

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

Ранняя потеря зубов, значение в ортодонтии.

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

Петрова Полина Романовна

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

Красноярск, 2018

Актуальность

ранняя потеря зубов может привести к развитию зубочелюстной аномалии и деформации, поэтому важными являются сведения о причинах вызывающих зубочелюстные аномалии и деформации и на основе этого важным является выполнение различных задач профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций.

Цель: получить знания о функционально-морфологических нарушениях челюстно-лицевой области при ранней потере зубов, ознакомиться с методами протетического лечения в детском возрасте.

Задачи: знать этиологию ранней потери зубов в детском возрасте; функционально-морфологические нарушения челюстно-лицевой области, возникающие у детей при раннем удалении временных зубов; осложнения, возникающие после раннего удаления первых постоянных моляров.

Диагностика адентии

- При осмотре полости рта выявляется локальный дефект в зубном ряду. Разновидность адентии уточняется на рентгенограмме.

Виды адентии у детей:

- Первичная полная
- Первичная частичная
- Вторичная частичная



Клиника адентии

- Первичная адентия – редкое явление, причиной такой адентии являются врожденные заболевания и пороки развития челюстно-лицевой области.
- Часто встречается первичная частичная адентия. Причиной адентии является гибель зачатка зуба. Дефекты зубных дуг при этом не симметричны.
- При врожденных несращениях верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, как правило, отсутствуют вторые и реже – центральные резцы.
- Основной причиной вторичной адентии являются осложнения кариеса. В результате формируются дефекты зубных дуг протяженностью до трех и более зубов.

- Потеря временного зуба считается преждевременной и приводящей к нарушению развития зубочелюстной системы в том случае, если она происходит раньше, чем за один год до физиологической смены.
- Достоверность диагностики преждевременной потери временных зубов во многом зависит от установленных сроков прорезывания постоянных зубов.
- Нередко причиной адентии становится травматическое повреждение челюстно-лицевой области в результате падения во время активного отдыха, дорожно-транспортного происшествия.
- Внешних симптомов при частичной адентии и фиксированной высоте прикуса может не быть. При отсутствии всей фронтальной группы зубов западает губа.

- При удалении верхних временных резцов замедляется рост переднего отдела верхней челюсти. Под давлением языка происходит вестибулярный наклон и зубоальвеолярное удлинение в области нижних резцов. Передний отдел нижней челюсти беспрепятственно растет кпереди, что приводит к формированию мезиальной окклюзии. При потере передних зубов становится нечетким произношение отдельных звуков, формируется инфантильный тип глотания.

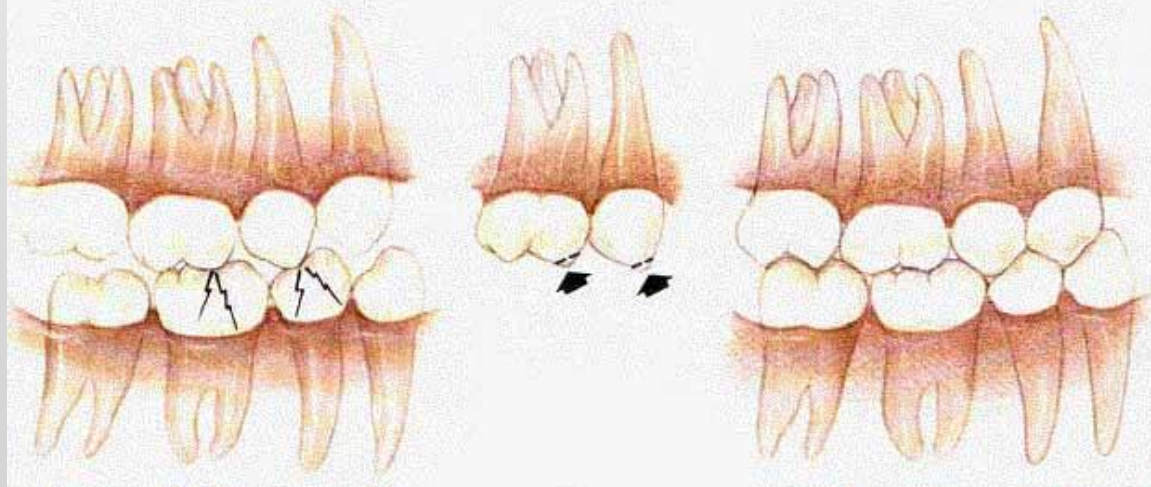


- Адентия в боковых отделах, отсутствие контакта зубных дуг приводят к уменьшению межальвеолярного расстояния и снижению высоты нижней трети лица.
- Неравномерное распределение жевательного давления приводит к перегрузке фронтальных зубов, снижается жевательная эффективность.
- Дефицит физиологического раздражения "беззубых" участков челюстей при жевании способствует нарушению парности и сроков прорезывания постоянных зубов, ретенции постоянных зубов в результате образования глубокого костного рубца, мешающего своевременному их прорезыванию, нежелательному внутрикостному перемещению зачатков постоянных зубов и возникновению аномалий положения отдельных зубов.

- Возможность прокладывания языка в области дефектов зубной дуги оценивают как «вредную привычку». При этом нарушается физиологическое равновесие между отдельными группами мышц, между экзо- и эндосилами, воздействующими на зубные ряды.
- Зубоальвеолярное удлинение и мезиальное смещение зубов, изменение формы и размеров зубных дуг приводит к деформации окклюзионной кривой и альвеолярного отростка.
- Нарушение процесса становления высоты прикуса и ее последующее уменьшение приводят к аномалиям окклюзии, нарушению объема движений в височно-нижнечелюстных суставах вокруг сагиттальной и трансверзальной осей.



- В случае потери постоянных зубов у детей сопровождается атрофией альвеолярного отростка в области удаленных зубов, нежелательным перемещением и поворотом вокруг продольной оси зубов, граничащих с дефектом зубной дуги, смещением средней линии зубной дуги в сторону удаленного зуба.
- Нарушение фиссурно-бугоркового контакта с зубами-антагонистами приводит к снижению высоты прикуса, жевательной эффективности, приобретает стойкий характер, приводит к функциональной перегрузке фронтальных зубов.



- Эффективность замещения дефектов зубных дуг у детей зависит от своевременности проводимых мероприятий.
- Реабилитация пациентов, которым зубопротезирование своевременно не было проведено, существенно усложняется.
- При лечении детей с дефектами зубных дуг и сформированной вторичной зубочелюстной деформацией следует проводить ортопедическое и ортодонтическое лечение одновременно, либо начинать лечение с устранения вторичной зубочелюстной деформации.

Показаниями к зубному протезированию у детей являются:

- Кариозное разрушение временных и постоянных зубов.
- Повышенная стираемость эмали временных и постоянных зубов.
- Гипоплазия эмали.
- Ранняя потеря временных и постоянных зубов.
- Адентия частичная или полная.
- Ретенция зубов.
- Дефекты верхней зубной дуги, обусловленные одно- и двусторонним сквозным несращением верхней губы, альвеолярного отростка и неба.
- Дефекты альвеолярного отростка и нёба при врожденной патологии развития или вследствие воспалительных, травматических или др. повреждений челюстей.

Своевременное протезирование предупреждает развитие зубочелюстных деформаций.

- Показания к зубочелюстному протезированию уточняют с помощью рентгенологического исследования альвеолярного отростка, компьютерной томографии, ортопантомографии, либо обзорной рентгенографии челюстей. Оценивают положение и степень развития зачатков, наличие для них места в зубном ряду, а также возможность его сохранения или создания.
- Устранение дефектов зубного ряда у детей имеет свои особенности, связанные с продолжающимся ростом челюстных костей и возрастной спецификой анатомического строения зубов. Применение зубных протезов у детей направлено на восстановление жевательной эффективности, предупреждение зубочелюстных деформаций.
- Зубным протезы должны быть простыми в изготовлении и применении, не препятствовать росту и развитию зубочелюстной системы.

Одиночные коронки

- В случае преждевременного разрушения коронок зубов у детей применяют коронки, восстанавливающие их анатомическую форму и функциональную полноценность.
- При подготовке к изготовлению восстановительных коронок у детей важное значение придается принципу щадящего препарирования с минимальной травмой твердых тканей зуба. По этой причине перспективно применение тонкостенных коронок, изготовление которых, исходя из высокой приспособляемости пародонта и быстрой адаптации всех звеньев зубочелюстной системы ребенка к разобщению прикуса (сустав, связки, жевательные мышцы, периодонт), возможно без обработки твердых тканей зуба.
- При использовании восстановительных коронок у детей необходимо исключить травму десневого края и не доводить край коронки до уровня десны.



- Дефекты зубных дуг замещают несъемными и съемными конструкциями. На выбор конструкции зубного протеза влияют топографоанатомические взаимоотношения между временными зубами и зачатками постоянных, периодичность и активность роста челюстных костей.
- Несъемные зубные протезы с двусторонней фиксацией для замещения дефекта зубной дуги у детей неприемлемы из-за возможной задержки роста зубоальвеолярной дуги.
- Для рационального зубного протезирования детей следует помнить, что после прорезывания постоянных зубов в 13-14 лет продолжает изменяться форма зубных дуг. Увеличивается ширина зубной дуги при одновременном её укорочении, в связи с чем допустимо использование несъемных протезов в боковых участках зубных дуг с 12-13 летнего возраста, а во фронтальном участке – не ранее 15-16 лет.



Протезирование дефектов зубных дуг съёмными протезами

- При замещении дефекта зубной дуги IV класса по Кеннеди передние зубы можно установить "на приточке", либо на «искусственной десне».
- При множественной адентии и недоразвитии альвеолярного отростка фиксация и стабилизация частичного съёмного пластиночного протеза достигаются за счет несъёмных коронок с припаянными ретенционными элементами.

- При множественной адентии с целью обеспечения нормального развития зубочелюстной системы оправданно начинать ортопедическое лечение съёмными протезами с 2,5-3,0 летнего возраста.
- В зависимости от активности роста челюстей и плана лечения протез подлежит замене через 0,5-1 год. При первых прорезывании постоянных зубов и



- При замещении дефекта зубной дуги в боковом участке (III класс по Кеннеди), зубы устанавливают на искусственной десне.
- Между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и внутренней поверхностью базиса оставляют пространство глубиной до 1,0 мм, для возможности роста альвеолярного отростка и апикального базиса в трансверсальном направлении.
- Край искусственной десны в области переходной складки закругляют и утолщают в виде валика, вызывающего во время функции слабое натяжение слизистой оболочки и надкостницы, что способствует росту костной ткани альвеолярной кости, апикального базиса.

- Заднюю границу базиса заканчивают позади последних моляров по границе твердого и мягкого нёба (линия «А»).
- Для фиксации и стабилизации съемных протезов используют гнутые проволочные кламмера.
- Частичные съемные пластиночные протезы такой конструкции подлежат замене через 6 мес.-1 год.
- Для передачи жевательного давления на альвеолярный отросток с целью стимуляции прорезывания ретинированных зубов повышают прикус на искусственных зубах.



- Для фиксации съемных протезов у детей можно использовать кламмеры Адамса, телескопические коронки, вестибулярные дуги как в переднем, так и в боковых участках зубных дуг.
- Для равномерного распределения силы жевательного давления на нижней челюсти рекомендуют увеличивать площадь протезного ложа и уменьшать окклюзионную поверхность в области боковых искусственных зубов.
- В зависимости от расположения и протяженности дефектов зубных дуг частичные съемные пластиночные протезы могут включать один и более зубов.

- Часто в съёмных протезах у детей применяют постановку зубов «на приточке».
- При выборе конструкции протеза необходимо учитывать возраст ребёнка, причину, вызывающую формирование дефекта, его протяженность, состояние рядом расположенных зубов и антагонистов, а также характер прикуса.
- При сочетании потери зубов с зубочелюстными аномалиями базис съёмного протеза можно использовать для укрепления ортодонтических приспособлений, таких как ретракционные вестибулярные дуги, пружины, винты, наклонные плоскости, окклюзионные накладки.
- В связи с продолжающимся ростом зубочелюстной системы следует периодически заменять протез.

Вывод

- Таким образом, формирование дефектов зубных рядов вследствие ранней потери зубов относится к факторам риска развития вторичной деформации зубочелюстной системы, внутрикостного смещения зачатков постоянных зубов, изменения положения прорезывающихся постоянных зубов, недоразвития альвеолярного отростка в соответствующем участке челюсти, изменения тонуса сосудов пародонта, деформации альвеолярных отростков, укорочения и сужения зубных дуг, а также вынужденного смещения нижней челюсти во время жевания, нарушения взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного суставов.

Список литературы

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия. - М.: МЕДпресс-информ, 2008 г.
2. Деклан Миллет, Ричард Уэлбери.: Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии.-М.: МЕДпресс-информ, 2009 г.
3. Ермуханова Г.Т., Валиева Э.Г. Проблемы ранней потери временных зубов у детей // Газета «Стоматологический вестник». – 2009 г.
4. Ермуханова Г.Т., Задорожный С.Н., Баринбойн С.М. Раннее протезирование при частичных дефектах зубных рядов у детей с временным прикусом // Проблемы стоматологии. – 2006 г.
5. Есим А.Ж. Проблемы раннего удаления временных зубов у детей / Материалы Международного конгресса стоматологов, 2004 г.
6. Нанда, Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии - М.: МЕДпресс-информ, 2012 г.
7. Персин Л.С.: Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2008 г.

Спасибо за внимание!

