

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)

Кафедра –клиника стоматологии ИПО
Зав.кафедрой : ДМН, проф.Алямовский В.В.

Реферат на тему:
Дистальная окклюзия .Диагностика.Лечение.

ФИО: Рукосуева Дарья Сергеевна
Специальность: Ортодонтия
2 год обучения

2018г

Важность проблемы диагностики и лечения пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов, прежде всего, определяется большим количеством пациентов.

Частота дистальной окклюзии у подростков и взрослых колеблется от 24,5 до 37,3% от всех аномалий прикуса и относится к наиболее рецидивирующим, у 9-12 -летних детей она возрастает в 2 раза по сравнению с ранним периодом смены зубов.

Наибольший процент саморегуляции дистальной окклюзии наблюдается в возрасте от 2 до 5 лет, а с 5 до 10 лет ее темпы снижаются.

Диагностика и лечение дистальной окклюзии является одной из сложных и актуальных проблем в ортодонтии. Среди общего количества пациентов, обращающихся за ортодонтической помощью, пациенты с дистальной окклюзией зубных рядов составляют до 65%. При данной патологии происходят морфологические и функциональные нарушения в зубочелюстной системе, нарушается функция дыхания, жевания, глотания, речи, страдает психический статус ребенка.

Существует большой выбор функциональных аппаратов для коррекции положения нижней челюсти при дистальной окклюзии зубных рядов. В нашей стране предпочтение отдается съемным аппаратам функционального действия.

Однако в настоящее время наблюдается значительный рост рецидивов заболевания, у пациентов формируется так называемый «двойной прикус». Зачастую это связано с тем, что дети пользуются функциональными съемными аппаратами нерегулярно. Эти аппараты громоздкие, занимают большой объем в полости рта, и в основном пациенты носят их лишь ночью. Таким образом, требуется значительная кооперация пациента с врачом и родителями. Часто полноценное использование функциональных съемных аппаратов невозможно из-за обструкции верхних дыхательных путей. Некоторые пациенты могут быть слишком «старыми» для использования этих аппаратов, так как они

находятся в пубертатном периоде роста, а лечение функциональными съемными аппаратами достаточно длительное. Как правило, в этих случаях положительные результаты лечения дистальной окклюзии зубных рядов могут быть достигнуты при использовании функционального несъемного аппарата. По имеющимся данным за рубежом в последнее время этот аппарат нашел широкое применение.

Цель: изучить комплексные методы лечения пациентов с дистальным прикусом.

Задачи:

- ✓ проанализировать влияние различных факторов на формирование дистального прикуса
- ✓ выявить причины данной патологии, методы профилактики.

Этиология и патогенез дистального прикуса.

На формирование патологии прикуса индивидуума в разные периоды его развития оказывают влияние различные комбинации множества факторов.

Согласно Ф.Я. Хорошилкиной, все этиологические факторы можно разделить на эндогенные и экзогенные. В зависимости от времени действия факторы разделяют на пренатальные, натальные (родовые) и постнатальные. К эндогенным факторам относятся генетические и эндокринные, экзогенные разделяют на общие и местные.

Если имеется наследственная предрасположенность, аномалии формируются в более раннем возрасте и под влиянием меньшего воздействия причинных факторов

Частота наследования дистальной окклюзии составляет 66,8 % (Хорошилкина Ф.Я., 2006), что указывает на особую необходимость ранней профилактики у детей, имеющих генетическую предрасположенность. Во время внутриутробного развития челюсти в норме развиваются неравномерно, и в разные периоды их соотношение различно. К концу восьмой недели имеет место прогнатическое соотношение челюстей, затем по мере развития и формирования твердого неба, язык прижимается ко дну ротовой полости, стимулируя развитие нижней челюсти, поэтому в период 9-13-недельного возраста для плода характерно прогеническое соотношение челюстей. К моменту рождения вновь формируется прогнатическое соотношение. Если в период внутриутробного развития оказывают влияние негативные факторы (болезни матери, высокий уровень радиации, влияние алкоголя, недостаток витаминов) процессы формирования нарушаются. На момент рождения нижняя челюсть в сравнении с верхней недоразвита и находится в заднем положении (младенческая ретрогения).

Строение височно-нижнечелюстного сустава так же отличается – суставная ямка уплощена, суставной бугорок практически отсутствует.

Эти особенности обеспечивают свободные перемещения нижней новорожденного челюсти во время сосания .

Во время акта сосания ребенок прикладывает определенные усилия, при этом активные перемещения нижней челюсти стимулируют ее рост и примерно через полгода формируется ортогнатическое соотношение челюстей .При искусственном вскармливании, если отверстие в соске имеет большой диаметр, и ребенок не прикладывает должных усилий, происходит задержка роста нижней.

В норме сосательный рефлекс постепенно угасает. Если этого не происходит по каким-либо причинам, сосание становится вредной привычкой. У детей старше 1,5 лет, сосущих соску, или имеющих привычку сосания различных предметов, пальца, нижней губы, формируется дистальный прикус в сочетании с открытым прикусом .

Также значимой причиной формирования дистального прикуса является нарушение носового дыхания.

Также развитие нижней челюсти нарушают и замедляют травмы (переломы), и воспалительные заболевания (остеомиелит) .

Следует отметить, что нарушение окклюзионных взаимоотношений в саггитальной плоскости редко бывает изолированным и чаще всего сочетается с аномалиями прикуса в других плоскостях .

Согласно классификации Ф.Я. Хорошилкиной выделяется три основные клинические формы дистального прикуса.

1. Зубоальвеолярная форма;
2. Гнатическая форма;
3. Смешанная форма.

Зубоальвеолярная форма развивается в результате аномального положения отдельных зубов, несоответствия размеров зубов верхней и нижней челюсти, или изменения формы альвеолярного отростка, выражающегося в несоответствии длины зубной дуги и ее апикального базиса, в результате ретрузии переднего участка альвеолярного отростка

нижней челюсти либо вследствие смещения верхних боковых зубов вперед. Гнатическая форма характеризуется несоответствием размеров челюстей, несоответствием их положения в черепе. Сочетанная форма проявляется комбинацией нарушений как положения зубов, так и размеров и положения в черепе челюстей.

Методы диагностики дистального прикуса.

Постановке правильного диагноза должна предшествовать полная и грамотное обследование. К клиническим методам относятся субъективные и объективные методы обследования .

К субъективным методам обследования относится опрос, включающий в себя жалобы пациента, и сбор анамнеза. Внимательное отношение к жалобам пациента позволяет врачу понять цель, которой хочет достичь пациент в ходе лечения, оценить отношение пациента к имеющейся у него проблеме, а также определить психологическую готовность к ортодонтическому лечению и грамотному выполнению рекомендаций врача . Сбор анамнеза позволяет оценить общее состояние здоровья пациента, выяснить возможные причины появления патологии прикуса, прогнозировать успешность лечения и вероятность рецидива в ретенционном периоде.

К объективным методам исследования относится осмотр, пальпация и проведение функциональных проб .

При внешнем осмотре производится оценка общего развития, осанки, симметричности лица, выявление лицевых признаков аномалии при осмотре в анфас и в профиль. Пациент с дистальной окклюзией имеет характерный внешний вид: средняя треть лица и верхняя губа выступают, подбородок скошен, нижняя треть лица укорочена .Необходимо обратить внимание на тип глотания, выявить наличие признаков нарушения носового дыхания .

Осмотр ротовой полости включает в себя оценку состояния слизистой оболочки, состояние уздечек, наличие тяжей. Оценивается состояние пародонта, размер языка, форма твердого неба. Определяется вид прикуса на основании соотношения зубных рядов. Выявляются ротовые признаки аномалии .Основным оральным симптомом является дистальное положение нижней челюсти относительно верхней и наличие саггитальной щели более 2 мм.

Важным этапом является также пальпация и оценка состояния височно-нижнечелюстного сустава, т.к. в большинстве случаев аномалии в сагиттальной плоскости сопровождаются функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава в той или иной степени.

Для уточнения причин формирования дистального прикуса проводится клиническая проба Эшлера-Биттнера. Пациента просят сомкнуть зубы и медленно выдвигать нижнюю челюсть вперед. Если при достижении режуще-бугоркового контакта профиль пациента улучшается, причиной патологии является недоразвитие или дистальное положение нижней челюсти, если профиль ухудшается - причина в чрезмерном развитии верхней челюсти или ее мезиальном положении в черепе. Если по мере выдвижения нижней челюсти профиль пациента сначала улучшается, а затем ухудшается - в основе формирования дистального прикуса лежит комплекс нарушения размера и положения как верхней, так и нижней челюсти.

К параклиническим методам относятся рентгенологическое обследование, исследование и анализ диагностических моделей, обследование височно-нижнечелюстного сустава при его дисфункции, электромиография, фотометрия. При проведении рентгенологического обследования выполняется ортопантомография и телерентгенография, прицельные снимки зубов, рентгенография кисти и шейных позвонков.

Анализ ортопантомограммы позволяет оценить общее состояние зубочелюстной системы, костной ткани, выявить патологию твердых тканей зубов, наличие периапикальных изменений. Также ортопантомограмма позволяет оценить взаимоотношения зубных рядов в вертикальном и мезиодистальном направлениях, симметричность правой и левой половин.

В молочном и сменном прикусе оценивается наличие зачатков постоянных зубов, степень резорбции корней временных зубов. В

постоянном прикусе выявляют наличие непрорезавшихся зубов, анализируют факторы, способствовавшие их ретенции и оценивают возможность прорезывания.

Анализ телерентгенограмм является важным компонентом определения патогенеза нарушений в саггитальной плоскости. Телерентгенограмма позволяет повести дифференциальную диагностику форм дистального прикуса, выявить наличие скелетного компонента. Данные измерений телерентгенограммы будут зависеть от клинической формы и причины формирования дистального прикуса.

✓ Для макрогнатии верхней челюстной характерно: правильное положение верхней челюсти по отношению к основанию черепа, увеличение всех параметров верхней челюсти в абсолютных цифрах, увеличение размеров апикального базиса верхней челюсти по отношению к нижней, увеличение межрезцового угла; увеличение сагиттального межрезцового расстояния.

✓ Для прогнатии верхней челюсти характерно: нормальные размеры верхней челюсти при ее переднем положении относительно основания черепа, увеличение сагиттального межрезцового расстояния при протрузии верхних резцов и его уменьшение при их ретрузии, увеличение межрезцового угла при ретрузии резцов верхней челюсти, уменьшение угла наклона передних зубов верхней челюсти к плоскости ее основания.

✓ Для нижней микрогнатии характерно: уменьшение всех параметров нижней челюсти в абсолютных цифрах, уменьшение длины зубного ряда и, в большинстве случаев, скученность во фронтальном отделе нижней челюсти. Также характерно увеличение межапикального угла, увеличение межрезцового сагиттального расстояния, уменьшение нижнечелюстного (гониального) и межчелюстного (базального) углов.

Рентгенография кисти и шейных позвонков позволяет определить степень завершенности роста скелета и прогнозировать успешность применения конструкций, влияющих на рост челюсти .

Изучение и анализ моделей челюстей позволяет выявить степень выраженности морфологических нарушений. Для зубоальвеолярной формы дистального прикуса характерно увеличение переднего участка верхней челюсти, уменьшение ширины зубных дуг, а также сужение апикального базиса при протрузии фронтальных зубов верхней челюсти. Гнатическая форма характеризуется увеличением абсолютных размеров верхней челюсти, при нормальных или уменьшенных размерах нижней, либо уменьшением абсолютных размеров нижней челюсти при нормальных или увеличенных размерах верхней .

Оценка состояния височно-нижнечелюстного сустава оценивается по данным рентгенографии и компьютерной томографии сустава. Данные исследования необходимы для оценки формы и соотношения структурных элементов сустава и для определения показаний к ортодонтическому перемещению нижней челюсти. Как правило у пациентов с дистальным прикусом, обусловленным дистальным положением нижней челюсти суставные головки располагаются дистально, суставная щель в переднем отделе шире, что при функционировании сустава может вызывать его дисфункцию и перегрузку. Пациентам с нормальным положением суставных головок нижней челюсти (в глубине ямки) ортодонтическое перемещение нижней челюсти не показано.

Основные принципы лечения дистального прикуса.

После проведения всех необходимых диагностических мероприятий формулируется диагноз. Он включает в себя два компонента: основной и сопутствующий диагноз. В основном диагнозе указывают основную аномалию – аномалию прикуса (если у пациента имеет место сочетание аномалий прикуса в нескольких плоскостях – основной является аномалия в сагиттальной плоскости) и патогенетически связанные с ней осложнения.

В основной части диагноза также указываются аномалии положения зубных рядов и отдельных зубов, аномалии мягких тканей преддверия ротовой полости, аномалии уздечек губ и языка, дефекты коронок и зубных рядов, функциональные нарушения. Сопутствующий диагноз включает заболевания, по поводу которых пациенту необходимо наблюдаться у других врачей (заболевания верхних дыхательных путей, нарушения осанки и т.д.)

После постановки диагноза составляется план лечения .

Успех лечения зависит от соблюдения определенных принципов:

- 1) Раннее начало лечения;
- 2) Лечение должно быть этиопатогенетическим;
- 3) Лечение должно быть комплексным.
- 4) Методы лечения должны быть адекватны возрасту пациента;
- 5) Должна соблюдаться последовательность этапов лечения;
- 6) Лечение должно завершаться ретенцией, для закрепления достигнутых результатов.

Методы комплексного лечения дистального прикуса. Выделяют следующие методы комплексного лечения пациентов разных возрастов: аппаратные, ортопедические (протетические), хирургические, миогимнастика и массаж, физиотерапевтические.

Методы лечения в молочном прикусе.

Лечение дистальной окклюзии в молочном прикусе – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на устранение действия этиологических факторов, регуляцию роста челюстей и их положения в пространстве относительно основания черепа .

До 3-хлетнего возраста важными профилактическими мероприятиями являются правильное вскармливание, предупреждение и устранение вредных привычек сосания, аномалий функций (инфантильный тип глотания, ротовое дыхание, нарушения артикуляции), неправильного положения нижней челюсти в покое, нарушений осанки.

Лечебные мероприятия осуществляют совместно врачи различных специальностей: врач-ортодонт, оториноларинголог, логопед, остеопат . Для профилактики возникновения аномалий применяются профилактические аппараты. К ним относятся: вестибулярный щит, вертушка, активатор Роджерса, активатор Дасса Вестибулярный щит– представляет собой пластинку с кольцом, повторяющую форму альвеолярных отростков и помещаемую в преддверие ротовой полости. Применяется для укрепления круговой мышцы рта с целью профилактики ротового дыхания и вредных привычек.

Методы лечения в сменном прикусе.

В период сменного прикуса также эффективно применение функциональных аппаратов. В период раннего сменного прикуса успешно применение регулятора функций Френкеля, в более поздние периоды применяются различные активаторы с винтами в сочетании с применением лицевой дуги.

Также осуществляются профилактические мероприятия раннего удаления молочных зубов вследствие кариеса и его осложнений. При макродентии зубов верхней челюсти эффективно последовательное удаление зубов по Хотцу. В 7,5 - 9 лет удаляются молочные клыки верхней

челюсти, в 10-11 – постоянные премоляры для создания места для прорезывания постоянных клыков.

Методы лечения в постоянном прикусе.

В период постоянного прикуса в виду отсутствия возможности повлиять на рост челюстей, необходимость применения методов зависит от клинической формы аномалии.

При лечении зубоальвеолярной формы в постоянном прикусе прикусе используют эджуайс-технику. При наличии трем и диастем на верхней челюсти возможно проведение лечения на брекет-системе без удаления. При значительном сужении верхней челюсти и скученном положении зубов лечение проводят с симметричным удалением наименее ценных зубов.

Решетчатая компактостеотомия.

Решетчатая компактостеотомия– операция облегчающая аппаратурное лечение при сужений верхней челюсти и необходимости дистализации зубов верхней челюсти в постоянном прикусе. Производят разрезы и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты трапецевидной формы на участке от бокового резца до второго моляра с вестибулярной и небной стороны. Затем делают отверстия бором вдоль лунок зубов в компактном слое кости на расстоянии 2-3мм в несколько рядов в шахматном порядке. Затем лоскуты укладываются на место и накладываются швы. Через 2-3 недели фиксируется аппаратура. После компактостеотомии допустимо применение более значительных сил.

Вывод:

Изучив основные этиологические факторы дистального прикуса, было выявлено, что при лечении дистального прикуса в большинстве случаев применяется комплексное лечение. В молочном и сменном прикусе применяется миогимнастика в сочетании с аппаратурным лечением. Также применяются хирургические методы: пластика уздечки, удаление персистирующих молочных, сверхкомплектных и комплектных зубов.

При оценке ортодонтических методов лечения, применяемых различные периоды формирования прикуса выявлено предпочтительное применение съемных аппаратов, тогда как у пациентов с постоянным прикусом лечение осуществлялось на брекет-системах в 100% случаев. При выборе ортодонтического аппарата у детей при их одинаковой эффективности предпочтение следует отдавать более простой конструкции, занимающей меньше места в полости рта ребенка, для облегчения привыкания и повышения комфорта ребенка в ходе лечения.

Список литературы:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия. М.: МЕДпрессинформ, 2008. - 424 с.
2. Арсенина О.И., Ящина Е.Е., Жерехов Д.В. Функциональный несъемный телескопический аппарат. Общая концепция и технология изготовления конструкции, возможности лечения дистальной окклюзии зубных рядов (пособие для врачей-ортодонтотв и зубных техников). М.: Медицинская книга, Н.Н.: Изд-во НГМА, 2009. - 35 с
3. Ломакина В.М. Изучение функционального состояния ВНЧС и мышц челюстно-лицевой области у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов // Ортодонтия. - 2010. - № 3. - с. 91.
4. Нанда Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 387 с.
5. Персин Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование. М.: , 2008. -558 с
6. Фадеев Р.А., Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, осложненных заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов // Ортодонтия. - 2010. -№ 3. -с.
7. Фадеев Р.А., Исправникова А.Н. Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественно оценки зубочелюстнолицевых аномалий. СПб: Изд-во Н-Л, 2011. - 68 с

