

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

## **Причины рецидива в ортодонтии**

Выполнила ординатор  
кафедры-клиники стоматологии ИПО  
по специальности ортодонтия  
Петрова Полина Романовна  
Рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2019

# Цель:

изучить причины и патогенез рецидивов в ортодонтии



## Задачи:

1. Проанализировать этиологию ортодонтических аномалий
2. Выявить методы лечения
3. Выявить возможные причины рецидива
4. Изучить методы лечения

# Актуальность

На сегодняшний день ортодонтическое лечение активно идет вперед, в конце лечения врач и пациент достигают желаемого результата ,но на этом ортодонтическое лечение не заканчивается, во время ретенционного периода врач так же продолжает наблюдать своего пациента, но всегда ли врач может избежать рецидива и возможно ли это знать заранее?

# Введение

Одна из наиболее важных проблем, с которыми сталкивается ортодонт, — сохранение результата, достигнутого к концу лечения.

Этот процесс известен как ортодонтическая ретенция.

Задача ретенции — минимизировать рецидив. Это необходимо планировать и обсудить с пациентом как часть первоначального плана лечения.



# Введение

Рецидив официально определен Британским институтом стандартов как возвращение к исходному состоянию аномалии прикуса после коррекции. Тем не менее для пациентов рецидив лучше описывать как изменение положения зубов по сравнению с тем, что было в конце лечения. Это может быть возвращение в сторону первоначальной аномалии прикуса, но может также быть вызвано возрастными изменениями и не быть связанным с ортодонтическим лечением.

Точные причины рецидива трудно установить, но четыре обширные важные области были предложены как возможные причины рецидива:

- десневые и периодонтальные факторы;
- окклюзионные факторы;
- мягкотканые факторы;
- факторы, связанные с ростом.

# Десневые и периодонтальные факторы

Когда зубы перемещаются, периодонтальная связка и сопряженная альвеолярная кость перестраиваются. После адаптации периодонта к новым условиям имеется тенденция к натяжению периодонтальных волокон, передвигающих зуб в его первоначальное положение.



# Десневые и периодонтальные факторы

Различные участки связочного аппарата перестраиваются с различной скоростью. Альвеолярная кость перестраивается в течение месяца, основные волокна перестраиваются за 3—4 мес, а коллагеновые волокна в десне реорганизуются через 4—6 мес. Тем не менее эластические зубодесневые волокна и межзубные волокна могут перестраиваться более чем 8 мес. До перестройки волокон имеется тенденция к перемещению зуба в первоначальное положение. Это особенно верно, когда зубы ротированы.

# Десневые и периодонтальные факторы

На практике это означает, что зубы необходимо удерживать столь длительно, сколь это будет необходимо для того, чтобы периодонтальные волокна перестроились в их новое положение.

Как было упомянуто, это имеет большое значение для ретированных зубов, которые особенно склонны к рецидиву, связанному с десневыми волокнами. Для того чтобы предотвратить ретирование зубов, их необходимо как можно дольше удерживать в скорректированной позиции фиксирующим приспособлением.

Альтернативным подходом является рассечение волокон до альвеолярной кости (межзубных и зубодесневых волокон). Этот метод называется надсечением краевой связки зуба (pericision).



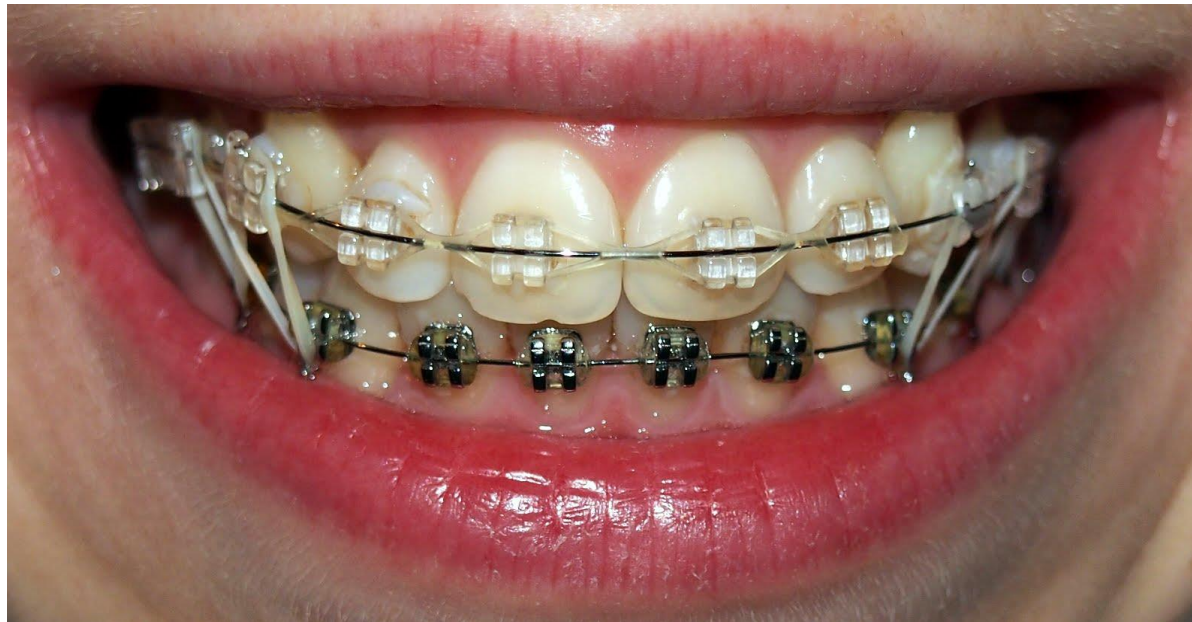
# Окклюзионные факторы

Было установлено, что, когда проводят коррекцию глубокого прикуса, стабильность результата увеличивается, если край нижнего резца располагается на расстоянии 0—2 мм от середины корневой оси верхнего резца, называемого центроидом.

Также желательно иметь подходящий угол между резцами (примерно  $135^\circ$ ), чтобы создать сильное окклюзионное ограничение, предупредив прорезывание одного резца позади другого. Один из немногих случаев, когда не требуется применения ретейнеров, это когда скорректирован перекрестный прикус и результат сохраняется за счет вертикального перекрытия.

# Окклюзионные факторы

Способ смыкания зубов к концу лечения может влиять на их устойчивость. Предполагают, что, если зубы к концу лечения смыкаются правильно, стабильный результат более вероятен. Хотя это предположение вполне разумно, оно не было подтверждено клинически. Тем не менее имеется ряд случаев, когда окклюзионные факторы влияют на устойчивость.



# Мягкие ткани

Зубы располагаются в промежутке между языком с лингвальной стороны, щеками и губами — с щечной и вестибулярной стороны.

Эту теоретическую область называют нейтральной зоной.

Давление от языка больше, чем от губ и щек, но при здоровом состоянии периодонтальной связки зубы будут сохранять равновесное положение.



# Мягкие ткани

Предполагают, что для повышения стабильности зубы должны находиться в этой нейтральной зоне в конце лечения. Наглядным примером этому служит уменьшение резцового перекрытия при коррекции II класса, 1 подкласса. Для снижения риска рецидива верхние резцы должны быть отведены назад таким образом, чтобы они находились «под контролем» нижней губы к концу лечения. Тогда они лежат в пределах этой нейтральной зоны, между губ с одной стороны и языком — с другой.

# Мягкие ткани

Если зубы перемещаются из нейтральной зоны, риск рецидива возрастает. Это особенно касается нижнего переднего сегмента. Если чрезмерно выражена протрузия или ретрузия, рецидив более вероятен. С другой стороны, если зубная дуга (полностью сформированная дуга) заметно изменяется, более вероятно, что рецидив произошел из-за давления мягких тканей. Изменения в межклыковом расстоянии у пациентов более неустойчивы, чем изменения в расстоянии между молярами. Таким образом, в тех случаях, когда это возможно, на протяжении всего лечения сохраняют первоначальную форму нижней зубной дуги, а верхнюю зубную дугу выстраивают по нижней

# Мягкие ткани

Несмотря на то что теория расположения зубов в нейтральной зоне является весьма привлекательной, для клиницистов остаются две большие проблемы. Во-первых, в точности не известно, где располагается нейтральная зона и насколько она велика. Во-вторых, наиболее вероятно, что нейтральная зона изменяется с возрастом вследствие возрастного изменения мышечного тонуса



# Рост

- Несмотря на то что рост пациента заканчивается в основном к концу полового созревания, в настоящее время известно, что незначительные возрастные изменения возникают на протяжении всей жизни. Едва уловимые изменения в соотношении верхней и нижней челюстей означают, что условия в полости рта и соответственно давление на зубной ряд постоянно меняются. Если давление на зубы все время меняется, неудивительно, что существует риск развития рецидива неправильного положения зубов, связанный с ростом пациента.
- Эти небольшие изменения при росте могут частично объяснить скученность нижних резцов, которую наблюдают в более поздний период у пациентов, которым проводили или не проводили ортодонтическое лечение

# Ортодонтический рецидив и рецидив, вызванный возрастными изменениями

Рецидив неправильного положения зубов может быть связан с рядом факторов. Так, некоторые из этих факторов имеют ортодонтическую природу, и поэтому их должен контролировать только врач-ортодонт. Рецидив, возникший из-за этих факторов, можно отнести к ортодонтическим рецидивам. Однако существуют, видимо, и другие этиологические факторы, связанные с возрастными изменениями: возрастные изменения в окружающих мягких тканях и поздние лицевые изменения, контроль которых ортодонт не осуществляет



# Диагностика

Существует ряд признаков, которые могут стать причиной рецидива, но которые врач ортодонт может диагностировать еще на первых приемах

Вредные привычки:

- Прокладывание языка
- Инфантильное глотание
- Слабый тонус круговой мышцы рта
- Гипертонус жевательных мышц



# Виды ретенционных аппаратов

- Несъемный ретейнер
- Съемный ретейнер (пластинка, одночелюстная капа, двухчелюстная капа)



# Ретенционный период

длится, как минимум, около 2-х лет. Но называть конкретные цифры сложно. Все зависит и от вида аномалии прикуса, и от возраста пациента, от результата лечения, от наличия вредных привычек, было ли удаление зубов во время лечения, есть ли определенная генетическая предрасположенность. Обо всем этом ваш лечащий врач скажет ближе к завершению лечения, поэтому торопить события не следует.

Крайне важно, чтобы до начала ортодонтического лечения врач-ортодонт четко представлял себе все его этапы, включая виды ортодонтической аппаратуры и сроки каждого из этапов, прогнозируемые промежуточные результаты, необходимость и длительность ретенционного периода.

# Вывод

Наилучшие результаты коррекции аномалий 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.

Важную роль с точки зрения профилактики аномалий 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.

Во время внешнего осмотра врач обращает внимание на внешние структуры лица, симметричность, осанку, вредные привычки, положение верхней и нижней челюсти, слизистую в полости рта, размер и положение зубов, положение и размер языка.

# Список литературы

- Стоматология детского возраста. / Н.В. Курякина. – Мединформ, 2009. – 700 с.
- Систематизированная механика ортодонтического лечения/Джон С. Беннетт, 2012 -180 с.
- Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. — М., 2016. – 235 с.
- Персин Л. С. Этиология зубочелюстных аномалий и методы их лечения. — М., 2016. –137с.
- Ковальский В. Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи. Практическое руководство.-М.: «Медицинская книга», 2012. - 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., 2016.- С. 150-173.
- Руководство по стоматологии детского возраста. – М.: Медицина, 2017. – 250 с.

Спасибо за внимание!

