

Этиология, классификация, клин.картина, диагностика и лечение различных форм мезиальной окклюзии

Выполнил:
Студент пятого курса
стоматологического
факультета,
Курнаков Даниил Сергеевич.
1 группа

План:

1. Мезиальный прикус
2. *Степени мезиальной окклюзии*
3. *Этиология мезиальной окклюзии.*
4. *Клиническая картина.*
5. *Диагностика.*
6. *Лечение.*
7. *Период временного прикуса*
8. *Период сменного прикуса*
9. *Постоянный прикус.*

Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в **сагиттальном направлении** и характеризуется смыканием моляров по III классу Энгля. При смыкании жевательных зубов образуется **мезиальная ступенька**. Клык верхней челюсти образует мезиальную ступеньку с контактной точкой клыка и первого премоляра. В переднем отделе нижние резцы обычно перекрывают верхние (обратное резцовое перекрытие) или образуют прямую окклюзию.

3 класс по ЭНГЛЮ

- Мезиальный прикус - деформация челюстей и зубных дуг в сагиттальном направлении, при которой имеется мезиальное смещение боковых зубов.

Аномалии челюстей, зубных рядов и зубов, приводящие к мезиальной окклюзии.

- Аномалии величины челюстей:

макрогнатия нижней челюсти, микрогнатия верхней челюсти, сочетанная патология;

- Аномалия положения челюстей:

прогнатия нижней челюсти, ретрогнатия верхней челюсти;

- Аномалии зубных рядов и зубов нижней челюсти:

мезиальное перемещение боковых зубов, макродентия, сверхкомплектные зубы, тремы, удлинение зубного ряда.

Аномалии зубных рядов и зубов верхней челюсти:

дистальное перемещение боковых зубов, микродентия, адентия, скученное положение зубов, укорочение зубного ряда.

Степени мезиальной окклюзии.

I степень: смыкание первых постоянных моляров и клыков по III классу Энгля не превышает величину 2 бугорка первого постоянного моляра, сагиттальная щель отсутствует, глубина обратного резцового перекрытия минимальная, умеренная или глубокая.

II степень: смыкание клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля равно величине одного бугорка первых постоянных моляров, сагиттальная щель между резцами не превышает 3 мм; отмечается ретрузия резцов нижней челюсти.

III степень: соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля составляет от 1/2 коронки первого постоянного моляра и более, сагиттальная щель между резцами верхней и нижней челюстей от 3 мм и более при протрузии резцов верхней челюсти.

Формы мезиальной окклюзии.

- 1. Зубоальвеолярная** (обусловлена протрузией резцов нижней челюсти или ретрузией резцов верхней челюсти).
- 2. Гнатическая** (обусловлена:
 - макрогнатией нижнечелюстной;
 - микрогнатией верхнечелюстной;
 - прогнатией нижнечелюстной;
 - ретрогнатией верхнечелюстной).

Этиология мезиальной окклюзии.



Развитие мезиального прикуса при макроглоссии

- Наследственные факторы;
- Болезни матери в период беременности;
- Родовая травма;
- Болезни детского возраста;
- Эндокринная патология у ребенка (акромегалия, гиперфункция гипофиза);
- Нарушение размеров и функции языка;
- Аномалия уздечки языка;
- Нарушение физиологической стираемости бугров временных зубов.

Этиология.

- врожденная особенность строения костей лицевого отдела черепа, передающаяся по наследству (аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью) – 20-40%,
- болезни матери в период беременности,
- родовая травма,
- неправильное искусственное вскармливание,
- болезнь ребенка в раннем возрасте (рахит),
- вредные привычки (сосание верхней губы и др.),
- нарушение размеров (макроглоссия) и функции языка – 20-30%,
- короткая уздечка языка – 20-30%,
- аномалии зубов и челюстей;
- гипертрофия небных миндалин;
- сон с опущенной на грудь головой;
- аномалии размеров челюстей;
- адентия на верхней челюсти;
- сверхкомплектные зубы на нижней челюсти;
- аномалии размеров зубов (макродентия зубов н/ч, микродентия зубов в/ч).

Клиническая картина.

- **Лицевые признаки:** типичное «сердитое» выражение лица, при котором нижняя губа и подбородок несколько выступают вперед. «Вогнутый» профиль (западение средней трети лица).
- **В полости рта:** отмечается мезиальная окклюзия моляров и клыков. В переднем отделе возможны прямое смыкание резцов, обратное резцовое перекрытие с наличием обратной резцовой окклюзии или резцовой дизокклюзии.

Диагностика.

Степень выраженности мезиальной окклюзии можно установить с помощью телерентгенографического исследования. На ТРГ головы в боковой проекции следует определить длину тела верхней и нижней челюстей, их положение по отношению к переднему отделу основания черепа, взаиморасположение апикальных базисов челюстей, основное направление роста челюстных костей.

Лечение.

В период формирования прикуса молочных зубов рекомендуются массаж области альвеолярного отростка верхней челюсти при его недоразвитии (направление движений наружу) и нижней челюсти при ее чрезмерном развитии (направление движений внутрь), а также использование специальных пустышек и сосок при искусственном вскармливании.

Основные задачи при лечении мезиальной окклюзии.

- Нормализация миофункциональных нарушений;
- Нормализация положения зубов, формы зубных дуг и прикуса. Разобшение прикуса.
- Сдерживание роста нижней челюсти, перемещение нижней челюсти назад.
- Стимулирование роста верхней челюсти, нормализация ее положения.

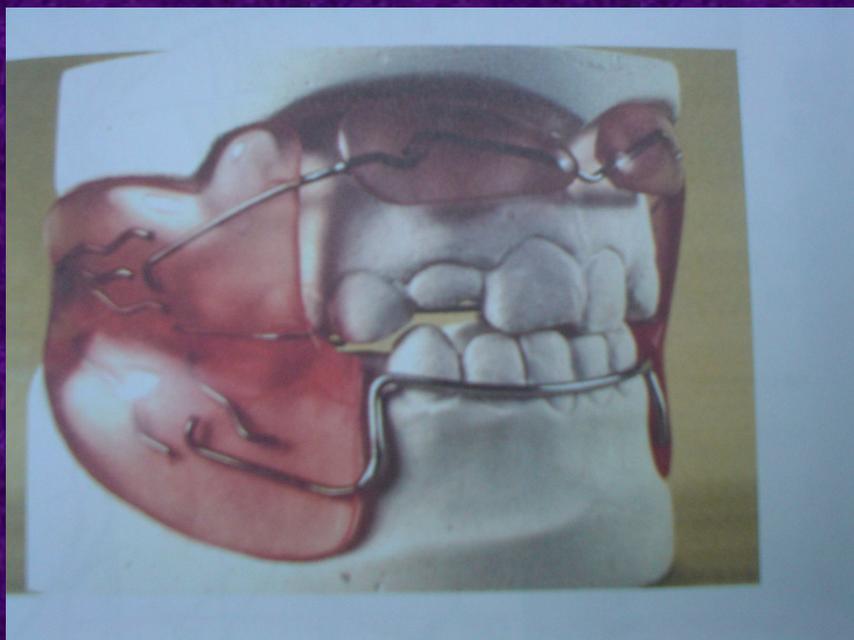
Лечение мезиальной окклюзии в период временного прикуса с использованием вестибулооральных пластинок.



Шапочка с подбородочной пращой и внеротовой тягой.



Лечение мезиальной окклюзии.



Регулятор функции Френкеля 3 типа

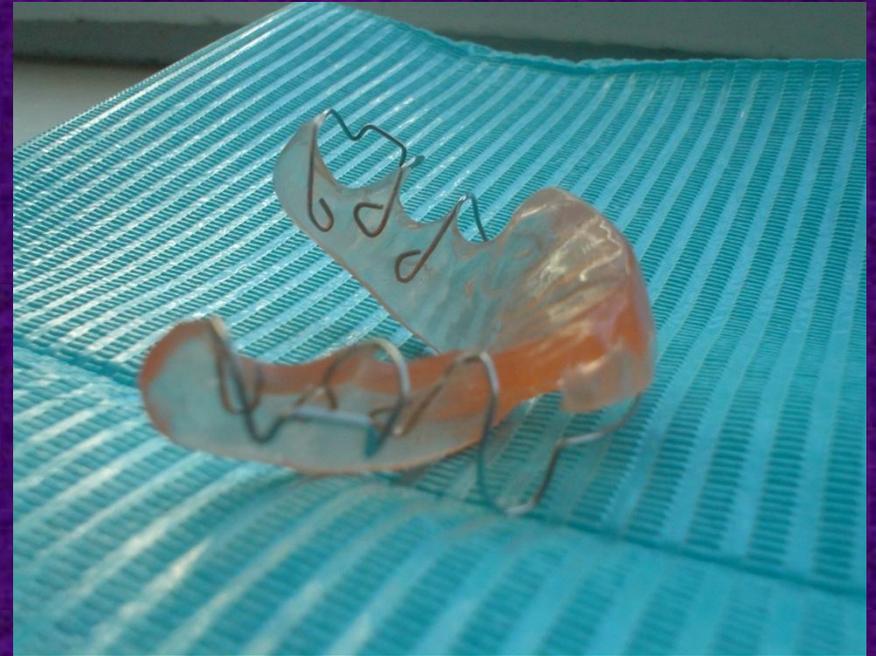


бионатор Бальтреса



открытый активатор Кламмта.

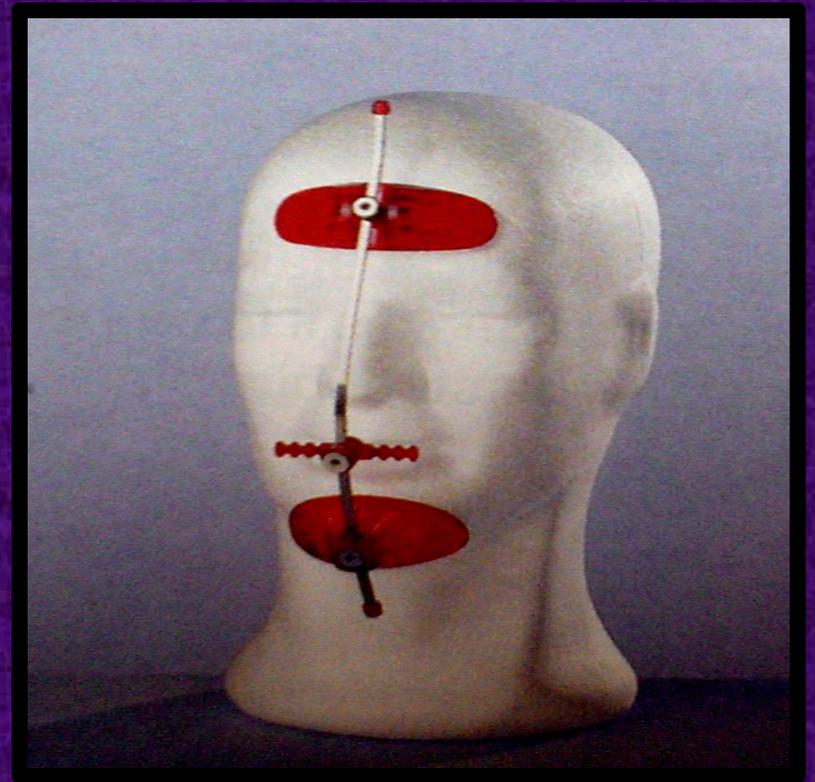
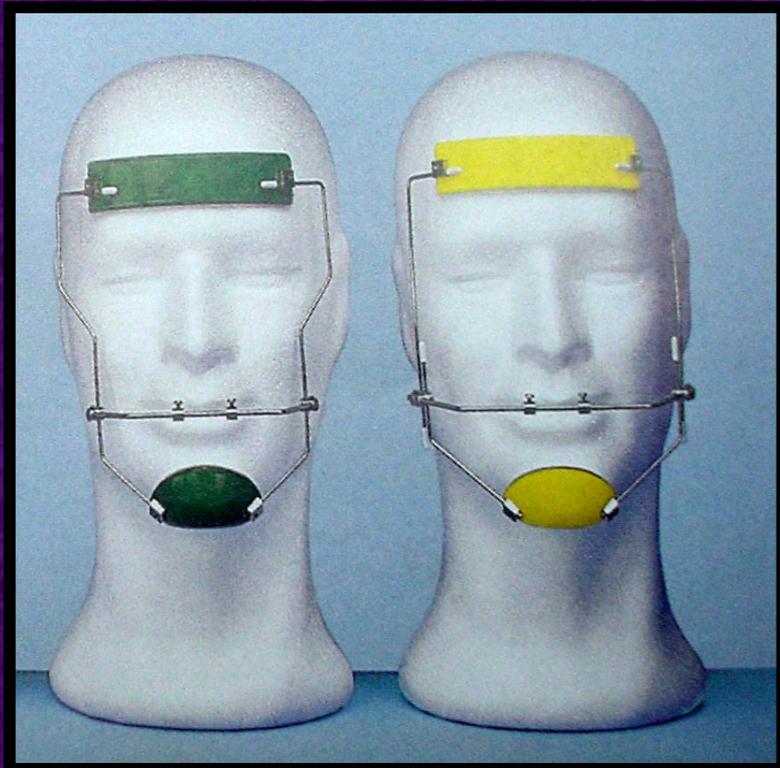
Лечение мезиальной окклюзии в период сменного прикуса.



Верхнечелюстная пластинка с протрагирующими пружинами и окклюзионными накладками.

Аппарат Брюкля

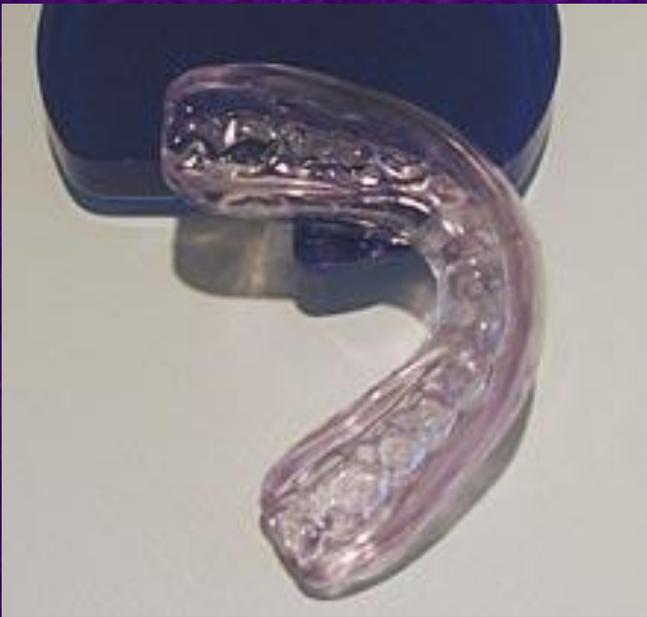
Лицевые маски для внеротовой тяги и устранения мезиоокклюзии. Маска Диляра.



Использование аппарата Дерихсвайлера для ускоренного раскрытия срединного небного шва и расширения верхней челюсти.



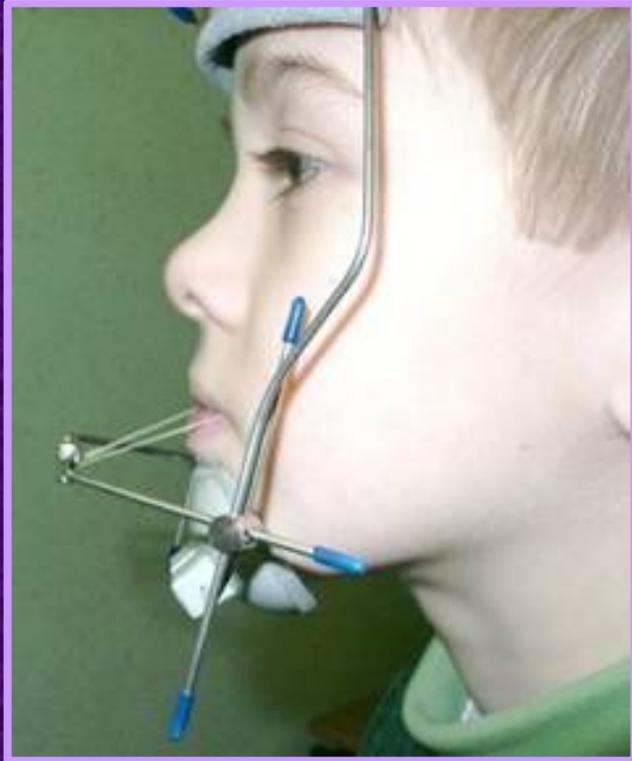
Лечение мезиальной окклюзии с использованием позиционера.



Скелетная форма мезиальной окклюзии. Нейтральный тип роста лицевого скелета



1 этап лечения.



Маска Деляра

Режим ношения 14 часов в сутки.

Вектор тяги 45° к окклюзионной плоскости.

Сила тяги 260-280 грамм с каждой стороны.



Аппарат для быстрого расширения верхней челюсти



Окклюзия зубных рядов
через 3 месяца лечения



Окклюзия зубных рядов через
8 месяцев после окончания
1-го этапа лечения

До
лечения



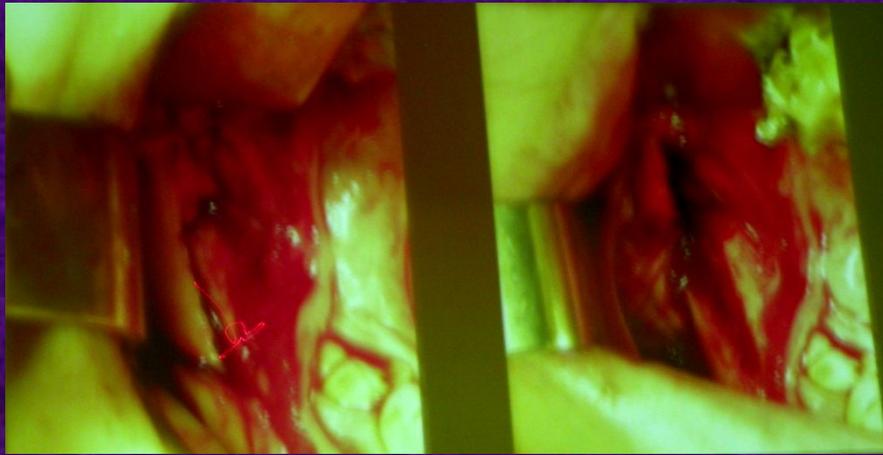
После лечения



Последовательность лечебных мероприятий при гнатических формах мезиальной окклюзии в периоде постоянного прикуса.

- Удаление 38 и 48;
- Санация полости рта;
- Пародонтологическое лечение;
- Ортодонтическая предоперационная подготовка;
- Ортогнатическая хирургия;
- Ортодонтическая финишная коррекция;
- Ретенция;
- Коррекция мягких тканей.

Оперативные вмешательства на нижней челюсти при скелетной форме мезиальной окклюзии.



Остеотомия по
Obwegeser



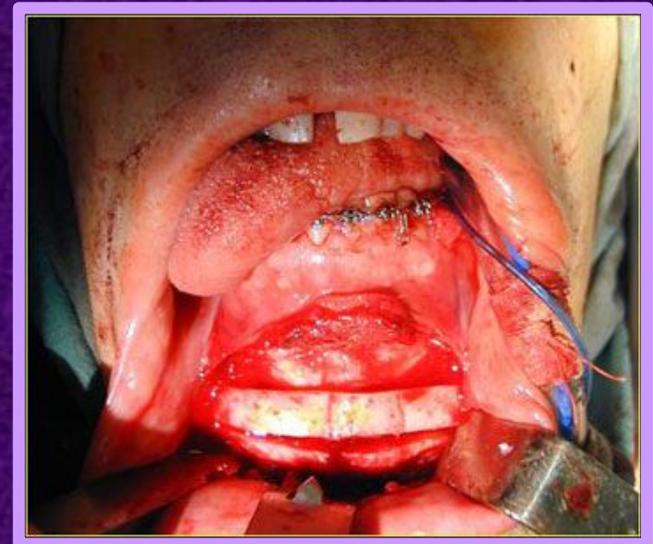
Уровень рассечения
внутренней компактной
пластинки.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЛИЦА.



- 1-ЭТАП – санация полости рта
- Ортодонтическая предоперационная подготовка перед ортодонтически-хирургическим расширением верхней челюсти
- Ортодонтически-хирургическое расширение верхней челюсти
- 2-ЭТАП - Ортодонтическая предоперационная подготовка перед ортогнатической операцией
- Модельная хирургия и компьютерное планирование вида операции VTO и VSTO
- Ортогнатическая операция
- 3-ЭТАП - Ортодонтическая финишная коррекция

коррекция формы и размера нижнего зубного ряда



Ортодонтическое расширение верхней
челюсти,

Произведена мобилизация верхней челюсти.
Одновременно с этим произведена гениопластика.



Окклюзия после снятия брекетов и
ортодонтического-хирургического лечения

Установлены виниры на
12 11 21 22.

Период временного прикуса.

В этом периоде, как правило, применяют механически действующие аппараты: пластинки с протрагирующими пружинами под передние зубы верхней челюсти; пластинки с секторальным распилом и винтом для удлинения верхнего зубного ряда и др.

Период сменного прикуса.

В период смены боковых зубов рекомендуется использовать активаторы таких конструкций, как моноблок Андресена—Гойпля, аппарат Вундерера, открытый активатор Кламмта, бюгельный активатор Френкеля, аппарат Персина.

Для уменьшения размера нижнего зубного ряда и его сокращения у пациентов со второй степенью выраженности мезиальной окклюзии применяют метод Хотца, последовательно удаляя молочные, а затем постоянные зубы.

Постоянный прикус.

В этот возрастной период используют несъемные ортодонтические конструкции в сочетании с внеротовой резиновой тягой. Ретенционный период при этом более длительный (10—14 мес), и диспансерное наблюдение за такими пациентами проводят до прорезывания всех зубов на верхней и нижней челюстях.