

Методы лечения зубочелюстных аномалий с помощью ортопедических конструкций в детском и зрелом возрасте

Выполнил работу
Студент 3А курса
«Стоматология ортопедическая»
Бунь Егор

Характеристика зубочелюстных аномалий их этиология и патогенез

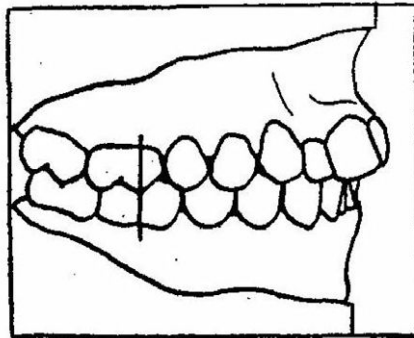
- Зубочелюстные аномалии являются патологией развития. Принято выделять причинные факторы – эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние). Среди эндогенных этиологических факторов учитывают генетические, на долю которых приходится около 25% всех зубочелюстных аномалий, и эндокринные. По времени действия причины могут быть пренатальными (до рождения ребенка), натальными (во время рождения) и постнатальными (в течение жизни). Различают так же общие и местные факторы. К эндогенным факторам, помимо вышеупомянутых, относятся так же химические (такие как прием лекарственных средств матерью во время беременности) и физические воздействия (неблагоприятная экология) на эмбрион и плод в различные периоды внутриутробного развития. Экзогенные факторы включают в себя: неблагоприятное состояние окружающей среды (дефицит фтора в питьевой воде, недостаточное ультрафиолетовое облучение, чрезмерный радиоактивный фон. Указывается так же на значительное увеличение зубочелюстных аномалий в зонах с повышенной радиоактивностью. К постнатальным факторам относят изменения в организме, обусловленные перенесенным рахитом и другими заболеваниями.

Подходы к классификации зубочелюстных аномалий

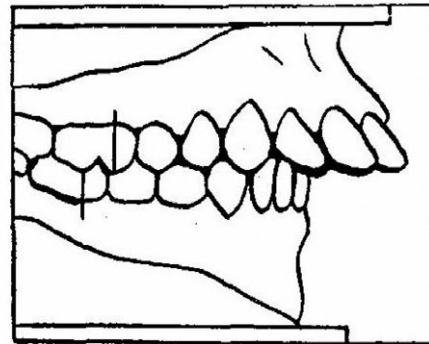
- Энглем была предложена, используемая и по сей день, морфологическая классификация зубочелюстных аномалий. В ее основе лежит характер смыкания первых постоянных моляров. При разработке этой классификации Энгль исходил из того, что первый постоянный моляр верхней челюсти, прорезываясь, занимает постоянное место в зубном ряду, вслед за молочным моляром.

Классификация Энгля:

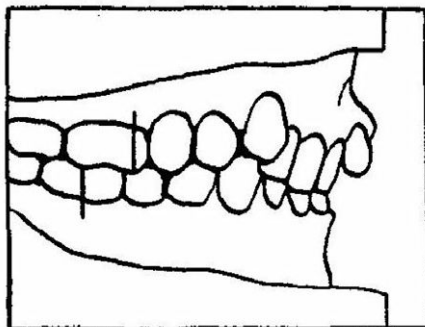
- а - нейтральный прикус (I класс);
- б - дистальный прикус (II класс - 1 подкласс);
- в - дистальный прикус (II класс - II подкласс);
- г - мезиальный прикус (III класс).



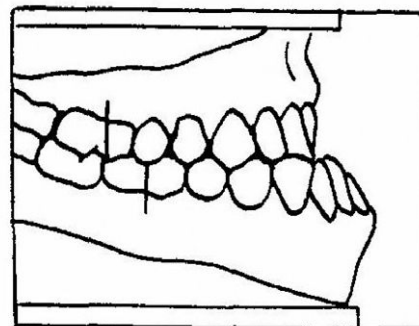
а



б



в



г

Классификация Симона

- Симон построил свою классификацию на принципе определения отклонений структур зубочелюстной системы относительно трех взаимно перпендикулярных плоскостей черепа: сагиттальной, горизонтальной и фронтальной. Автором были выделены аномалии зубов, зубных рядов и челюстей.
- *Аномалии положения зубов:* зуб расположен вне зубного ряда вестибулярно, орально, мезиально или дистально от своего места, повернут вокруг оси.
- *Аномалии строения зубных рядов и челюстей:*
 - контракция — сужение зубных рядов и челюстей, определяется по отношению к сагиттальной плоскости;
 - дистракция — расширение зубных рядов и челюстей, определяется по отношению к сагиттальной плоскости;
 - протракция — зубной ряд и челюсть смещены вперед, определяется по отношению к фронтальной плоскости;
 - ретракция — зубной ряд и челюсть смещены назад, определяется по отношению к фронтальной плоскости;
 - аттракция — зубной ряд или его часть расположены выше окклюзионной плоскости, определяется по отношению к горизонтальной плоскости;
 - абстракция — зубной ряд или его часть расположены ниже окклюзионной плоскости. Определяется по отношению к горизонтальной плоскости.

Описание методов лечения зубочелюстных аномалий. Современные методы

- Методы лечения зубочелюстных аномалий можно разделить на три группы:
- I. Аппаратные;
- II. Хирургические;
- III. Протетические.
- Современное ортодонтическое лечение подразумевает использование съемных, несъемных и сочетанных аппаратов. Выделяют три основные области применения съемных ортодонтических конструкций: модификация роста при смешанном прикусе; ограниченные зубные перемещения, т.е. наклон; ретенция результатов лечения. По принципу действия аппараты могут быть подразделены на аппараты механического, функционально-направляющего, функционального и комбинированного действия. По месту действия выделяют аппараты одночелюстные, одночелюстные аппараты межчелюстного действия, двучелюстные, внеротовые и сочетанные.

Внеротовые съемные аппараты

- Подбородочная праща с головной шапочкой и резиновой тягой – используется для задержки и изменения роста нижней челюсти при мезиальной окклюзии зубных рядов. Затылок и шея являются опорой аппарата. Рекомендовано применения аппарата в возрасте от 4 до 9 лет, в период активного роста нижней челюсти в сагиттальном направлении.
- о Лицевая дуга с внутри- и внеротовой частями с головной шапочкой или шейной опорой используется для лечения тяжелой степени зубочелюстных патологий.

-

Внутриротовые съемные аппараты

- Аппарат с винтом, в основе аппарата лежит пластиночный базис и активный элемент – ортодонтический винт. Активация винта на 360° позволяет провести удлинение или расширение зубного ряда до 1мм. Активация винта на 90° позволяет расширить зубной ряд на 0,1 мм. (Л.С. Персин, 2003). Применяется при незначительном сужении челюстей и незначительной скученности, как правило, в молочном и сменном прикусе. Движение наклонно-поступательное. Аппарат воздействует только на коронки зубов

Лингвальное лечение зубочелюстных аномалий

- Современное развитие лингвальной техники обусловлено необходимостью использования эстетического ортодонтического лечения без нарушения внешнего вида пациента.
- Первые лингвальные брекет-системы были изобретены в США как альтернатива металлическим наружным задолго до появления эстетической линии наружных (керамические, пластиковые, сапфировые) брекет-систем. Однако несовершенство конструкции первых лингвальных брекет-систем привело к недоверию у ортодонт-ов к лингвальному лечению. Фирма ORMSO под руководством группы ортодонт-ов учла негативный опыт предыдущего поколения лингвальных брекет-систем, усовершенствовала лингвальный аппарат и метод непрямо-й установки брекет-систем, что дало новый виток в развитии и применении лингвальных брекет-систем..

-

В данной работе были изучены комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий. Наиболее полно были охвачены ортодонтические методы, а также рассмотрены хирургические и ортопедические методы лечения. Главным методом предотвращения развития аномалий при ранней потере зубов является применение местосохраняющих конструкций при молочном и сменном прикусе, и своевременное протезирование при постоянном прикусе. Основываясь на данных нашего исследования можно говорить о низком уровне их применения. Однако, во многих литературных источниках неоднократно упоминается о последствиях раннего удаления зубов, к которым относятся дефицит места для прорезывания постоянных зубов, деформации при росте челюстей и как следствие осложнение уже имеющейся патологии, или ее появление при изначальной физиологической ситуации. Исходя из сказанного выше, требуется более тщательный подход к лечению таких пациентов, комплексное устранение данных патологий с преемственной работой специалистов различных специальностей, следует обращать внимание на просвещение населения в области профилактики развития стоматологических заболеваний и зубочелюстных аномалий.

•

Спасибо за внимание!