

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

Институт последипломного образования

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Реферат на тему:

«Аномалии развития челюстей. Мезиальная окклюзия.»

Выполнил: ординатор первого
года обучения

по специальности ортодонтия

Столярова П.С.

Научный руководитель: д.м.н.
заведующая кафедрой

Бриль Е.А.

2023 год

Красноярск

Содержание

Введение.....	3
Этиология медиального прикуса (нижнечелюстной прогнатии) или прогении.....	5
Рентгеноцефалометрическая характеристика мезиального прикуса.....	7
Лечение мезиального прикуса (нижнечелюстной прогнатии) или прогении.....	11
Протетическое лечение.....	19
Список использованной литературы.....	22

Введение

Мезиальный прикус (нижнечелюстная прогнатия) или прогения.

В период постоянной окклюзии (17 лет и более) зубочелюстные аномалии встречаются в среднем у 35% населения (это не леченные ранее пациенты). В структуре зубочелюстных аномалий мезиальная окклюзия составляет 2-6%, из них:

- * 13,7% - при нормальном развитии челюстей;
- * 19% - недоразвитие верхней челюсти;
- * 25% - чрезмерное развитие тела и ветви нижней челюсти;
- * 16% - чрезмерное развитие только тела нижней челюсти;
- * 3% - чрезмерное развитие только ветви нижней челюсти;
- * 18% - различные сочетания этих признаков.

У взрослых пациентов диагноз мезиальный прикус без определения формы аномалии можно установить на основании зубных признаков. Сложнее определить форму аномалии и глубину поражения зубочелюстной системы. Смыкание передних зубов характеризуется обратным соотношением в сагиттальной плоскости. Глубина обратного перекрытия резцов колеблется в широких пределах. В тяжелых случаях верхние передние зубы касаются слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти

с язычной стороны. Встречается сочетание мезиального прикуса с открытым прикусом. Величина сагиттальной щели определяет тяжесть аномалии.

Смыкание боковых зубов соответствует III классу по Энгля. В тяжелых случаях первый верхний моляр смыкается со вторым нижним моляром. Трансверзальные соотношения боковых зубов могут быть правильными или обнаруживается перекрестный прикус (односторонний или двусторонний лингвальный).

Лицевые признаки аномалии определяются ее формой и степенью тяжести. Вогнутость профиля лица, выступание подбородка и его массивность, западение верхней губы, увеличенная высота лица и развернутый угол нижней челюсти свидетельствуют о мезиальном прикусе, связанном с чрезмерным развитием нижней челюсти.

В зависимости от выраженности сагиттальных, трансверзальных и вертикальных несоответствий зубных дуг выделяют три степени этой аномалии:

* I степень характеризуется обратным перекрытием передних зубов с наличием контактов между ними или сагиттальной щели шириной до 2 мм, увеличением нижнечелюстных углов до 1310, нарушением соотношения первых моляров в сагиттальном направлении до 5 мм, аномальным расположением отдельных зубов.

* II степень - сагиттальная щель между передними зубами шириной до 10 мм, нарушение сагиттального соотношения первых моляров до 10 мм, увеличение нижнечелюстных углов до 1330, аномальное расположение отдельных зубов, сужение верхней челюсти, возможны сочетания сагиттальных нарушений с открытым или глубоким прикусом.

* III степень - ширина сагиттальной щели между передними зубами больше 10 мм, наблюдаются нарушение сагиттального соотношения между первыми молярами от 11 до 18 мм, развертывание угла нижней челюсти до 1450.

Этиология медиального прикуса (нижнечелюстной прогнатии)

или прогении.

Причинами мезиальной окклюзии являются:

- * врожденная особенность строения костей лицевого отдела черепа, передающаяся по наследству (аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью) - 20-40%,
- * болезни матери в период беременности,
- * родовая травма,
- * неправильное искусственное вскармливание,
- * болезнь ребенка в раннем возрасте (рахит),
- * вредные привычки (сосание верхней губы и др.),
- * нарушение размеров (макроглоссия) и функции языка - 20-30%,
- * короткая уздечка языка - 20-30%,
- * аномалии зубов и челюстей;
- * гипертрофия небных миндалин;
- * сон с опущенной на грудь головой;
- * аномалии размеров челюстей;
- * адентия на верхней челюсти;
- * сверхкомплектные зубы на нижней челюсти;
- * аномалии размеров зубов (макродентия зубов н/ч, микродентия зубов в/ч).

Для определения формы аномалии и планирования лечения необходимо установить патогенез мезиального прикуса.

Н. Г. Аболмасов предлагает следующую классификацию аномалии.

1. Истинная прогения 1 формы (увеличение всех или большинства параметров нижней челюсти и зубного ряда).

А. При нормальной верхней челюсти.

Б. При недоразвитии верхней челюсти или ее дистальном положении в черепе.

II. Истинная прогения 11 формы.

А. Увеличенная базальная часть нижней челюсти при обратном смыкании отдельных зубов, прямом контакте передних зубов или с минимальным перекрытием.

Б. Изолированное разрастание подбородочной части нижней челюсти.

III. Верхняя микрогнатия.

IV. Ложная прогения (принужденный прикус вследствие переднего смещения нижней челюсти).

V. Прогеническое соотношение передних зубов.

А. За счет наклона передних зубов верхней или нижней челюсти.

Б. За счет наклона зубов и аномалии альвеолярных отростков.

VI. Сочетанные формы.

Выделение у взрослых разновидностей нижнечелюстной прогнатии условно, так как за длительный период существования аномалии происходят изменения во всей зубочелюстной системе.

При осмотре лица пациентов с мезиальной окклюзией определяют характерные для этой аномалии лицевые признаки: типичное "сердитое" выражение лица, при котором нижняя губа и подбородок несколько выступают вперед, однако у таких пациентов "вогнутый" профиль встречается редко - примерно у 5 %.

При осмотре рта отмечается мезиальная окклюзия боковой группы зубов. В переднем отделе возможно прямое смыкание резцов, обратное резцовое перекрытие с наличием обратной резцовой окклюзии или резцовой дизокклюзии.

Мезиальная окклюзия может иметь морфологические изменения на зубоальвеолярном или гнатическом уровнях, что позволяет говорить о зубоальвеолярной и гнатической формах аномалии окклюзии и может сочетаться с перекрестной окклюзией. При зубоальвеолярной форме пациент может сместить нижнюю челюсть назад до правильного смыкания боковых

зубов, при гнатической форме такое смещение невозможно. Выделить зубоальвеолярную или только гнатическую форму удастся достаточно редко, так как в обоих случаях сочетаются аномалии зубов и челюстей.

При осмотре диагностических моделей можно выявить признаки приспособительной реакции зубочелюстной системы в ответ на аномалию. Происходит изменение положения зубов и альвеолярных отростков как компенсация нарушенной функции. При истинной прогении определяется протрузия верхних передних зубов или ретрузия нижних передних зубов вместе с альвеолярным отростком.

Рентгеноцефалометрическая характеристика мезиального прикуса.

У большинства больных с мезиальным прикусом чрезмерно вогнутый тип лица. Угол выпуклости лицевого скелета находится в пределах от 183 до 2110.

Положение верхней челюсти различное. В сагиттальной плоскости относительно основания черепа она может занимать нормальное, переднее и заднее положение. Угол наклона верхней челюсти к плоскости передней части основания черепа не отличается от такового при ортогнатическом прикусе.

Нижняя челюсть относительно основания черепа чаще всего занимает правильное положение. Передняя ее позиция встречается реже. Положение нижней челюсти в вертикальной плоскости не отличается от нормы. Форма лицевого скелета при мезиальном прикусе зависит от величины нижнечелюстных углов. Увеличение угла нижней челюсти обуславливает смещение основания нижней челюсти в сагиттальном направлении, при этом нижняя часть лица удлиняется.

При анализе гнатической части лица у большинства больных обнаруживается увеличение межчелюстного угла. Положение резцов верхней и нижней челюстей относительно плоскостей их оснований различно.

* При истинной прогении 1 формы, когда имеется генетическая обусловленность чрезмерного развития всей нижней челюсти и зубного ряда, передние зубы, компенсируя апикальную дисплазию, имеют различный оральный наклон.

* При истинной прогении 11 формы, когда генетически детерминировано увеличение только базальной части нижней челюсти, а формирование альвеолярного отростка и зубной дуги в большей степени зависит от средовых факторов, в частности величины внутриротового мышечного давления, передние зубы могут иметь выраженный вестибулярный наклон.

Нижнечелюстной угол характеризуется значительной индивидуальной вариабельностью и колеблется в пределах от 130 до 140°. Увеличение этого угла приводит к увеличению межчелюстного угла и передней высоты лица.

Межапикальный угол чаще всего увеличен и имеет знак "минус".

Величина межрезцового угла зависит от положения резцов. Она увеличивается при их ретрузионном положении. При анализе ТРГ можно выявить несколько вариантов соотношения резцов: 1) обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием; 2) обратный глубокий прикус; 3) открытый прикус; 4) сагиттальный открытый прикус с чрезмерным перекрытием резцов.

Передняя высота лица при истинной прогении увеличена за счет нижней части лица.

У взрослых пациентов рентгеноцефалометрическая картина становится более сложной, когда к аномалии присоединяется приобретенная патология зубочелюстной системы. В этом случае необходимо дифференцировать изменения зубочелюстной системы, связанные с

аномалией, от вторичных изменений, обусловленных частичной потерей зубов, повышенной стираемостью зубов и травматической окклюзией.

Вследствие уменьшения межальвеолярной высоты, которая фиксируется зубами-антагонистами, уменьшается передняя высота лица. В результате этого увеличивается глубина обратного перекрытия резцов, нижняя челюсть смещается вперед. Кроме того, при травматической окклюзии или других заболеваниях пародонта изменяется положение передних зубов.

У взрослых пациентов с мезиальным прикусом обнаруживают морфологические и функциональные изменения зубочелюстной системы. Они определяются формой и степенью тяжести аномалии, состоянием зубов и их пародонта, общим состоянием больного. Явления функциональной перегрузки пародонта зубов выражены в меньшей степени, если имеется множественный окклюзионный контакт даже при обратном перекрытии резцов и клыков. В этом случае больше всего страдают нижние резцы вследствие необычной по направлению функциональной нагрузки. Травматическая окклюзия у больных с целостными зубными рядами проявляется стиранием режущего края и вестибулярной поверхности верхних передних зубов и язычной поверхности нижних. Высота лица в этом случае не изменяется.

Увеличение сагиттального межрезцового расстояния приводит к разобщению передних зубов и повышению нагрузки на моляры и премоляры. Признаки функциональной перегрузки более выражены, если нижнечелюстная прогнатия сочетается с двусторонним перекрестным прикусом и имеется бугорковый контакт зубов. У этих больных при целостных зубных рядах функциональная перегрузка проявляется повышенной стираемостью твердых тканей зубов. Однако высота лица не изменяется: происходит компенсация недостатка тканей зубов за счет вертикального роста кости альвеолярных отростков. Описанные изменения характерны для нижнечелюстной макрогнатии.

Потеря моляров на какой-либо челюсти при отсутствии контакта передних зубов вызывается появлением травматической окклюзии. В первую очередь страдают премоляры: развиваются их подвижность, маргинальный пародонтит, атрофия лунки. Частичная потеря зубов и ее следствие травматический синдром - на фоне аномалии приводят к уменьшению межальвеолярной высоты нижней части лица, а также увеличению обратного межрезцового перекрытия. Эти изменения зубочелюстной системы проявляются определенными лицевыми признаками аномалии.

При сочетании нижнечелюстной прогнатии с отсутствием части зубов возникает деформация окклюзионной поверхности зубных рядов. В результате травматической окклюзии происходит наклон зубов, удерживающих межальвеолярную высоту. У больных этой группы уменьшается высота нижней части лица.

Клиническая картина значительно осложняется, когда на фоне аномалии развивается системное заболевание пародонта, при этом затрудняется диагностика мезиального прикуса. У некоторых больных в первую очередь приходится решать вопросы, связанные не с выявлением аномалии, а с диагностикой и лечением системного заболевания пародонта.

Нижнечелюстная прогнатия у взрослых как закрепившееся мезиальное положение нижней челюсти встречается реже, чем у детей. Это связано с тем, что при мезиальном перемещении нижней челюсти изменяется направление взаимного влияния челюстей друг на друга, появляется возможность к чрезмерному развитию нижней челюсти и недоразвитию переднего отдела верхней. У ребенка мезиальное смещение головки нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе вызывает перестройку костной ткани мышечкового отростка и функции жевательных мышц. При возникновении вторичных изменений зубочелюстной системы после мезиального смещения нижней челюсти у детей формируется такая форма

мезиального прикуса, которая у взрослых находится между нижней макрогнатией и верхней микрогнатией.

Нижнечелюстная прогнатия, связанная с мезиальным смещением нижней челюсти, без изменения лицевого скелета и височно-нижнечелюстных суставов может наблюдаться только у людей, у которых понижена тенденция к росту и перестройке зубочелюстной системы. Для этой формы аномалии характерными диагностическими признаками являются обычная величина челюстей, переднее положение нижней челюсти относительно основания черепа, переднее положение головки нижней челюсти в нижнечелюстной ямке, возможность смыкания передних зубов встык. мезиальный окклюзия зубочелюстной трансверзальный

Существуют разновидности мезиального прикуса, характеризующиеся признаками нескольких клинических форм. Диагноз в этом случае устанавливают на основании наиболее существенных данных, которые определяют и терапию аномалии, и прогноз лечения.

Лечение мезиального прикуса (нижнечелюстной прогнатии) или прогении.

Ортодонтическое лечение проводят при мезиальном прикусе со смещением нижней челюсти и прогеническом смыкании передних зубов, обусловленном их неправильным положением. Нижнечелюстная макрогнатия, связанная с чрезмерным развитием нижней челюсти или увеличением нижнечелюстного угла, подлежит хирургическому лечению.

Однако не у каждого взрослого больного можно устранить мезиальный прикус, связанный с недоразвитием верхней челюсти или смещением нижней челюсти. В тоже время у некоторых больных с нижнечелюстной макрогнатией можно добиться хороших результатов и с помощью ортодонтического лечения.

При планировании ортодонтического лечения мезиального прикуса следует рассмотреть следующие факторы:

- 1) величину сагиттального межрезцового расстояния;

- 2) положение передних зубов относительно основания челюстей;
- 3) размеры апикального базиса верхней и нижней челюстей;
- 4) положение верхней челюсти относительно основания черепа;
- 5) положение нижней челюсти в сагиттальной плоскости;
- 6) состояние пародонта зубов;
- 7) величину языка;
- 8) сопутствующие заболевания (потеря зубов, повышенная стираемость и т. д.);
- 9) степень обратного перекрытия передних зубов;
- 10) состояние височно-нижнечелюстного сустава;
- 11) наличие функциональных нарушений (нарушение глотания и функции языка).

Величина сагиттального межрезцового расстояния является важным условием при выборе метода лечения. Для устранения сагиттального межрезцового расстояния, равного 10 мм, необходимо изменить наклон передних зубов обеих челюстей при их одинаковом сближении на 150. Возможность перемещения передних зубов находится в зависимости от их первоначального положения. Ретрузионное положение верхних зубов и протрузионное положение нижних позволяют путем их перемещения ликвидировать сагиттальное межрезцовое расстояние в пределах 10 мм.

Если устранять несоответствие зубных рядов путем перемещения нижней челюсти дистально без изменения положения передних зубов, то смещение головок нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе в сагиттальном направлении по протяженности должно быть равно величине сагиттального межрезцового расстояния. Изменение положения головки нижней челюсти в суставе допустимо в пределах 2-3 мм, поэтому при наличии сагиттального несоответствия зубных рядов более 10 мм необходимо произвести хирургическое вмешательство на теле челюсти или ветви для устранения этого несоответствия.

Глубина резцового перекрытия определяет выбор лечебного аппарата и возможность ортодонтического лечения. При значительной глубине перекрытия резцов восстановление их правильного смыкания приводит к разобщению боковых зубов.

Недостаточность апикального базиса верхней челюсти осложняет лечение мезиального прикуса, связанного с недоразвитием верхней челюсти, и сочетанной формы, характеризующейся недоразвитием верхней челюсти и чрезмерным развитием нижней. Если в этих случаях воздействовать на верхнюю челюсть ортодонтическими аппаратами с целью ее расширить, то у взрослых в первую очередь происходит изменение положения зубов. Ожидать корпусного перемещения боковых зубов не приходится. Премоляры и моляры наклоняются в щечную сторону. Полученная таким образом зубная дуга верхней челюсти неустойчива, поэтому после ортодонтического лечения часто наблюдаются рецидивы.

Апикальный базис нижней челюсти, так же как и все ее размеры в целом, определяют показания к ортодонтическому лечению. При нижнечелюстной макрогнатии у взрослых, для которой характерны увеличенные массивная нижняя челюсть и альвеолярный отросток, ортодонтическое лечение, направленное на уменьшение размеров зубного ряда путем удаления 44,34 и перемещения передних зубов, даже при применении компактостеотомии не приносит успеха. В этом случае если и уменьшается сагиттальное несоответствие в переднем отделе зубных рядов, то эстетический эффект неудовлетворительный.

Изменения величины нижней челюсти оценивают и при мезиальном прикусе, обусловленном недоразвитием верхней челюсти, при принужденном положении нижней челюсти. Мезиальный прикус, обусловленный увеличением угла нижней челюсти при ее обычных размерах, позволяет рассчитывать на возможность перемещения зубов на апикальном базисе, однако эстетический эффект будет минимальным.

При дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа требуется вмешательство на верхней челюсти. Ретракция верхней челюсти у взрослых невозможна. Изменение положения нижней челюсти и уменьшение ее зубного ряда приведут к изменению профиля лица, однако внешний вид больного не улучшится. У больных этой группы устранить сагиттальное несоответствие можно путем изменения положения передних верхних зубов или с помощью протезирования.

Положение нижней челюсти оценивают в сагиттальном направлении. Ее мезиальное смещение в височно-нижнечелюстном суставе позволяет надеяться на успех ортодонтического лечения. Однако следует помнить, что смещение нижней челюсти без перестройки суставных поверхностей возможно только на 2-3мм.

При увеличении размеров языка (макроглоссия) требуется вмешательство хирурга. Если операция на языке невозможна, то ортодонтическое лечение или хирургическое вмешательство на нижней челюсти бессмысленно.

Сопутствующие заболевания (отсутствие части зубов, деформации зубных рядов, патологическая стираемость) в одних случаях могут осложнять, а в других облегчать ортодонтическое лечение. Так, отсутствие части зубов на нижней челюсти обеспечивает место для перемещения передних зубов, а при атрофии альвеолярного отростка после потери зубов уменьшается сопротивление кости действию приложенных сил. Взаимное вертикальное или мезиальное перемещение зубов в результате потери антагонистов или соседних зубов вызывает блокирование нижней челюсти, в результате чего затруднено лечение, связанное с перемещением нижней челюсти. При мезиальном прикусе различают компенсированную и некомпенсированную формы повышенной стираемости твердых тканей зубов. При не компенсированной форме наблюдается уменьшение высоты нижней трети лица, эта форма более благоприятна для лечения. При

компенсированной форме стирания высота лица не изменяется, а межальвеолярное расстояние уменьшается, что затрудняет лечение.

Системное заболевание пародонта зубов в начальных стадиях не является противопоказанием к ортодонтическому лечению. В развитой стадии, когда наблюдаются значительная атрофия лунки зуба, воспаление, подвижность зубов II-III степени, ортодонтическое лечение мезиального прикуса противопоказано.

У взрослых больных при решении вопроса о показаниях к ортодонтическому лечению следует оценивать состояние височно-нижнечелюстных суставов. При заболеваниях сустава при мезиальном прикусе без смещения нижней челюсти ортодонтическое лечение противопоказано.

Ортодонтическое лечение у взрослых должно включать не только лечение с помощью аппаратов, но и миофункциональную терапию. Если при лечении детей она считается обязательной составной частью профилактических и лечебных мероприятий, то при лечении взрослых такую терапию проводят редко. В результате из-за нарушений функций языка и глотания после ортодонтического и хирургического лечения наступает рецидив.

У некоторых больных сохраняется чистота произнесения звуков, в то же время при звукообразовании язык располагается между передними зубами. Наблюдаются больные, у которых язык в положении покоя залегает между резцами. В этих случаях с помощью логопеда или самостоятельно больной отрабатывает правильное положение языка.

Лечение нижнечелюстной прогнатии, вызванной мезиальным смещением нижней челюсти. Лечение этой формы аномалии у взрослых проводят в определенной последовательности.

Первым этапом является нормализация функций языка и глотания.

Второй этап заключается в устранении деформаций зубных рядов и преждевременных окклюзионных контактов. Деформацию окклюзионной

поверхности зубных рядов, препятствующую перемещению нижней челюсти, устраняют всеми известными способами. Наличие преждевременных окклюзионных контактов может способствовать смещению нижней челюсти или препятствовать ортодонтическому лечению. Коррекцию окклюзии проводят методом избирательного пришлифовывания зубов.

Третьим этапом является аппаратное лечение аномалии. Выбор аппарата и задачи лечения определяются конкретными проявлениями аномалии. У взрослых мезиальный прикус, обусловленный мезиальным смещением нижней челюсти, как правило, сочетается с недоразвитием переднего участка верхней челюсти. Нижняя челюсть может быть нормальной или несколько увеличенной. Увеличение нижней челюсти с протрузией передних зубов наблюдается при неправильном положении языка.

Для лечения больных, у которых недостаточно развит передний отдел верхней челюсти при мезиальном смещении нижней, ее увеличении и глубоком резцовом перекрытии, с успехом можно использовать аппарат Брюкля, если имеется достаточное количество опорных зубов. Действие этого аппарата направлено на обеспечение вестибулярного отклонения передних верхних зубов, перемещения нижней челюсти кзади и орального наклона нижних передних зубов. При этом происходит уменьшение глубины резцового перекрытия.

Если нет необходимости воздействовать на передние зубы нижней челюсти, то вестибулярная дуга становится стационарной и улучшает фиксацию аппарата. При отсутствии значительного количества зубов невозможно использовать аппарат Брюкля и другие съемные аппараты для перемещения нижней челюсти. В этом случае, если позволяют условия, можно применить коронки Катца. В нашей клинике накоплен многолетний опыт применения внеротовой эластической тяги у взрослых больных с прогеническим прикусом. Для перемещения нижней челюсти используют эластическую тесьму шириной 2,5 см в виде кольца, расположенного на шее.

Между шеей и кольцом должны свободно проходить четыре пальца. В течение дня и постоянно ночью эластическая тяга перемещается с шеи на нижнюю челюсть. Зубные ряды разобщаются пластинкой, наложенной на верхнюю челюсть. Если есть необходимость в перемещении передних верхних зубов, то можно использовать пластинку с ретракционными пружинами или винтом.

Лечение верхнечелюстной микрогнатии. Лечение верхнечелюстной микрогнатии предусматривает вмешательство на верхней челюсти. Если имеется ее общее недоразвитие, обуславливающее прогеническое соотношение передних зубов и перекрестный двусторонний прикус, осуществляют общее расширение верхней челюсти. С этой целью целесообразно применять капповые аппараты с винтами. Для обеспечения корпусного перемещения зубов и уменьшения сроков лечения ортодонтическую терапию проводят в сочетании с компактостеотомией.

При недоразвитии только переднего отдела верхней челюсти перемещают резцы и клыки с помощью пластинок с секторальным распилом и винтом. Фиксацию аппарата осуществляют с помощью каппы.

Возможности ортодонтического лечения этой формы аномалии определяются степенью наклона зубов верхней челюсти к ее основанию. Протрузия передних зубов и щечный наклон боковых зубов ставит под сомнение целесообразность устранения аномалии перемещением верхних зубов.

Ортодонтическое лечение нижнечелюстной макрогнатии применяют редко, только в тех случаях, когда наблюдается чрезмерный рост переднего отдела нижней челюсти. Ортодонтическое лечение нижнечелюстной макрогнатии в периоде постоянного прикуса не позволяет существенно расширить верхнюю зубную дугу и удлинить ее передний отрезок. Предварительная компактостеотомия и последующее ортодонтическое лечение позволяют добиться значительного расширения верхней зубной

дуги. Для нормализации положения нижней челюсти проф. М.Корн разработал 4 основных аппарата:

* The Bite Plane представляет собой базис пластиночного аппарата для верхней челюсти, имеет накусочную площадку в области резцов и не касается боковых зубов нижней челюсти. Фиксируется на трубках верхних моляров с помощью специальных кламмеров. Деактивирует мышцы, приводит к дизокклюзии в области боковых зубов и оптимизирует условия для перемещения зубов и нижней челюсти.

* The Mini-Jig применяется для увеличения опоры во фронтальном отделе. Имеет те же преимущества, что и The Bite Plane.

* The ION показан пациентам с вертикальным типом роста и как опора в боковом отделе. При наличии вредной привычки прокладывания языка изготавливается заслонка для языка.

* The Mandibular Advancer позволяет осуществить репозиционирование нижней челюсти.

С целью выработки и закрепления адаптационных механизмов в функциональной активности мышц ЧЛЮ на этапе ортодонтического лечения мезиальной окклюзии показан гнатотренинг. Проводится с помощью жевательной резинки с ксилитом или сорбитом и полифункционального электростимулятора "Анестин - ПФ" с компьютерной программой "ЖЭСТ".

Рекомендуются 3 варианта метода гнатотренинга:

* Электростимуляция собственно жевательных мышц (проводят при значительных нарушениях жевательной функции);

* Электростимуляция собственно жевательных мышц и дозированное по времени использование жевательной резинки (проводят как второй этап при значительных нарушениях жевательной функции);

* Дозированное по времени использование жевательной резинки (проводят при профилактике).

Протетическое лечение.

Показаниями к протетическому лечению мезиального прикуса у взрослых являются:

- 1) нижнечелюстная макрогнатия при отказе больного от хирургического исправления аномалии или при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству;
- 2) верхнечелюстная микрогнатия в тех случаях, когда невозможно проведение ортодонтического лечения (отсутствие большого количества зубов, плохое состояние здоровья больного, системное заболевание пародонта, отдаленное местожительства).

Задачами протетического лечения мезиального прикуса являются:

- 1) улучшение внешнего вида больного;
- 2) нормализация окклюзионных взаимоотношений;
- 3) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 4) восстановление непрерывности зубного ряда.

План протетического лечения определяется величиной сагиттального несоответствия зубных рядов, величиной и топографией дефектов зубных рядов, состоянием пародонта оставшихся зубов, величиной нижней трети лица и межальвеолярного расстояния. Необходимо также учитывать сопутствующие заболевания.

Устранить прогеническое соотношение челюстей с помощью протезирования невозможно. Можно лишь изменить характер смыкания передних зубов. Протетическое лечение включает в себя коррекцию окклюзии путем сошлифовывания твердых тканей зубов и протезирование. Протезирование проводят не только при отсутствии зубов, но и при целостных зубных рядах.

У больных с целостными зубными рядами без изменения высоты нижней трети лица протезирование проводят в первую очередь для улучшения внешнего вида и нормализации откусывания пищи. С целью устранить сагиттальное несоответствие передних зубов осуществляют

протезирование съемными или несъемными протезами. Рекомендуется применять дублирующий протез на верхнюю челюсть, безнебный дублирующий протез с кламмерной фиксацией.

Для создания контакта между передними зубами можно применять несъемные протезы в виде пластмассовых, цельнолитых комбинированных и металлокерамических коронок.

С увеличением сагиттального несоответствия передних зубов применяемые съемные и несъемные протезы становятся громоздкими. При этом возникают трудности при фиксации съемного протеза, а несъемный протез вследствие изменения направления окклюзионных сил и увеличения его массы может обусловить функциональную перегрузку опорных зубов.

У больных с целостными зубными рядами, у которых уменьшена высота нижней трети лица в результате повышенной стираемости зубов, необходимо произвести реконструкцию межальвеолярной высоты. Характерная локализация участков повышенной стираемости при мезиальном прикусе - вестибулярная поверхность верхних передних зубов и язычная поверхность их антагонистов.

При увеличении межальвеолярной высоты и высоты нижней трети лица протезируют несъемными протезами зубы верхней челюсти. Передние зубы протезируют пластмассовыми и комбинированными коронками, боковые - цельнолитыми комбинированными коронками или коронками с литой жевательной поверхностью. Увеличение высоты нижней трети лица контролируют рентгенологически. Второй способ состоит в протезировании верхней челюсти съемным протезом с окклюзионными накладками на боковые зубы и дублированием передних зубов. Возможность применения такого протеза определяют при изучении модели в параллеломере.

Методика протезирования больных с мезиальным прикусом, у которых отсутствует часть зубов, определяется величиной изъянов зубных рядов, их топографией, степенью тяжести аномалии и высотой нижней трети лица. К особенностям протезирования при мезиальном прикусе следует

отнести сужение показаний к применению мостовидных протезов при замещении включенных дефектов в области боковых зубов. Это связано с отсутствием контакта между передними зубами и нахождением боковых зубов в состоянии травматической окклюзии.

При отсутствии всех резцов на верхней челюсти проводят протезирование съемным протезом с литым базисом или дуговым протезом. С помощью съемного протеза легче получить эстетический эффект и создать контакт искусственных зубов с нижними зубами. Кроме того, путем моделировки искусственной десны можно изменить форму и положение верхней губы. Следует считать ошибкой создание искусственной десны на несъемном мостовидном протезе, так как в последующем под ней образуются пролежни.

Протезирование после исправления мезиального положения нижней челюсти связано с необходимостью увеличить клинические коронки боковых зубов. Перемещение нижней челюсти приводит к увеличению межальвеолярной высоты. Несколько уменьшить ее можно за счет сошлифовывания нижних передних зубов. Увеличение клинических коронок боковых зубов до создания их контакта можно осуществить путем протезирования съемными протезами с окклюзионными накладками или с помощью искусственных коронок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. М.: "МЕДпресс-информ", 2005.
2. Арсенина О.И., Царик В.С. Семинар проф. М.Корна "Ортопедическое лечение взрослых пациентов с применением концепции репозиционирования челюстей и коррекции ВНЧС". /Ортодонтия, № 2, 2006.
3. Логинова Н.К. Метод гнатотренинга./Новое в стоматологии, №1, 2003.
4. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. М.: ОАО "Медицина", 2004.
5. Шварцман В.А. Ортопедическая реабилитация пациентов с повышенной стираемостью зубов при аномалиях прикуса./Новое в стоматологии, № 7, 2004.
6. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых. М.: Медицина, 1987.