

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии детского возраста и ортодонтии

РЕФЕРАТ

на тему: «Зубочелюстные аномалии. Классификация.
Основные принципы и методы лечения»

Выполнил: ординатор кафедры-клиники
стоматологии детского возраста и ортодонтии

Амелюхина Жанна Юрьевна

Специальность: ортодонтия

Год обучения: 2

Красноярск

2019

Содержание.

1. Введение.....	3
2. Классификация зубочелюстных аномалий.....	4
3. Основные принципы ортодонтического лечения.....	6
4. Методы лечения зубочелюстных аномалий.....	8
5. Список литературы.....	10

Введение

Ортодонтией называется раздел ортопедической стоматологии, занимающийся изучением этиологии, диагностики, методов профилактики и лечения зубочелюстных аномалий. Объектом ортодонтических вмешательств, прежде всего является жевательно-речевой аппарат детей и подростков.

Не следует путать понятия аномалия и деформация. Под последними понимают только те нарушения, которые возникли как следствие патологии, но после формирования жевательно-речевого аппарата. В отличие от аномалий они лишены генетической обусловленности.

Классификация зубочелюстных аномалий

Большое число и разнообразие форм аномалий порождает необходимость их систематики. В настоящее время известно множество классификаций зубочелюстных аномалий (Ф.Кнайзель, 1836; Э.Энгль, 1889; Н.Штернфельд, 1902; П.Симон, 1919; Н.И.Агапов, 1928; А.Канторович, 1932; Ф.Андрезен, 1936; А.Я.Катц, 1939; Г.Коркгауз, 1939; А.И.Бетельман, 1956; Д.А.Калвелис, 1957; В.Ю.Курляндский, 1957; А.Шварц, 1957; Л.В.Ильина-Маркосян, 1967; Х.А.Каламкаров, 1972; Н.Г.Аболмасов, 1982; Е.И.Гаврилов, 1986 и др.), но наибольшее распространение среди врачей получили классификации Энгля (1889) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1975).

Классификация Энгля основана на мезиодистальных соотношениях зубных рядов. Автор считал, что положение зубных рядов определяется соотношением первых постоянных моляров — "ключом окклюзии". По представлению Энгля, верхний первый постоянный моляр должен быть той стабильной точкой, исходя из которой, следует определять все аномалии прикуса или окклюзии (по обозначению Энгля).

Стабильность первого верхнего постоянного моляра определяет, во-первых, неподвижное соединение верхней челюсти с другими частями черепа, а, во-вторых, по мнению автора, факт прорезывания зуба в зубном ряду в определенном месте — за последним молочным зубом. Энгль приводит еще целый ряд обстоятельств, обеспечивающих постоянство места первого верхнего постоянного моляра. Следовательно, все атипичные соотношения моляров, по мнению автора, следует относить за счет ненормального положения нижней челюсти.

На основании симптома соотношения моляров Энгль разделил аномалии прикуса на три основных класса (рис. 1).

Первый класс определяется такими мезиодистальными соотношениями первых постоянных моляров, при которых мезиальнощечный бугор первого моляра верхней челюсти в положении центральной окклюзии находится в межбугорковой фиссуре первого моляра нижней челюсти (рис. 1, а). По мнению автора при этом типе аномалий патология сосредоточена в передних отделах зубных рядов и проявляется в виде их тесного или неправильного положения (дистопий).

При втором классе — нижняя челюсть располагается дистально и мезиальнощечный бугор первого моляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой бороздки первого моляра нижней челюсти (рис. 1, б, в). Этот класс Энгль подразделяет на два подкласса. Первый подкласс характеризуется сужением верхнего зубного ряда с протрузией передних зубов. У таких пациентов Энгль отмечал дистальное положение подбородка и ротовое

дыхание (рис. 1, б). При втором подклассе отмечается ретрузия верхних и нижних передних зубов (рис. 1, в). В обоих подклассах дистальный прикус может быть одно- или двусторонним.

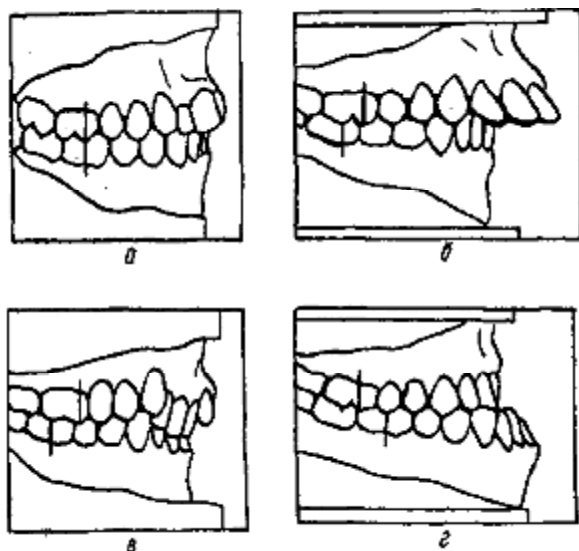


Рис. 1. Классификация аномалий прикуса по Энгля. а — нейтральный прикус (I класс); б — дистальный прикус (II класс — I подкласс); в — дистальный прикус (II класс — II подкласс); з — мезиальный прикус (III класс).

При втором классе — нижняя челюсть располагается дистально и мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой бороздки первого моляра нижней челюсти (рис. 1, б, в). Этот класс Энглъ подразделяет на два подкласса. Первый подкласс характеризуется сужением верхнего зубного ряда с протрузией передних зубов. У таких пациентов Энглъ отмечал дистальное положение подбородка и ротовое дыхание (рис. 1, б). При втором подклассе отмечается ретрузия верхних и нижних передних зубов (рис. 1, в). В обоих подклассах дистальный прикус может быть одно- или двусторонним.

Третий класс характеризуется мезиальным сдвигом нижних первых моляров по отношению к верхним, т. е. мезиально-щечный бугор нижнего моляра устанавливается против бугров второго верхнего премоляра или еще мезиальнее. Нижние передние зубы в большинстве случаев находятся впереди верхних (рис. 1, з). Аномалии третьего класса также могут быть одно- или двусторонними.

Помимо этого Энглъ различает 7 видов неправильного положения отдельных зубов: 1) лабиальная или буккальная окклюзия; 2) лингвальная; 3) мезиальная; 4) дистальная окклюзия; 5) тортоок-клюзия; 6) инфраокклюзия и 7) супраокклюзия.

Нельзя согласиться с Энгле́м в вопросе о постоянстве места верхнего первого постоянного моляра, так как сама верхняя челюсть не является абсолютно стабильной, а положение верхнего постоянного моляра зависит от состояния пятого верхнего молочного зуба — например, при разрушении его коронки, а тем более при его преждевременном удалении, когда шестой зуб смещается мезиально.

Классификацию Энгля нельзя признать универсальной еще и по той причине, что в ней учитываются смещения лишь в одном направлении — переднезаднем, между тем, как патология, как правило, захватывает весь лицевой скелет и локализуется сразу в трех направлениях. Но ввиду простоты и оригинальности классификация Энгля живет уже целое столетие.

В нашей стране принята классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1975). При объединении сил ортопедов, ортодонтотв и челюстно-лицевых хирургов Санкт-Петербургского медицинского института имени академика И.П.Павлова (В.Н.Трезубов, М.М.Соловьев, Н.М.Шулькина, Т.Д.Кудрявцева) был синтезирован рабочий вариант классификации зубочелюстных аномалий. За его основу взята схема, предложенная экспертами ВОЗ. Кроме того, были заимствованы некоторые детали из систем Д.А.Калвели-са, Х.А.Каламкарова, Е.И.Гаврилова, Свенсона. Классификация эта включает в себя пять групп аномалий. Их перечисление и расшифровка приводится ниже.

I. Аномалии величины челюстей:

- Макрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная);
- Микрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная);
- Асимметрия.

II. Аномалии положения челюстей в черепе:

- Прогнатия (верхняя, нижняя);
- Ретрогнатия (верхняя, нижняя);
- Асимметрия;
- Наклоны челюстей.

III. Аномалии соотношения зубных дуг:

- Дистальный прикус;
- Мезиальный прикус;
- Чрезмерное резцовое перекрытие (горизонтальное, вертикальное);
- Глубокий прикус;
- Открытый прикус (передний, боковой);

- Перекрестный прикус (односторонний — двух типов; двусторонний — двух типов).

IV. Аномалии формы и величины зубных дуг:

а) аномалии формы:

- Суженная зубная дуга (симметричная, или U-образная, V-образная, O-образная, седловидная; асимметричная);
- Уплощенная в переднем отделе (трапециевидная) зубная дуга;

б) аномалии размеров:

- Увеличенная дуга;
- Уменьшенная дуга.

V. Аномалии отдельных зубов:

- Нарушение числа зубов (адентия, гиподентия, гиперодентия);
- Аномалии размеров и формы зубов (макродентия, микродентия, слившиеся зубы, конические или шиловидные зубы);
- Нарушения формирования зубов и их структуры (гипоплазия, дисплазия эмали, дентина);
- Нарушения прорезывания зубов (ретенированные зубы, сохранившиеся молочные зубы);
- Дистопия или наклоны отдельных зубов (вестибулярные, оральные, мезиальные, дистальные, высокое, низкое положение; диастема, тремы; транспозиция; тортоаномалии; тесное положение).

Основные принципы ортодонтического лечения

В настоящее время большинство ортодонтотв считает целесообразным проводить ортодонтическое лечение аномалий, начиная с молочного прикуса. Такая тактика вытекает из основного принципа отечественной медицины — профилактики и раннего лечения. Это положение справедливо не только с общих принципиальных позиций, но и в его конкретном приложении.

Бесспорно, что аномалии молочного прикуса не являются изолированным явлением. Нарушая обычные взаимоотношения зубных рядов, они оказывают влияние на формирование всего жевательного аппарата и лицевого скелета, в том числе височно-нижнечелюстного сустава, жевательных и мимических мышц и др.

Предел ортодонтическому лечению возникает не только с возрастом, но и с характером аномалии и особенностями ее этиопатогенеза. По глубине

распространения аномалии можно условно разделить на *зубоальвеолярные*, *челюстные* (скелетные) и *комбинированные*. Каждая из этих форм имеет свою морфологическую и клиническую характеристику и стандартного решения при выборе метода лечения здесь не может быть.

Ортодонтическими аппаратами можно устранить неправильное положение зубов, аномалии зубных рядов, аномалии смыкания, обусловленные нарушением развития альвеолярной части, а также смещением нижней челюсти. Что касается роста челюстей, то на него можно влиять лишь во время формирования зубочелюстной системы в детском возрасте (сменном и молочном прикусе). Причем, это осуществимо только в тех пределах, в которых он был нарушен под влиянием неблагоприятных условий развития ребенка в постнатальном периоде.

С помощью ортодонтической аппаратуры можно также устранить механические факторы, мешающие нормальному развитию челюстей, альвеолярной части и расположению зубов. В более старшем возрасте, когда закончится формирование гнатического отдела лица, изменить форму челюсти чрезвычайно трудно. Поэтому после смены зубов подлежат лечению аномалии, связанные с нарушением развития зубов, альвеолярной части и смещением нижней челюсти и нецелесообразно исправлять скелетные формы (нижняя прогнатия и др.).

Наследственные, тяжелые приобретенные аномалии развития челюстей не могут быть устранены ортодонтическим лечением даже у детей, а подлежат хирургическому или аппаратурно-хирургическому лечению (Х.А.Каламкаррова, С.И.Криштаб, В.М.Безруков, М.М.Соловьев).

Методы лечения зубочелюстных аномалий

Для лечения и профилактики аномалий применяются следующие методы:

1. аппаратурный;
2. аппаратурно-хирургический;
3. хирургический;
4. функциональный (миогимнастика, лечебная гимнастика и др.).

Аппаратурный метод устранения аномалий рассчитан на применение различных механических приспособлений (ортодонтических аппаратов), с помощью которых удастся изменить в желаемом направлении взаимоотношение зубных рядов, их форму, положение отдельных или групп зубов. Аппаратурный метод наиболее эффективен в детском и юношеском возрасте.

Основным препятствием к изменению формы зубных дуг, положения зубов является кортикальная пластинка челюстей и альвеолярной части. Для ее ослабления производят компактостеотомию или другое хирургическое вмешательство, после чего следует аппаратурное воздействие. Оперативное пособие здесь играет вспомогательную роль. Этот метод (*аппаратурно-хирургический*) устранения аномалий жевательно-речевого аппарата рекомендуется применять у взрослых, т.е. в возрасте, когда сроки аппаратурного лечения затягиваются, либо оно неэффективно.

Хирургические методы устранения аномалий применяются тогда, когда необходима реконструкция органа с изменением его формы, чего с помощью ортодонтических аппаратов сделать не удастся. Хирургическое пособие обычно применяется после того, как закончится рост челюстей.

К *функциональным методам* устранения аномалий относится миогимнастика. Она также выполняет и профилактическую роль. С помощью специальных гимнастических комплексов проводится тренировка жевательных и мимических мышц. Метод эффективен в дошкольном и школьном возрасте. Взрослые пациенты также нуждаются в миофункциональном методе лечения. Миогимнастика может быть самостоятельным методом лечения, может предшествовать аппаратурному лечению, сочетаться с ним или проводиться после него для предупреждения рецидива.

У взрослых пациентов для устранения зубочелюстных аномалий может применяться также протетический метод лечения. Путем отшлифовывания зубов или протезирования возможна некоторая коррекция аномалий. Лучшие результаты получают у детей и взрослых при комплексном лечении.

Список литературы

1. Стоматология детского возраста : учебник. В 3 ч. Ч. 1. Терапия / В. М. Елизарова. - 2-е изд., перераб. И доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с.
2. Стоматология детского возраста : учебник. В 3 ч. Ч. 2. Хирургия / О. З. Топольницкий. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с.
3. Стоматология детского возраста : учебник. В 3 ч. Ч. 3. Ортодонтия / Л. С. Персин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с.
4. Стоматология детского возраста [Электронный ресурс] : учебник. В 3 ч. Ч. 1. Терапия / В. М. Елизарова. - 2-е изд., перераб. И доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с.
5. Стоматология детского возраста [Электронный ресурс] : учебник. В 3 ч. Ч. 2. Хирургия / О. З. Топольницкий. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с.
6. Стоматология детского возраста [Электронный ресурс] : учебник. В 3 ч. Ч. 3. Ортодонтия / Л. С. Персин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с.