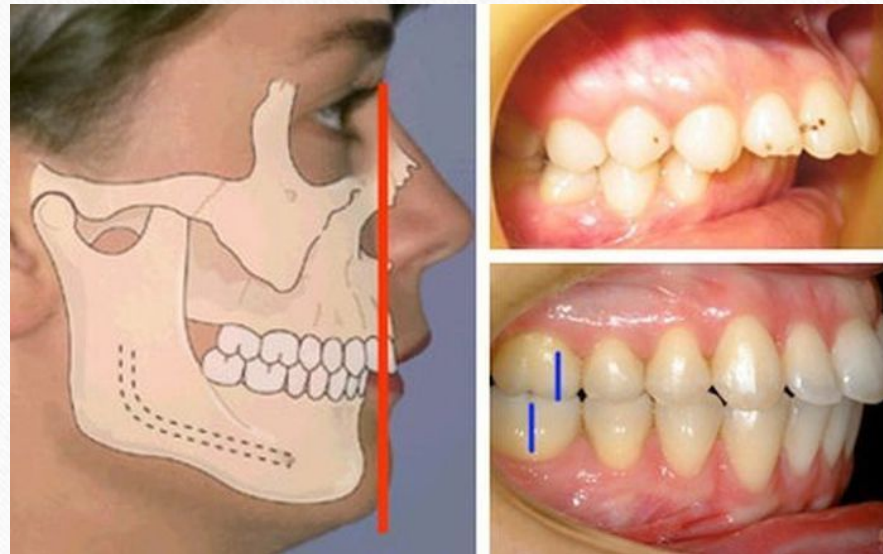
Лечение аномалий окклюзии зубных рядов

Выполнили: Матвеева Д.В., Колесова И.В.

Проверила: Пиксайкина К.Г.

Дистальный прикус

- Нарушение окклюзии, обусловленное выдвиганием верхнего зубного ряда вперед по отношению к нижнему при сомкнутых челюстях.



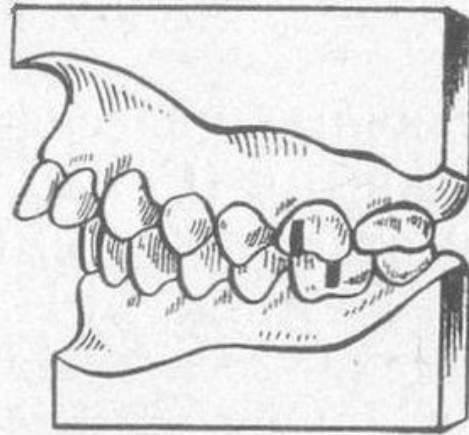
ЭТИОЛОГИЯ

- В норме у всех новорожденных нижняя челюсть имеет дистальное положение: она располагается на расстоянии 1-10 мм позади верхней. В дальнейшем, в процессе грудного вскармливания, прорезывания зубов и развития функции жевания положение нижней челюсти постепенно выравнивается, дистальный прикус переходит в ортогнатический. Поэтому одной из причин формирования дистального прикуса выступает искусственное вскармливание, не требующее от ребенка особых усилий при сосании и не стимулирующее рост нижней челюсти.
- Также дистальный прикус встречаются у детей, переболевших рахитом, страдающих заболеваниями носоглотки с нарушением носового дыхания (аденоидами, хроническим гипертрофическим ринитом, искривлением носовой перегородки и др.).
- Свой негативный вклад в формирование дистального прикуса вносят вредные привычки, такие как длительное сосание пустышки, пальца, игрушек и других посторонних предметов, закусывание губы.
- Следует отметить дефицит кальция и фтора в организме, отсутствие или недостаточное количество в рационе ребенка раннего возраста твердой пищи, раннее удаление молочных зубов и отсутствие протезирования. Кроме этого, дистальный прикус может являться следствием врожденных аномалий развития челюстей, родовой травмы, травм челюстей, нарушений осанки.

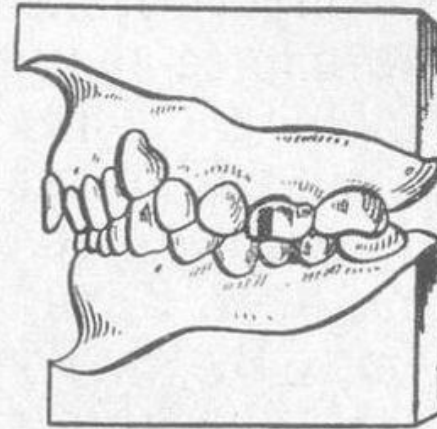
Классификации дистального прикуса

- Энгль, относивший дистальную окклюзию ко 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.
- Хорошилкина Ф.Я. выделяет гнатическую, зубоальвеолярную и сочетанную формы дистального прикуса.

2 подкласса дистального прикуса по Энглю



a



б

виды смыкания по второму классу Энгля

a — подкласс первый; *б* — подкласс второй.

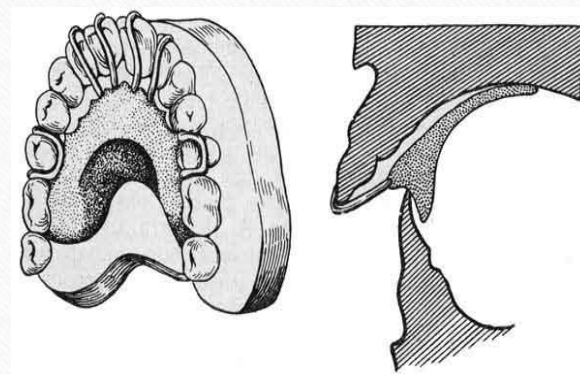
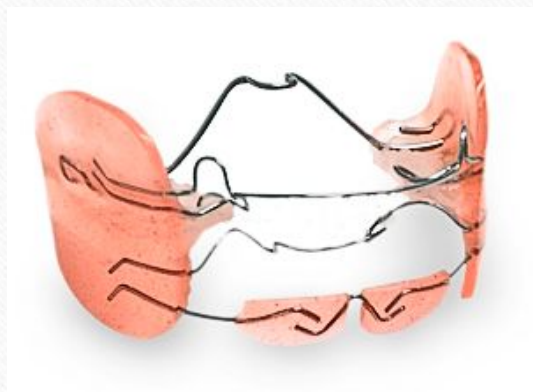
Симптомы дистального прикуса

- Симптомы могут быть условно поделены на лицевые и ротовые, которые приводят к эстетическим и функциональным нарушениям.
- **«Птичье» лицо:** верхняя губа вздернута; центральные верхние резцы выступают вперед, нижняя губа находится позади них. Рот у пациента слегка приоткрыт, губы не смыкаются, подбородочная складка резко очерчена.
- Выдвижение вперед верхних фронтальных зубов; несмыкание верхних и нижних резцов с наличием между ними сагиттальной щели; нарушение взаимного расположения боковых зубов в переднезаднем направлении. В чистом виде дистальный прикус встречается редко; гораздо чаще он сочетается с аномалиями положения зубов, диастемой, тремами, глубоким, открытым или перекрестным прикусом, готическим нёбом.
- При дистальном прикусе затрудняется откусывание, пережевывание и глотание пищи, нарушается носовое дыхание, отмечаются болевые ощущения в височно-нижнечелюстном суставе. У детей с дистальным прикусом, чаще, чем у их сверстников, имеются нарушения речи (дислалия), требующие логопедической коррекции.

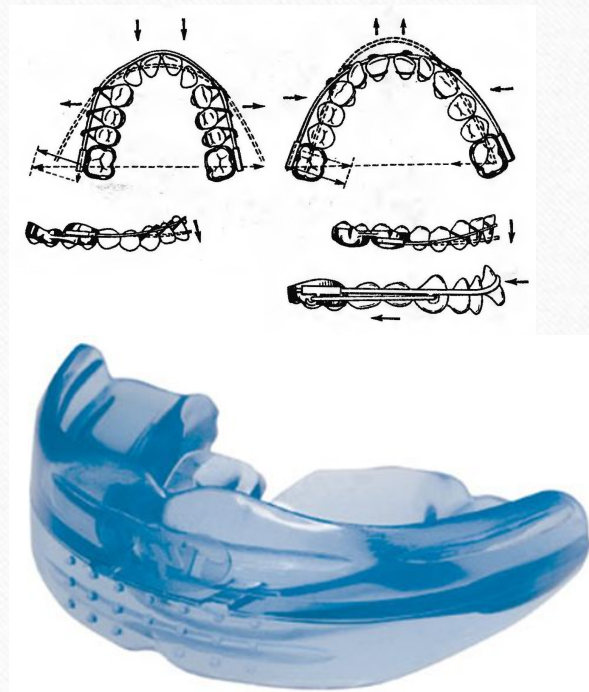
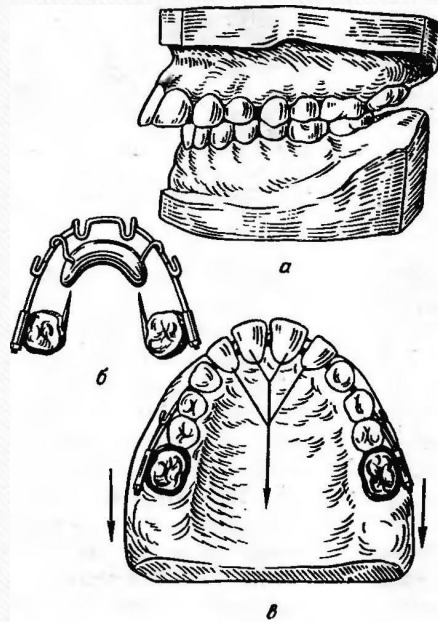


-
- Дистальный прикус несет в себе повышенный риск развития кариеса, заболеваний пародонта задних зубов, испытывающих чрезмерную жевательную нагрузку, дисфункции ВНЧС. Наличие дистального прикуса сопряжено с техническими трудностями проведения протезирования и дентальной имплантации.

Лечение должно начинаться еще **до смены зубов**. В этот период показано лечение, направленное на сдерживание роста верхней и стимуляцию развития нижней челюсти, которое осуществляется с помощью съемной ортодонтической аппаратуры (регулятора функции Френкеля, съемной пластинки Катца, активатора Андресена-Гойпля, LM-активатора). Комплекс лечебных мероприятий может включать миогимнастику, избирательное пришлифовывание зубов, удаление сверхкомплектных зубов на верхней челюсти, устранение вредных привычек, нормализацию носового дыхания.



В периоде **сменного прикуса** основной целью лечебного воздействия является исправления формы и соотношения зубных дуг, для чего применяются аппараты Персина, Гуляевой, Энгля, небный расширитель, преортодонтические трейнеры.



После завершения роста челюстных костей лечение дистального прикуса может проводиться с использованием брекет-систем, иногда в сочетании с аппаратным методом (аппаратом Гербста, лицевой дугой). Для исключения рецидива дистального прикуса после курса активной терапии длительностью 3-4 года показано ношение ретенционных аппаратов (съёмных или несъёмных ретейнеров) в течение 1,5-2 сроков основного лечения. При некоторых формах дистального прикуса предварительно требуется проведение хирургического лечения (удаление нескольких зубов, компактостеотомия).



Мезиальный прикус

- Аномалия окклюзии, характеризующаяся выдвижением вперед нижнего зубного ряда по отношению к верхнему при сомкнутом положении челюстей.



Причины мезиального прикуса

- Генетические формы мезиального прикуса связаны с наследственными особенностями строения лицевого черепа и регистрируются в 20-40% случаев ЗЧА. В период антенатального онтогенеза к мезиальному прикусу могут привести заболевания беременной, родовые травмы новорожденного, гипоплазия межчелюстной кости и др. В числе факторов, способствующих формированию мезиального прикуса, большую роль играют сопутствующие аномалии зубов и полости рта: сверхкомплектные зубы на нижней челюсти, частичная и множественная адентия в области верхней челюсти, микроденция верхних зубов или микроденция нижних зубов, короткая уздечка языка, макроглоссия.
- Постнатальные факторы: искусственное вскармливание ребенка, рахит в раннем возрасте, ротовое дыхание вследствие ЛОР-патологии (искривления носовой перегородки, гипертрофии небных миндалин). Отдельную группу причин составляют различные вредные привычки: сосание верхней губы, пальцев и различных предметов; сон с опущенной на грудь головой; привычка подкладывать кулак или кисть руки под подбородок в положении сидя. К развитию мезиального прикуса могут приводить нарушения в сроках и последовательности прорезывания зубов, а именно – ретенция верхних зубов и раннее прорезывание зубов нижней челюсти.
- Недоразвитию верхней челюсти и формированию мезиального прикуса в отдельных случаях может способствовать остеомиелит челюстей, последствия коррекции нёбной расщелины, опухоли челюстей, акромегалия.

Классификация мезиального прикуса с учетом размеров и положения челюстей

- 1. Мезиальный прикус, обусловленный нижней макрогнатией:
 - При нормальных размерах верхней челюсти
 - При недоразвитии или дистальном положении верхней челюсти
- 2. Мезиальный прикус, обусловленный нижней прогнатией:
 - При увеличении базального отдела нижней челюсти
 - При увеличении подбородочного отдела нижней челюсти
- 3. Мезиальный прикус, обусловленный верхней микрогнатией
- 4. Мезиальный прикус, обусловленный верхней ретрогнатией
- 5. Мезиальный прикус, обусловленный сочетанием:
 - Верхней микрогнатии и нижней макрогнатии;
 - Верхней ретрогнатии и нижней прогнатии;
 - Верхней микрогнатии и нижней прогнатии;
 - Верхней ретрогнатии и нижней макрогнатии.

Классификация мезиального прикуса с учетом нарушения окклюзии в сагиттальном направлении и величины и нижнечелюстного угла

- **I степень** - сагиттальная щель между передними зубами до 2 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении до 5 мм; нижнечелюстной угол до 131° .
- **II степень** – сагиттальная щель между передними зубами до 10 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении до 10 мм; нижнечелюстной угол до 133° .
- **III степень** - сагиттальная щель между передними зубами больше 10 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении 11-18 мм; нижнечелюстной угол до 145° .

Симптомы мезиального прикуса

- Внешне проявляется выдвижением подбородка и нижней губы вперед, западением верхней губы, нередко – зиянием ротовой щели. При этом средняя треть лица в профиль выглядит запавшей, вогнутой.
- Внутриротовые признаки: обратное резцовое перекрытие или прямая окклюзия зубов в переднем отделе; наличие мезиальной ступеньки при смыкании жевательных зубов. Возможен оральный наклон зубов на нижней челюсти, образование диастем и трем, наличие дистопированных зубов. Скученное положение зубов на нижней челюсти может обуславливать отложение зубного камня, развитие гингивита и пришеечного кариеса.
- Функциональные нарушения при мезиальном прикусе могут включать дефекты речи (дислалия), затруднения откусывания и пережевывания пищи, дисфункцию ВНЧС. Неправильное распределение жевательной нагрузки в области передних зубов сопровождается перегрузкой тканей пародонта, развитием пародонтоза и ранней потерей зубов.



Лечение мезиального прикуса в **дошкольном возрасте**, когда челюсти ребенка находятся в процессе роста, для коррекции мезиального прикуса назначается миофункциональная гимнастика и массаж альвеолярного отростка верхней челюсти; при необходимости проводится пластика короткой уздечки языка. Для отучения ребенка от вредных оральных привычек рекомендуется использование вестибулярных пластинок. Ортодонтическое лечение на данном этапе по показаниям может проводиться с помощью аппарата Брюкля, каппы Бынина.



В период **сменного прикуса** лечение мезиальной окклюзии проводится с использованием активаторов Андресена-Гойпля, Кламмта, Френкеля, аппаратов Персина для лечения мезиальной окклюзии.



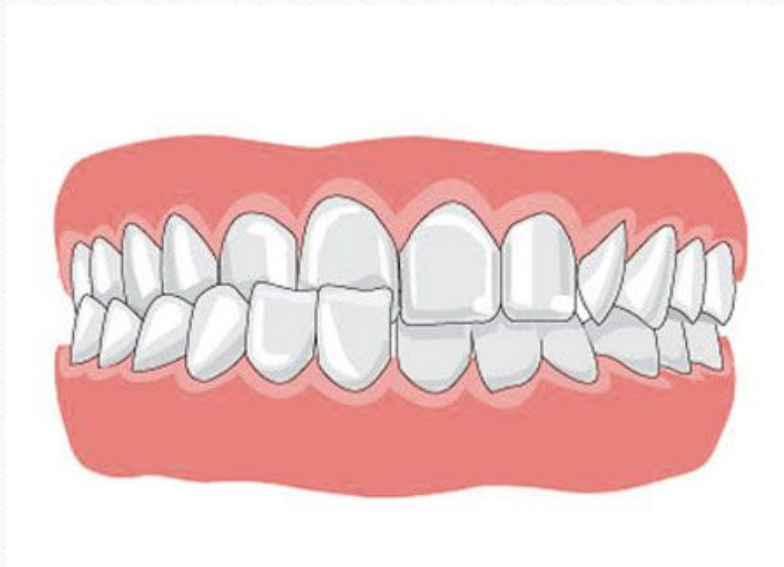
С установлением **постоянного прикуса** для коррекции аномальной окклюзии применяются брекет-системы.



-
- Протетическое лечение мезиального прикуса может включать избирательное пришлифовывание зубов, съемное или несъемное протезирование для нормализации окклюзионных контактов.
 - Одновременно с ортодонтическим этапом проводятся логопедические занятия по коррекции дислалии.

Перекрестный прикус

- Патология смыкания зубных рядов, обусловленная несоответствием их размеров и формы в поперечном направлении.



Причины перекрестного прикуса

- К факторам врожденного порядка относятся наследственная обусловленность, неправильная закладка зубных зачатков, нарушения развития челюстей и височно-нижнечелюстного сустава, расщелины нёба, макроглоссия, родовые травмы и пр.
- Чаще перекрестный прикус развивается под влиянием факторов, действующих в постнатальном периоде: нарушение прорезывания зубов (ретенция, изменение последовательности); бруксизм; нарушение жевательной функции при преждевременной потере зубов, множественный кариес.
- Нередко перекрестный прикус является следствием неправильных стереотипов поведения: вредных привычек (подпираание щеки кулаком, сосание пальцев, закусывание губы), нарушения позы сна (сон на одном боку с подложенной под щеку рукой).
- Причинами перекрестного прикуса могут являться заболевания, связанные с нарушением минерального обмена (рахит), затруднением носового дыхания (ринит, аденоиды, гайморит), гемиатрофия лица, полиомиелит, сколиоз, остеомиелит челюстей, анкилоз ВНЧС, артрит ВНЧС.

Классификация перекрестного прикуса

- Наиболее распространенной в клинической практике является классификация, выделяющая следующие формы перекрестного прикуса:
- **1. Буккальный перекрестный прикус** может быть со смещением или без смещения нижней челюсти, односторонним или двусторонним. В основе буккального прикуса лежит сужение верхнего зубного ряда и/или челюсти, расширение нижнего зубного ряда и/или челюсти с одной или двух сторон. При смыкании зубных рядов характеризуется перекрыванием щечных бугров верхних зубов щечными буграми нижних.
- **2. Лингвальный перекрестный прикус** (одно- и двусторонний) обусловлен расширением верхнего зубного ряда и/или челюсти, сужением нижнего зубного ряда и/или челюсти также с одной или обеих сторон. При смыкании зубных рядов характеризуется перекрыванием щечных бугров нижних зубов небными буграми верхних зубов.
- **3. Буккально-лингвальный перекрестный прикус** сочетает в себе признаки первых двух.

Симптомы перекрестного прикуса

- Нарушение симметричности и, следовательно, эстетики лица. При этом подбородок пациента с перекрестным прикусом сдвинут в сторону, верхняя губа на этой же стороне западает, противоположная сторона нижней части лица уплощена.
- Внутриротовые признаки перекрестного прикуса могут включать расширение или сужение одного зубного ряда, смещение нижней челюсти, нарушение контакта боковых зубов, перекрещивание зубных рядов при смыкании челюстей, несовпадение расположения уздечек нижней и верхней губы.
- При различных формах перекрестного прикуса вследствие уменьшения количества окклюзионных контактов нарушается функция жевания; при этом часто отмечается прикусывание слизистой оболочки щек. Неправильная речевая артикуляция (дислалия) касается, главным образом, язычных фонем.
- При перекрестном прикусе часто появляется хруст и болезненность при открывании рта, блокирование нижней челюсти - развивается дисфункция ВНЧС; в дальнейшем велик риск развития деформирующего артроза ВНЧС. Неравномерное распределение жевательного давления способствует поражению тканей пародонта — возникновению пародонтита и пародонтоза.

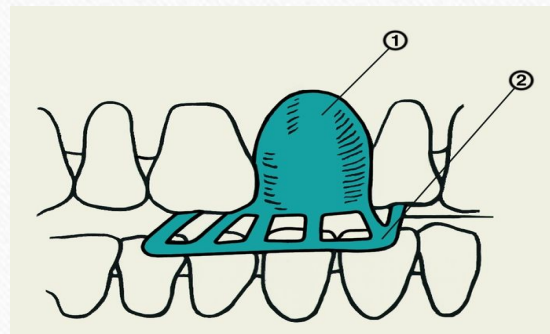
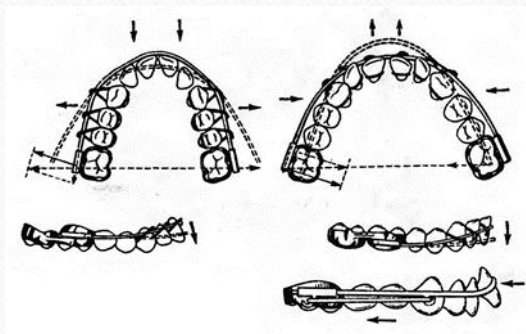
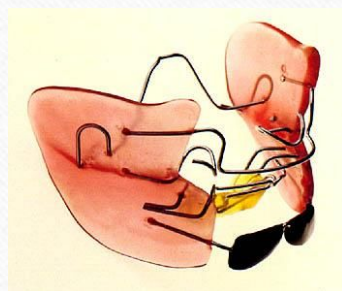
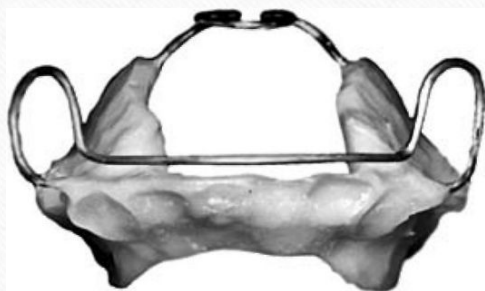


Лечение перекрестного прикуса

- Лечение перекрестного прикуса направлено на нормализацию взаимоотношений зубных рядов в трансверзальной плоскости.
- В период **временного прикуса** ребенку рекомендуется жевание твердой пищи, выполнение миогимнастики, пришлифовывание бугров и режущих краев зубов, в случае ранней потери молочных моляров – съемное протезирование.

В **позднем временном и сменном прикусе** применяется аппаратное лечение с помощью аппаратов функционального действия (бионатора Янсона, регулятора функций Френкеля, активатора Кламмта, активатора Андресена-Гойпля).

С формированием постоянного прикуса лечение осуществляется несъемными ортодонтическими аппаратами механического действия: аппаратом Энгля, коронками Катца, брекет-системами с последующим ношением ретейнеров. По ортодонтическим показаниям при перекрестном прикусе дополнительно проводится хирургическое лечение – удаление отдельных зубов, компактостеотомия.



A close-up photograph of white cherry blossoms on a dark brown branch. The flowers are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The background is a soft, out-of-focus blue sky with circular bokeh light effects. The text is centered in the middle of the image.

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**