

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:
«Профилактика зубочелюстных аномалий»

Выполнил: ординатор первого
года обучения

по специальности ортодонтия

Столярова П.С.

Научный руководитель: д.м.н.
заведующая кафедрой

Бриль Е.А.

2022 год

Красноярск

Содержание

Клинические признаки правильного прикуса.....	3-4
Различные факторы появления зубочелюстных аномалий.....	4-8
Клинические проявления зубочелюстных аномалий.....	8-11
Классификация зубочелюстных аномалий.....	11-12
Методы комплексной профилактики аномалий прикуса.....	12-15
Вывод.....	16
Список использованной литературы.....	17

Клинические признаки правильного прикуса

Понятие «норма» в медицине определяет условно принятое обозначение правила, относящегося к какому-нибудь признаку. Прикус - соотношение зубных рядов (зубов) при их смыкании с наибольшим количеством контактов. Следовательно норма прикуса - это понятие о правильном положении зубов, форме зубных рядов и соотношении челюстей, соответственно виду прикуса и периоду его развития до полного формирования постоянного прикуса.

Определение нормы формирующегося временного прикуса в первом периоде связано с процессом прорезывания временных первых, вторых моляров, клыков. Показателем являются симметричность и последовательность прорезывания. Наличие физиологических диастем и трем на обеих челюстях между боковыми резцами и клыками, клыками и премолярами на нижней челюсти следует рассматривать как норму временного прикуса.

Норма второго периода сменного прикуса характеризуется последовательностью и симметричностью прорезывания первых и вторых премоляров, затем постоянных клыков. В периоде формирования временного прикуса нередко определяются симптомы диспропорции роста как свидетельство неравномерности созревания органов и тканей

зубочелюстной системы и их функций, что проявляется в виде признаков формирующихся аномалий прикуса. Такие симптомы, однако, могут быть определены, как проходящие, но, учитывая многообразие различных причинных факторов проявления симптомов, их можно рассматривать и как начало патологии.

В периоде постоянного прикуса незначительные отклонения в положении зубов, их величине и форме, изменения формы зубных рядов и соотношения челюстей в сагиттальном и вертикальном направлениях в пределах нормы следует рассматривать как признак законченного индивидуального развития прикуса.

Различные факторы проявления зубочелюстных аномалий

В возникновении зубо-челюстно-лицевых аномалий большое значение имеет генетическая обусловленность, которая определяется на основе генеалогического анализа по трем вариантам.

- Прямое наследование признаков (диастема, адентия, изменение числа и формы зубов)
- Передача по наследству несоответствия размеров челюстных костей (истинная прогнатия / прогения)
- Передача по наследству несоответствия размеров челюстей и зубов.(тесное / редкое расположение зубов)

В отличие от генетически обусловленных аномалий врожденные аномалии связаны с глубокими нарушениями в эмбриональном периоде. К ним относятся : пороки развития зубов, челюстей или системные аномалии в челюстно-лицевой области.

Также существует большое количество приобретенных зубочелюстных аномалий, ибо их возникновение зависит от различных вредных воздействий в периодах формирования временного, сменного и постоянного прикуса.

Неправильное сосание

Эта функция занимает особое место на первом году жизни ребенка, т.к. благодаря ей не только осуществляется процесс питания ребенка, но так же происходит процесс правильного формирования прикуса ребенка и установление зубных рядов в нейтральном положении.

Нарушение функции сосания заключается в следующем :

1. Нарушение ритма и процесса естественного вскармливания.
2. Недостаточное всасывание молока, неравномерное проглатывание.
3. Употребление соски, пустышки, не связанное с приемом пищи.
4. Сохранение сосательной активности после 10 месяцев жизни.
5. Замедленное перемещение челюстей при процессе сосания.

Неправильное глотание.

Неправильное глотание, а также привычка давить языком на зубы являются важными этиологическими факторами в развитии зубочелюстных аномалий.

В норме процесс глотания претерпевает определенные изменения от рождения до установления прикуса. Ребенок рождается с хорошо развитым рефлексом глотания и достаточной активностью языка, особенно его кончика. В покое язык свободно располагается между десневыми валиками и преимущественно бывает вытянут вперед, что обеспечивает его готовность к работе.

Но с появлением первых временных зубов возникает перестройка процесса глотания. При нормальном (соматическом) способе глотания

губы спокойно сложены, зубы сжаты, кончик языка упирается в передний участок твердого неба за верхними резцами. При неправильном способе глотания зубы не сжаты и кончик языка контактирует для «отправного толчка» с нижней губой при сокращении подбородочной мышцы, а иногда и других мимических мышц, что отражается на конфигурации лица : заметна протрузия губ, сморщивание лба, закрывание глаз и вытягивание шеи.

Неправильная функция глотания ведет к значительным изменениям в челюстно-лицевой области. Чаще других возникают такие отклонения, как сужение зубных рядов, уплотнение фронтального участка зубной дуги нижней челюсти, открытый прикус.

Нарушение функции дыхания

Нарушения данной функции имеют важное значение в развитии аномального прикуса, т.к. она обусловлена затрудненным прохождением струи воздуха через носовые ходы и определяется как ротовое или смешанное дыхание. Обычно такое состояние бывает связано с неправильным способом глотания и несмыканием губ. Этим сочетанием определяются его клинические признаки : полуоткрытый рот, смещенный назад и вниз корень языка, что изменяет профиль лица ребенка - появляется «двойной подбородок». При дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица. В результате неправильного дыхания нарушается динамическое равновесие мышц околоротовой области и языка.

Нарушение функции жевания.

Нарушение функции жевания у детей принято характеризовать как «ленивое жевание». Причиной такого способа жевания может явиться несвоевременный переход к употреблению твердой пищи, который должен совпадать с периодом формирования временного прикуса. Отрицательно влияет на становление функции жевания нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов, врожденное их отсутствие (адентия). Отсутствие временных зубов влияет и на положение языка. Язык устремляется в область дефекта, появляются вредные привычки неправильного положения языка и сосания.

Вредные привычки.

К ним в стоматологии относят зафиксированные двигательные реакции, не имеющие физиологически приспособительного значения : сокращения мышц околоротовой области, языка, движения нижней челюсти, сосание и прикусывание пальцев, языка, губ и различных предметов, неправильно протекающие функции жевания, дыхания, глотания, речи, неправильное положение тела (неправильная осанка, неправильное положение челюсти или языка в покое).

- Различные предрасполагающие факторы развития аномального прикуса.
- Аномалии уздечек верхней губы, нижней губы и языка.
- Аномалии строения преддверия полости рта.
- Нарушение физиологической стираемости временных зубов.
- Нарушение сроков и последовательности прорезывания временных зубов и их смены.
- Заболевания твердых тканей зубов и их осложнения.

- Ранняя потеря временных и постоянных зубов.

Клинические проявления зубочелюстных аномалий

Аномалии периода формирования временного прикуса.

На первом году жизни могут быть установлены врожденные аномалии или пороки развития органов челюстно-лицевой области и системные аномалии мягких тканей и костей лица (расщелины губы, альвеолярного отростка, неба, значительные деформации челюстных костей, характеризующие врожденные уродства).

В периоде формирования временного прикуса до полного прорезывания 20 временных зубов зубочелюстные аномалии проявляются как отклонения от нормального развития, так как о прикусе, т.е. определенном взаимоотношении зубных рядов, можно судить лишь после его окончательного формирования.

На первом году жизни определяются следующие морфологические отклонения:

- Аномалии прикрепления уздечек языка.
- Нарушение последовательности и парности прорезывания зубов.
- Аномалии количества, величины, формы и положения временных зубов.
- Несоответствие размеров челюстей.
- Изменение формы челюстей.
- Изменение кривизны десневых валиков в разных направлениях.

- Неправильное положение языка в покое и при глотании.
- Несмыкание губ.
- Различные вредные привычки.

К признакам отклонения в физиологическом развитии зубов и челюстей у ребенка в возрасте старше 1 года добавляются так же :

- Изменения цвета зубов.
- Сохранение активности сосания.
- Вялое формирование функции жевания.
- Кончик языка упирается при глотании в напряженные губы.
- Зубоальвеолярная протрузия

Типы развитых аномалий и деформаций сформировавшегося или формирующегося прикуса Мезиальный прикус (нижнечелюстная прогнатия).

Прогнатия характеризуется выдвинутым положением верхней челюсти. Вследствие дистального сдвига нижней челюсти или выдвижения верхней вперед имеет место нарушение смыкания как передних, так и боковых зубов. При этом верхние зубы выдвигают вперед верхнюю губу, а нижняя же попадает под верхние зубы. Все это в целом отражается на внешнем виде и функции жевания и речи.

Дистальный прикус (нижнечелюстная прогения).

При прогеническом соотношении зубных рядов наблюдается выдвижение вперед нижней челюсти, вследствие чего нижние зубы перекрывают одноименные верхние. При значительном проявлении данной аномалии откусывание пищи резцами становится невозможной и их роль переносится на боковые зубы. При данной патологии резко изменен внешний вид больного и нарушены речь и жевание.

Глубокий прикус.

Глубокий прикус характеризуется большим перекрытием передними зубами верхней челюсти передних зубов нижней челюсти при отсутствии режущего бугоркового контакта. Режущие края нижних зубов могут касаться шейки верхних. Иногда контакт отсутствует и зубы касаются десны, повреждая ее. Стоматологу следует различать глубокий прикус и глубокое перекрытие, являющееся анатомическим вариантом ортогнатического прикуса. При нем верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на 1/3 треть высоты своих коронок, но режущего бугорковый контакт сохраняется.

Открытый прикус.

При этом виде прикуса отсутствует смыкание передних зубов, а иногда и премоляров и в контакт вступают лишь моляры. Одновременно имеются глубокие функциональные нарушения. Отсутствие контактов между передними зубами заставляет больного откусывать пищу премолярами или молярами. Сокращение полезной жевательной площади затрудняет и разжевывание пищи. В растирании пищи значительное участие принимает язык, который увеличивается в размерах. Речь больного нарушается, как и внешний вид.

Перекрестный прикус.

Под перекрестным прикусом понимают соотношение зубных рядов, при котором щечные бугорки нижних боковых жевательных зубов расположены кнаружи от одноименных верхних. Передние зубы смыкаются правильно.

Классификация зубочелюстных аномалий

Для определения сформированных зубочелюстных аномалий предложено много различных классификаций. Но наиболее подходящими для использования детскими стоматологами являются следующие.

Неправильное положение зубов и изменения формы зубных рядов удобно определять по классификации, предложенной Д. А. Калвелисом.

Аномальное положение отдельных зубов, выражающееся в различных наклонах, поворотах, перемещении в зубном ряду по отношению к трем перпендикулярным плоскостям:

- Вестибулярное или оральное (передне-заднее направление).
- Мезиальное или дистальное смещение
- Неправильное положение зубов по отношению к горизонтальной плоскости
- Повороты зубов вокруг продольной оси
- Скученное положение зубов, выражающееся в различных наклонах, поворотах, перемещениях, наложениях.

Для детальной оценки тесного положения зубов во фронтальном участке при правильном положении зубного ряда может быть рекомендовано четыре степени тяжести:

Степень I.

Равномерно выраженное тесное положение зубов во фронтальном участке при правильном положении зубного ряда.

Степень II.

Преобладание неправильного положения одного постоянного резца с поворотом по оси, налеганием на рядом стоящий зуб или наклоном в оральном или вестибулярном направлении.

Степень III.

Характеризуется двумя признаками : неправильным положением зубов и изменением формы зубного ряда и альвеолярного отростка во фронтальном участке с вытеснением из зубного ряда одного или двух зубов, и изменением положения зубов, обусловленным их поворотами по оси, наклонами, значительным налеганием друг на друга и перемещением в оральном или вестибулярном направлении.

Степень IV.

Характеризуется вытеснением из зубного ряда двух и более зубов в сочетании со значительным уплощением фронтального участка зубного ряда нижней челюсти. При этом определяется недостаточность апикального базиса и значительный оральный наклон коронок зубов над уровнем базальной дуги (т.е. в области перехода альвеолярного отростка в базальную дугу).

Методы комплексной профилактики аномалий прикуса

Профилактика аномалий прикуса проводится в различные периоды детского и юношеского возраста, включая внутриутробное развитие.

1. Внутриутробное развитие.
2. От рождения до 6 месяцев.
3. От 6 месяцев до 3 лет (Период временного прикуса).

4. От 3 лет до 6 лет (Период сформированного временного прикуса и начало формирования смешанного).
5. От 6 до 9 лет (Первый период смешанного прикуса).
6. От 9 до 12 лет (Второй период смешанного прикуса, начало формирования постоянного прикуса).
7. От 12 до 15 лет (Период формирования постоянного прикуса).
8. Для каждого периода характерны свои методы профилактики.
9. Нормализация жизни матери, нормальное питание, условия труда и. т. д.
- 10.Профилактика травматизма при рождении ребенка.
- 11.Характер вскармливания ребенка.
- 12.Санация полости рта. Причем нужно отдавать предпочтение нестирающимся пломбировочным материалам. И если у ребенка есть потеря зубов, то нужно изготавливать профилактические протезы.
- 13.Санация носоглотки.
- 14.Логопедическое обучение.
- 15.Купирование вредных привычек осознанных и неосознанных.
- 16.Лечебная физкультура.
- 17.Хирургическое вмешательство.

В качестве примеров хирургических вмешательств хотелось бы привести следующие:

Операции на уздечке языка проводятся :

1. При рождении - ребенок не может полноценно питаться молоком.
2. В 3 года - при нарушении речи.
3. В 7 лет - при аномальном положении и прорезывании нижних резцов.

4. После 7 лет - в плане профилактики заболеваний пародонта нижних зубов.

(Такое вмешательство так же обусловлено тем, что короткая уздечка верхней и нижней губы провоцирует образование мезиального, открытого или дистального прикуса).

- Углубление преддверия полости рта (проводится в 8-9 лет).
- Устранение макроплазии (проводится в 8-9 лет).
- Удаление временных зубов, оставшихся после прорезывания постоянных.
- Серийное и последовательное удаление зубов (по методу Котец).
- Особое место в профилактике развития аномального прикуса занимает лечебная физкультура. Ее основными задачами являются:
- Купирование вредных привычек.
- Нормализация функционирования зубочелюстной системы.
- Ослабление гиперактивных мышц.
- Усиление слабых мышц

Часть I.

1. Зубки на зубки, заборчиком.
2. Закусить нижними зубами верхнюю губу.
3. Из положения (1) выдвигать нижнюю челюсть с частотой 1 раз в секунду.
4. Из положения (1) выдвигать нижнюю челюсть на 15, 20, 40, более секунд.

5. При запрокинутом подбородке доставать кончиком языка до кончика носа, для усиления активности мышц выдвигателей, купирования
6. вредных привычек, выдвижение нижней челюсти вперед в более правильное положение.

Часть II. (Комплекс усиление активности круговой мышцы рта).

1. Упражнения с глотком воды, применяется и при нормализации функции дыхания у ребенка. Набирается глоток воды и как можно дольше не проглатывается.
2. Удерживать губами линейку, эквилибратор, и. т.д.

Часть III. (Общеукрепляющая терапия).

1. Дозированная нагрузка, она предполагает использование морковки или другого овоща, который режется на пласты 1мм, через 3 дня : 1.5 мм и.т.д. И по мере адаптации пародонта к нагрузке увеличивается размер этого слоя.
1. Передними зубами закусывается эластический круг, и происходит тренировка пародонта.

Вывод

Профилактика зубочелюстных аномалий в раннем возрасте, имеет очень высокое значение. При выявлении патологии на раннем этапе, в будущем это может помочь избежать пациенту ортогнатической хирургии, а возможно и обойтись без лечения брекет-системой или элайнерами. Также очень важна кооперации врача-ортодонта, и детского стоматолога, что вовремя выявить патологию и предупредить об этом родителей пациента, а так же объяснить всю важность раннего обращения к ортодонту.

Список использованной литературы

1. Т. Ф. Виноградова , «Стоматология детского возраста», Москва, 2001г.
2. В. П. Окушко ,«Аномалии зубочелюстной системы, связанные с вредными привычками и их лечение» , Москва 2007г.
3. Е. И. Гаврилов ,«Ортопедическая стоматология», Москва 2006г.
4. Персин Л.С. , « Лечение зубочелюстных аномалий», Москва, 1998г.
5. Трезубов В.Н. , « Ортодонтия», Москва, 2001г.