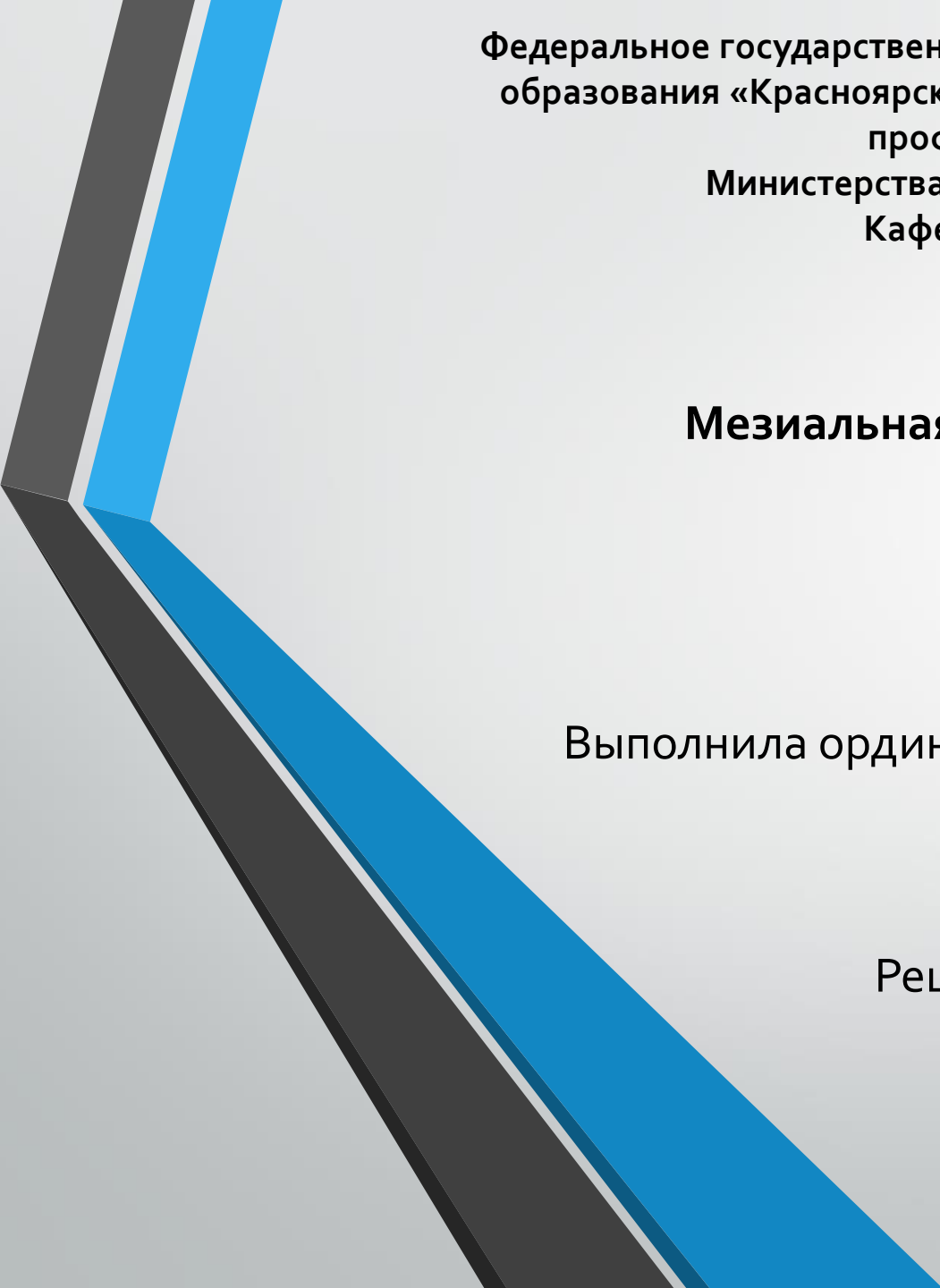




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Мезиальная окклюзия. Этиология, клиника, лечение.

Выполнила ординатор кафедры- клиники ИПО 2 года по специальности
«ортодонтия»

Петрова Полина Романовна

Рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Цель:

Изучить этиологию мезиальной окклюзии, клинику и методы лечения



Задачи:

- Выявить клинику мезиальной окклюзии
- Выявить этиологию мезиальной окклюзии
- Выявить методы лечения мезиальной окклюзии

Актуальность

Мезиальная окклюзия является одной из самых распространённых зубочелюстных аномалий, наиболее актуальным является вопрос лечения этой аномалии и выявление ее формы



Введение

Мезиальный прикус – аномалия окклюзии, характеризующаяся выдвиганием вперед нижнего зубного ряда по отношению к верхнему при сомкнутом положении челюстей.

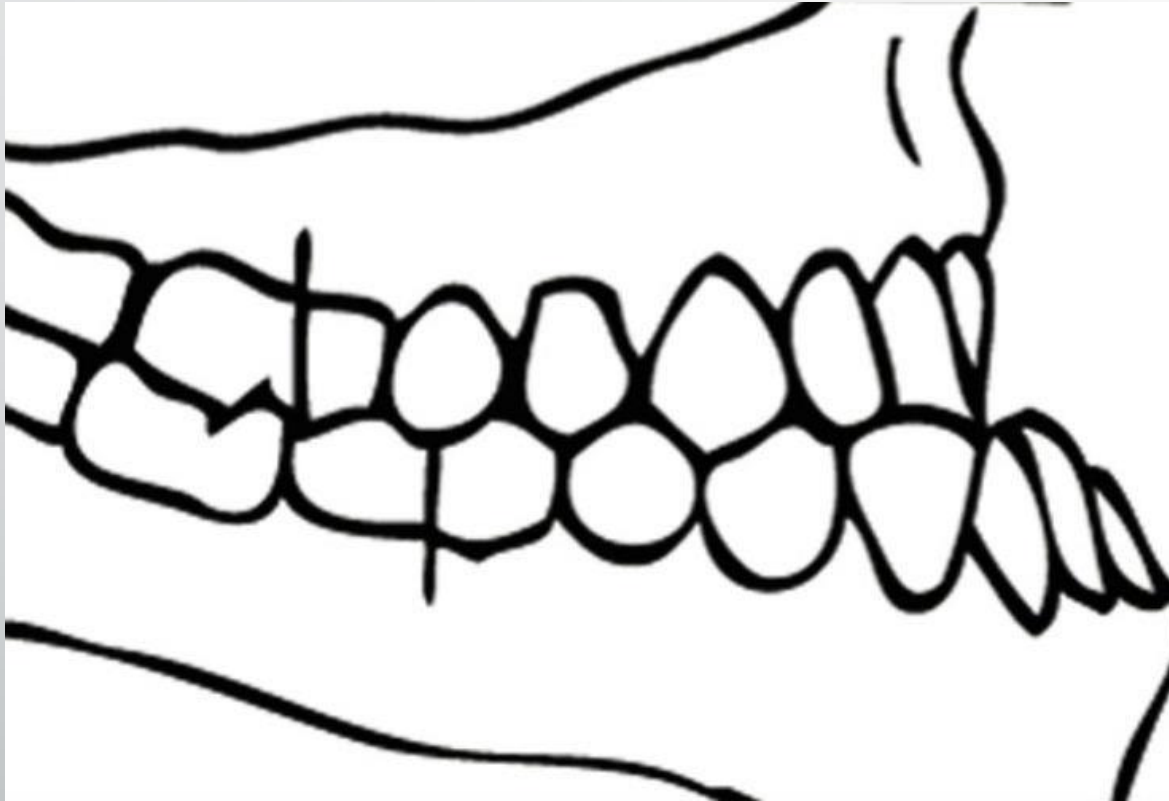
Внешними проявлениями мезиального прикуса служат массивный, выступающий подбородок, вогнутый профиль лица, западающая верхняя губа;

Внутриротовые признаки включают мезиальную окклюзию моляров и клыков, прямую или обратную резцовую окклюзию; функциональные изменения – нарушения жевания и речи. Диагностике мезиального прикуса помогают данные антропометрических измерений, телерентгенографии, ортопантомографии, анализа диагностических моделей, рентгенографии ВНЧС. Коррекция мезиального прикуса включает миофункциональную гимнастику, массаж альвеолярного отростка, ортодонтическое лечение.

Мезиальная окклюзия



Классификация по Энгля



III класс Энгля
характеризуется мезиальным
сдвигом нижнего первого
моляра по отношению к
верхнему. При этом
мезиально-щечный бугор
верхнего первого моляра
смыкается с дистально-
щечным бугром нижнего
первого моляра или попадает
в промежуток между шестым
и седьмым нижними зубами.

Этиология

- Генетический фактор
- Врожденный фактор
- Приобретенный фактор



Генетический фактор

Генетические формы мезиального прикуса связаны с наследственными особенностями строения лицевого черепа и регистрируются в 20-40% случаев аномалии.



Врожденный фактор

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.

Врожденный фактор

Недоразвитию верхней челюсти и формированию мезиального прикуса в отдельных случаях может способствовать остеомиелит челюстей, последствия коррекции нёбной расщелины, опухоли челюстей, акромегалия.



Приобретенный фактор

- искусственное вскармливание ребенка,
- заболевания раннего возраста (рахит),
- ротовое дыхание вследствие ЛОР-патологии (искривления носовой перегородки, гипертрофии небных миндалин) и др

Отдельную группу причин составляют различные поведенческие факторы, способствующие возникновению мезиального прикуса: 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.

Классификация мезиального прикуса

С учетом нарушения окклюзии в сагиттальном направлении и величины и нижнечелюстного угла выделяют три степени мезиального прикуса:

- 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° .

Также различают зубоальвеолярную и гнатическую форму мезиального прикуса: в первом случае возможно произвольное смещение нижней челюсти назад до достижения правильной окклюзии боковых зубов; при второй форме смещение невыполнимо.

Классификация мезиального прикуса

С учетом размеров и положения челюстей выделяют следующие виды мезиального прикуса:

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.

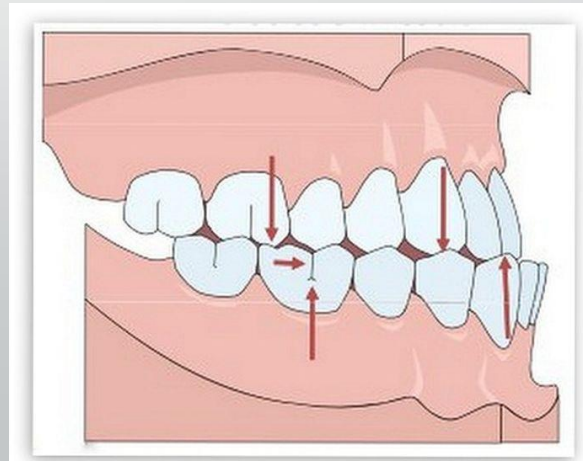
Симптомы мезиального прикуса

- При мезиальном прикусе может отмечаться сочетание тех или иных лицевых и внутриротовых признаков, а также обусловленных ими различных функциональных нарушений. Внешне мезиальный прикус проявляется выдвижением подбородка и нижней губы вперед, западением верхней губы, нередко – зиянием ротовой щели. При этом средняя треть лица в профиль выглядит запавшей, вогнутой. В целом выражение лица пациента с мезиальным прикусом характеризуется как «сердитое».
- Внутриротовые признаки мезиального прикуса характеризуются обратным резцовым перекрытием или прямой окклюзией зубов в переднем отделе; наличием 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 (межзубный сигматизм – разновидность механической дислалии), 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. Мезиальный прикус может препятствовать проведению протезирования и дентальной имплантации.

Диагностика мезиального прикуса

Для распознавания мезиального прикуса, правильной оценки его вида и степени необходима консультация ортодонта. Обследование пациента начинается с осмотра лица в фас и профиль, снятия антропометрических показателей, визуальной оценки окклюзии в полости рта, проведения функциональной пробы, позволяющей отличить истинную прогению от ложной.

Степень выраженности мезиального прикуса оценивается по результатам определения прикуса с помощью прикусных валиков, изучения диагностических моделей, ортопантомографии, телерентгенографии в боковой проекции, рентгенографии и томографии ВНЧС. Для выявления функциональных нарушений производится электромиография жевательных и височных мышц; консультация логопеда и отоларинголога.



Лечение

Сменный прикус:

- Быстрое небное расширение (аппарат Дерихсвайлера)
- Функциональный аппарат Френкля
- Съёмный пластинчатый аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками на жевательные зубы и сагитальным распилом или секторальным распилом на фронтальную группу зубов
- Эластопозиционер
- Миофункциональная гимнастика (закусывание нижней губы)

Лечение



Лечение

- Бреккет система (возможно удаление двух зубов на нижней челюсти)
- Ортогнатическая хирургия



Вывод

Наилучшие результаты коррекции мезиального прикуса достигаются при начале лечения в период молочного или сменного прикуса. Несмотря на все сложности, коррекция эстетических и функциональных нарушений возможна даже во взрослом возрасте. Однако в этом случае увеличиваются сроки лечения, нередко требуется поэтапное лечение с участием стоматологов-хирургов, ортодонтов, ортопедов.

Важную роль с точки зрения профилактики мезиального прикуса играет нормальное течение беременности и родов, грудное вскармливание, отучение ребенка от вредных привычек, правильное положение во время сна. Необходимо своевременное лечение заболеваний, замедляющих или нарушающих рост челюстных костей, коррекция аномалий отдельных зубов.

Список литературы

- Стоматология детского возраста. / Н.В. Курякина. – Мединформ, 2007. – 700 с.
- Систематизированная механика ортодонтического лечения/Джон С. Беннетт, 2005 -180 с.
- Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. — М., 2007. – 235 с.
- Персин Л. С. Этиология зубочелюстных аномалий и методы их лечения. — М., 2007. –137с.
- Ковальский В. Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи. Практическое руководство.-М.: «Медицинская книга», 2004. - 250 с.
- Арсенина О.И., Попова А.В., Якубова М.Ш. Использование новейших модификаций брекетов при лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями // ЦНИИС 40 лет: История развития и перспективы. - М., 2004.- С. 150-173.
- Руководство по стоматологии детского возраста. – М.: Медицина, 2017. – 250 с.

Спасибо за внимание!

