

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

«Мезиальный прикус»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники
стоматологии ИПО

по специальности
«ортодонтия»

Шалоумова Юлия Сергеевна

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	3
2.ВВЕДЕНИЕ	4
3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.....	5
4. ВЫВОД.....	22
5. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	23

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Цель: Выявление одной из самых актуальных проблем в стоматологии- ортопедической, мезиальный прикус.

Задачи:

- Рассказать о показаниях к применению активаторов при лечении мезиальной окклюзии пациентов в период формирования постоянного прикуса.
- Рассказать о анатомо-функциональном состоянии зубочелюстной системы у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов.

2.ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни современного человека в мире определяется не только его социальным положением и уровнем материального достатка, сколько состоянием его здоровья. Здоровье - состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни.

Рассмотрим одну из самых актуальных проблем в стоматологии- ортопедической, мезиальный прикус и ортодонтические аппараты для его лечения. В связи с этим возникает необходимость в проведении более углубленного изучения данной патологии в различных возрастных группах, способов лечения, выявления причин отказа пациентов от посещения врача- ортодонта и соответственно своевременного лечения.

3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Что называют прикусом? Что такое мезиальный прикус

Прикусом в стоматологии называют тип смыкания зубов обеих челюстей. Существует множество патологий прикуса, которые характеризуются различными изменениями. Подавляющее большинство из них крайне негативно сказывается не только на внешности, но и на здоровье человека. Для начала следует сказать, что понятие мезиальный прикус объединяет несколько различных по происхождению патологий.

Обычно различают три формы мезиального прикуса: истинная, ложная и комбинированная прогения.

Мезиальный прикус - представляет собой такую патологию, для которой характерно нарушение смыкания зубных рядов, при котором определяется переднее положение нижних зубов по отношению к верхним. (Рис. 1)



(Рис. 1)

Мезиальный прикус ещё называют:

- 1.3-й класс по Энгля;
- 2.прогения;
- 3.нижняя прогнатия;
- 4.мезиоокклюзия;
- 5.антериальный прикус.

Этот вид патологии встречается намного реже, чем другие, например, дистальный прикус. Однако это верно, если говорить о взрослых людях. У детей наблюдается обратная тенденция. О редкости этого явления говорит и статистика. Часть его среди всех остальных аномалий зубочелюстного аппарата всего от 2 до 6%. В некоторых случаях возможно одновременное появление признаков прогении и других подобных явлений. В частности, описывается сочетание открытого или перекрестного прикуса с мезиальным.

3.2. Симптомы и признаки мезиального прикуса

При этой проблеме наблюдается целый ряд довольно резких изменений, которые касаются всех составных частей жевательного аппарата.

Среди них наиболее распространены такие:

- перекрывание верхних зубов нижними;
- нарушения соотношений в трансверзальном направлении - расширение или сужение боковых участков;
- заторможенность роста верхней челюсти и, соответственно, существенное отставание ее в развитии из-за того, что происходит блокировка нижней;
- появляются дополнительные импульсы, которые провоцируют ускоренный рост нижней челюсти;
- изменяется и положение самого сустава (суставной головки).
- Из-за этих изменений появляются видимые, внешние симптомы: наблюдается выдвигание подбородка вперед;
- происходит оттопыривание и увеличение размеров нижней губы;
- верхняя же, наоборот, растягивается и становится более плоской;

- из-за описанных проявлений нос становится внешне выдвинутым, с ярко сильно выраженными складками; боли в суставах;
- более короткая нижняя часть лица.

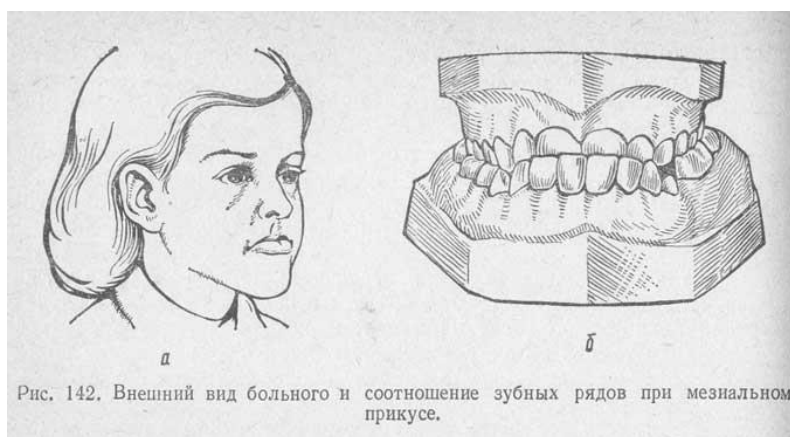
В плане функциональности все это тоже ведет за собой некоторые изменения. В частности, это значительное ограничение в возможностях движения челюсти. Боковые движения становятся почти невозможными из-за того, что верхние передние зубы перекрываются. Это приводит к тому, что нормального разжевывания твердой еды не происходит - пища всего лишь немного раздавливается, тогда как должна размалываться и растираться намного более тщательно. Также частым проявлением является увеличение языка, так как быстрый рост нижней челюсти это провоцирует. Из-за этого наблюдаются нарушения и в речевом аппарате. Частично плохо развиты некоторые функциональные мышцы.

Признаки мезиального прикуса.

Есть целый ряд причин, по которым мезиальный прикус может формироваться: На первом месте наследственный фактор, так как его практически невозможно исключить. Родовые травмы у младенцев. Слишком ранняя потеря зубов (молочных) на верхней челюсти, когда это происходит до того, как они смогут быть естественно заменены постоянными. Некоторые заболевания, в частности, рахит, которые влияют на развитие и рост ребенка. Короткая уздечка языка. Замедленная замена постоянными молочных зубов. Детские вредные привычки такие, как сосание пальца или каких-либо других предметов, а также языка. Стирание молочных зубов в одном ряду, когда это происходит неравномерно. Поражение плода еще во внутриутробном периоде посредством токсичных веществ или препаратов. Отсутствие большого количества у детей «первых» зубов, которое может быть вызвано травмой или неправильным (необоснованным) удалением. Частое или постоянное неправильное положение малыша во время сна в период интенсивного роста и формирования. Наличие некоторых ЛОР-заболеваний. Постоянное подкладывание под подбородок кулака (кисти) во время сидения.

3.3. Последствия мезиального прикуса

В большинстве своем люди, которые страдают прогенией, к достижению зрелого возраста привыкают к неудобствам, вызванным изменениями строения челюстного аппарата, и почти перестают их замечать. Однако стоит все же задуматься о посещении специалиста-ортодонта. Во-первых, только он может после ряда проведенных исследований подтвердить наличие этой патологии точно определить ее разновидность. А во-вторых, пациента должна беспокоить забота о собственном здоровье, ведь такие нарушения сильно влияют на весь организм.



(Рис. 2)

Если говорить о влиянии на организм, то, прежде всего, нужно вспомнить о том, что такое строение челюстей не способствует нормальному пережевыванию пищи. Это чревато возрастанием риска развития у пациента заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Относительно крупные куски, проходя дальше, могут вызвать травмы пищевода, недостаточное получение питательных веществ и даже усиленное размножение бактерий. Заболевания ЖКТ провоцирует также сильно затрудненное глотание, что повсеместно наблюдается у пациентов с такой проблемой. Преждевременное истирание эмали в верхнем ряду зубов. Это происходит потому, что именно на них ложится основная нагрузка. Это приводит к дальнейшим стоматологическим заболеваниям. Частым явлением можно назвать серьезные заболевания тканей пародонта (тех, которые окружают зубы). А они требуют

длительного и довольно сложного лечения. Большой риск имеется также в плане возможности развития заболеваний височно-челюстного сустава, который расположен перед ухом. Среди последствий этого головные боли, спазмы мышц лица, головокружения, увеличение лимфоузлов, частый звон в ушах и болезненные ощущения. Также сильно затруднена имплантация и протезирование.

3.4. Классификация мезиального прикуса

1. Мезиальный прикус, обусловленный нижней макрогнатией : при нормальных размерах верхней челюсти при недоразвитии или дистальном положении верхней челюсти

2. Мезиальный прикус, обусловленный нижней прогнатией : при увеличении базального отдела нижней челюсти при увеличении подбородочного отдела нижней челюсти.

3. Мезиальный прикус, обусловленный верхней микрогнатией

4. Мезиальный прикус, обусловленный верхней ретрогнатией

5. Мезиальный прикус, обусловленный сочетанием: верхней микрогнатии и нижней макрогнатии; верхней ретрогнатии и нижней прогнатии; верхней микрогнатии и нижней прогнатии; верхней ретрогнатии и нижней макрогнатии.

Первый и второй варианты мезиального прикуса в ортодонтии расцениваются как истинная прогения; третий и четвертый вариант - как ложная прогения, при которых нижняя челюсть имеет нормальные размеры, а мезиальный прикус обусловлен недоразвитием верхней челюсти или ее ретропозицией.

С учетом нарушения окклюзии в сагиттальном направлении и величины и нижнечелюстного угла выделяют три степени мезиального прикуса:

I степень - сагиттальная щель между передними зубами до 2 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении до 5 мм; нижнечелюстной угол до 131° .

II степень - сагиттальная щель между передними зубами до 10 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении до 10 мм; нижнечелюстной угол до 133° .

III степень - сагиттальная щель между передними зубами больше 10 мм; нарушение соотношения между первыми молярами в сагиттальном направлении 11-18 мм; нижнечелюстной угол до 145° .

Также различают зубоальвеолярную и гнатическую форму мезиального прикуса: в первом случае возможно произвольное смещение нижней челюсти назад до достижения правильной окклюзии боковых зубов; при второй форме смещение невыполнимо.

3.5. Упражнения при мезиальном прикусе



(Рис. 3)

Упражнение № 1. Полное дыхание. Продолжительный вдох через нос. Во время вдоха живот «надувается», затем расширяется грудная клетка. При выдохе (через нос) наоборот вначале уменьшается объем груди, затем вытягивается живот.

Упражнение № 2. Грудное дыхание. Выдохнуть. Сделать продолжительный вдох через нос. В это время грудная клетка расширяется, а живот втягивается. При выдохе (через нос) - наоборот.

Упражнение № 3. Брюшное дыхание. Выдохнуть. Сделать продолжительный вдох через нос. В это время живот выпячивается. При выдохе (через нос) - живот втягивается.

Упражнение № 4. Навык полного удлиненного выдоха. Ходьба в среднем темпе. Вдох и выдох только через нос. На 3 шага вдох, на 4 шага - выдох.. Через 3-4 дня продолжительность выдоха следует увеличить на 1 счет (5,6 и т.д.).

Упражнение № 5. Вдох и выдох поочередно одной ноздрей (вторую ноздрю плотно прижать пальцем).

Дополнительные специальные упражнения.

Упражнение № 2. При слегка запрокинутой голове попеременно открывать и закрывать рот, при закрывании рта кончиком языка пытаться достать задний край твердого неба.

Упражнение № 3. Зажать верхними фронтальными зубами нижнюю губу, удерживать, затем отпустить ее.

Упражнение № 4. Открыть рот, медленно закрывать его, смещая нижнюю челюсть назад и устанавливая передние зубы в краевом смыкании. Нижнюю челюсть удерживать в этом положении 4-8 сек.

Упражнение № 5 (с деревянным шпателем). Между зубными рядами помещают шпатель (ширина его равна ширине верхних резцов). Прикусить шпатель так, чтобы оказывать давление на небные поверхности верхних зубов и способствовать их отклонению в вестибулярном направлении, а нижних резцов - в язычном.

3.6. Лечение мезиального прикуса

В дошкольном возрасте, когда челюсти ребенка находятся в процессе роста, для коррекции мезиального прикуса назначается миофункциональная гимнастика и массаж альвеолярного отростка верхней челюсти; при необходимости проводится пластика уздечки языка. Для отучения ребенка от вредных оральных привычек рекомендуется использование вестибулярных пластинок. Ортодонтическое лечение на данном этапе по показаниям может проводиться с помощью аппарата Брюкля, каппы Бынина. Существует мнение, что наилучшие результаты лечения мезиального прикуса в период молочного и раннего сменного прикуса достигаются в случае использования лицевой маски. В период сменного прикуса лечение мезиальной окклюзии проводится с использованием активаторов Андресена-Гойпля, Кламмта, Френкеля, аппаратов Вундерера или Персина. С установлением постоянного прикуса для коррекции аномальной окклюзии применяется несъемная ортодонтическая техника - брекет- систем. Одновременно с ортодонтическим этапом проводятся логопедические занятия по коррекции дислалии. Протетическое лечение мезиального прикуса может включать избирательное шлифование зубов, съемное или несъемное протезирование для нормализации окклюзионных контактов. Иногда при чрезмерном развитии нижней челюсти возникает необходимость предварительного хирургического лечения - удаления зубов, остеотомии ветви нижней челюсти.

3.7. Современное лечение мезиального прикуса

Расширяющая пластинка. (Рис. 4)

Ортодонтическая пластинка - это одно из наиболее распространенных средств коррекции аномалий прикуса у детей. Хотя использовать их можно и во взрослом возрасте, эффективность брекетов у этой возрастной категории не вызывает сомнений.



(Рис. 4)

Таким образом, наиболее широко используются ортодонтические пластинки у детей в период смены молочных зубов на постоянные. Период смены зубов у детей очень важен для формирования зубочелюстной системы. Часто рост челюсти не успевает за ростом постоянных зубов, сказывается и негативное влияние вредных привычек (сосание пальца, закусывание губы). Всё это приводит к неправильному расположению зубов, которым просто не хватает места в ряду. Крайне важно не пускать ситуацию на самотёк и обратиться за помощью к ортодонт, как только появляются первые проблемы. Ортодонтическая пластинка - это сложная индивидуальная конструкция, предназначенная для коррекции аномалий расположения зубов в сменном прикусе. Её основа изготавливается из пластмассы и представляет собой базис с активными дополнительными элементами: винтами, крючками, дугами. Фиксация на зубах происходит с помощью специальных кламмеров. В настоящее время многообразие пластинок впечатляет, их легко можно подобрать по цвету и рисунку, что немаловажно для комфорта маленького пациента. Отметим также, что преимуществом использования пластинок является возможность её регулировать по мере необходимости. Для этого предназначен винт, который можно закрутить или раскрутить, если, например, прорезываются новые зубы.

Показания для использования пластинок:

Ортодонтические пластинки нашли широкое применение в детской стоматологии. Они эффективны в следующих целях:

1. Сужение или расширение зубного ряда;
2. Коррекция положения челюсти;
3. Перемещение одного зуба или группы зубов;
4. Сохранение места при удалении молочного зуба;
5. Закрепление лечения брекет-системами.

Изготовление пластинки:

Каждая ортодонтическая пластинка строго индивидуальна и изготавливается по слепкам челюсти пациента. Перед тем, как перейти к ортодонтическому лечению, пациент должен выполнить санацию полости рта: вылечить кариес и иные заболевания, произвести профессиональную гигиену полости рта.

Рекомендации по использованию пластинки: Хотя ортодонтические пластинки относятся к съёмным аппаратам, многие стоматологи настоятельно рекомендуют носить их 24 часа в сутки. Снимать их можно лишь на время приёма пищи и чистки зубов. Само понятие «съёмный» требует от обладателя такого аппарата большой дисциплинированности. Поскольку пластинку можно легко в любой момент снять, перед соблазном это сделать порой нелегко устоять. Однако любые отклонения от рекомендованного режима ношения могут свести на нет все предыдущие усилия. Это требование в частности касается одночелюстных пластинок. Что же касается двучелюстных аппаратов, то их необязательно носить непрерывно, достаточно будет 12-14 часов в сутки. Следует также обратить внимание на уход за ортодонтической пластинкой. Она требует бережного отношения, внимания и тщательной очистки. Для этого используется специальная жёсткая щётка и специальные растворы для очистки протезов. Поскольку пластинка отличается хрупкостью и лёгкостью, следует относиться к ней с осторожностью. При малейшем повреждении необходимо незамедлительно обратиться к доктору. Сроки лечения. Поскольку план лечения ортодонтических пациентов разрабатывается индивидуально для каждого отдельного человека, сроки

лечения также варьируются. В среднем можно говорить о том, что длительность ношения ортодонтической пластинки составляет 1,5-2 года.

Активатор Андресена-Хойпля - съемный функционально-действующий двучелюстной аппарат. (Рис. 5)



(Рис. 5)

Клинико-лабораторные этапы изготовления активатора следующие: Первый этап - получение анатомических оттисков с обеих челюстей, отливка рабочих моделей и изготовление воскового шаблона с прикусными валиками для определения конструктивного прикуса. Лучше изготовить шаблон для верхней челюсти, поскольку она неподвижна и твердое небо служит надежной опорой. Границами воскового шаблона для верхней челюсти с окклюзионными накладками являются: впереди - режущие края резцов, позади - линия, проходящая позади коронок последних моляров, сбоку - жевательная поверхность боковых зубов. Нижнюю челюсть перемещают вперед до нейтрального соотношения в мезиодистальном направлении первых постоянных моляров. Разобщение боковых зубов должно превышать степень их разобщения в физиологическом покое. После предварительной припасовки воскового шаблона с окклюзионным валиком до плотного и равномерного смыкания с зубами антагонистами с его окклюзионной поверхности снимают

тонкий слой холодного воска и заменяют его размягченным. Затем вводят восковой шаблон в полость рта. Больному предлагают выдвинуть нижнюю челюсть, прикрыть рот до соприкосновения зубов с воском и медленно сжать губы. При этом надо следить за положением воскового валика, совпадением средней линии между верхними и нижними центральными резцами и соотношением первых постоянных моляров и клыков. Если несоответствие в положении первых постоянных моляров в сагиттальной плоскости составляет 4-5 мм, то при определении конструктивного прикуса нижнюю челюсть перемещают вперед до правильного соотношения первых постоянных моляров. При несоответствии в расположении первых постоянных моляров, равном 6 мм и больше, первый активатор готовят с перемещением нижней челюсти вперед на 4-4,5 мм. Через 6-8 мес соотношение зубных рядов обычно изменяется и активатор подлежит переделке с последующим перемещением нижней челюсти вперед до нейтрального соотношения первых постоянных моляров. Если первоначально нижняя челюсть была перемещена вперед больше чем на 5 мм, то больные с трудом привыкают к такому аппарату или отказываются пользоваться им. Боковые зубы должны быть разобщены до 5 мм, что зависит от степени разобщения боковых зубов при физиологическом покое и от показаний к увеличению нагрузки на передние зубы нижней челюсти. При значительном разобщении прикуса губы не могут сомкнуться и такой аппарат не удерживается в полости рта во время сна. После фиксации нижней челюсти в положении конструктивного прикуса прикусной шаблон с восковым валиком охлаждают водой из шприца или мокрым тампоном, выводят из полости рта и укладывают на гипсовую модель верхней челюсти, после чего сопоставляют модели соответственно отпечаткам зубов. В зависимости от клинических показаний врач дает указания зубному технику.

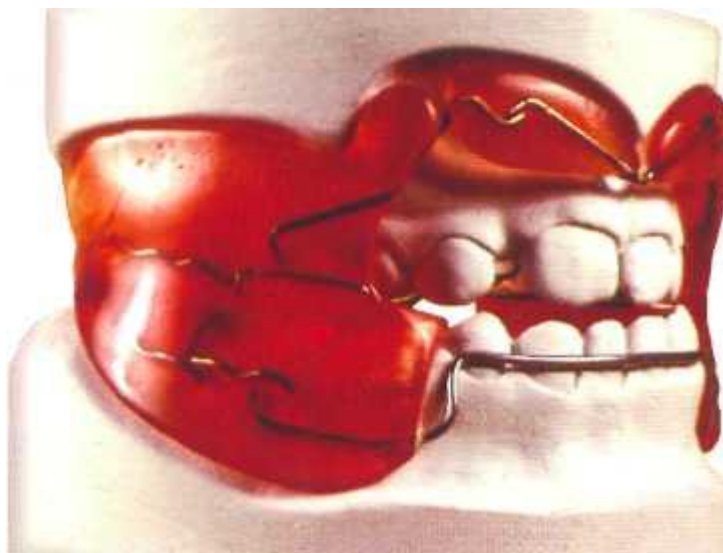
Показания к применению и принцип действия.

По показаниям аппарат дополняется ретракционными дугами, винтом и другими механическими действующими элементами. Принцип действия

активатора заключается в фиксации нижней челюсти в выдвинутом положении и стимулировании ее роста, создании условий для задержки роста верхней челюсти, нормализации функции жевательных и мимических мышц, стимуляции роста альвеолярных отростков в вертикальном направлении в области жевательных зубов. Активатором пользуются в основном ночью и все свободное от занятий и прогулок время, так как он затрудняет речь. Коррекцию аппарата производят путем постепенного сошлифовывания пластмассы в области дистальной поверхности коронок боковых зубов нижней челюсти. Для увеличения давления на выступающие фронтальные зубы верхней челюсти аппарат может дополняться наружной лицевой дугой, фиксированной к головной шапочке. Аппарат применяется для лечения дистальной окклюзии, осложненной глубокой окклюзией и протрузией фронтальных зубов, а также для лечения фронтальной дизокклюзии.

Регулятор функций Френкеля 3 типа

Аппарат Френкеля является съемным элементом и изготавливается в несколько этапов, по мере роста и развития челюстей. (Рис. 6)



(Рис. 6)

Аппарат получил такое название в честь своего создателя - профессора Рольфа Френкеля, который его разработал и внедрил в практическое

применение. Регулятор функции Френкеля III типа (FR-III) применяется для лечения мезиального прикуса. Он устраняет тормозящее влияние мягких тканей, окружающих зубные ряды, на рост и развитие верхней челюсти. Его конструктивное отличие от регуляторов других типов состоит в следующем: губные пелоты располагают в области верхней губы, вестибулярную дугу готовят для нижних фронтальных зубов, небную дугу для протрузии верхних передних зубов, окклюзионные накладки на боковые зубы - для разобщения прикуса и задержки роста нижней челюсти.

Показания к применению и принцип действия.

Регулятор функций состоит: из двух щечных щитов, соединенных между собой небным бюгелем; двух верхнегубных пелотов, соединяющей их скобы и двух кронштейнов, а также вестибулярной дуги на резцы нижней челюсти. С внутренней стороны верхнего зубного ряда находится небная дуга, на боковых зубах нижней челюсти - окклюзионные накладки. При пользовании регулятором изменяется форма зубных рядов, расширяется и удлиняется верхний зубной ряд, нормализуется положение зубов и их смыкание с зубами нижней челюсти. При применении регулятора функций Френкеля лечебная гимнастика, физиотерапевтические процедуры и массаж лицевых мышц способствуют обеспечению миодинамического равновесия в зубочелюстно-лицевой области, создаются благоприятные условия для роста недоразвитых участков верхней челюсти и задерживания роста нижней челюсти. При введении регулятора функций в полость рта форма лица нормализуется, улучшается смыкание губ. Регулятор имеет учебно-тренировочное назначение. Он воздействует на нейромышечные функции в челюстно-лицевой области, обеспечивает приспособление формы к новому функциональному состоянию и устранение аномалий прикуса. Действие регулятора обеспечивает устранение давления губ и щек на зубной ряд и альвеолярный отросток верхней челюсти в участках их недоразвития, нормализацию смыкания губ, положения языка, их функций и взаимоотношений. В переднем участке неба располагают протракционную

дугу; позади верхнего зубного ряда - небный бюгель; на нижней челюсти - вестибулярную дугу на передние зубы и окклюзионные накладки - на боковые.

Современное исправление мезиального прикуса брекет-системой

Брекет - ортодонтический аппарат, который должен носиться постоянно и действует на зубы механически. (Рис. 7)



(Рис. 7)

Один брекет - это не вся система, которая располагается во рту, а только отдельная пластиночка, которая прилегает к одному зубу, исправляя его положение. Брекетсвязан проволочками и пружинками с другими брекетами, которые в свою очередь, исправляют другие зубы. Неправильный прикус способствует не только психологическому дискомфорту, но ещё наносит вред здоровью. Заболевания дёсен, пищеварительной системы, кариес, патология височно-нижнечелюстных суставов, патологическая стираемость тканей зуба, прикусывание губ или щёк могут быть последствиями неправильного прикуса. Наиболее частыми причинами неправильного прикуса являются наследственность, искусственное вскармливание, сосание пустышки, заболевания верхних дыхательных путей, и как следствие, постоянное дыхание ртом, вредные привычки (например, сосание пальца, карандашей). Если раньше прикус можно было исправить только детям, то теперь, с появлением брекет-систем это возможно делать и взрослым.

В настоящее время широко используется две мультибондинг системы: **Вестибулярная** - брекететы фиксируются на вестибулярной поверхности зубов. Это самый популярный и доступный вид брекет-систем, которые эффективно

применяются при лечении неправильного прикуса. При этом брекетызаметны и в первое время доставляют дискомфорт губам и щекам, служат дополнительными удерживающими элементами для налёта на зубах. БрекетывестибулярнойповерхностизубовБрекетывестибулярнойповерхностизубов Брекетывестибулярной поверхности зубов .

Лингвальная - брекетывфиксируются с оральной стороны коронок зубов. Брекетывна оральной поверхности зубов.

Это система самая современная, на сегодняшний день более дорогая и трудоемкая, чем вестибулярная.

Преимущества лингвальной техники:

Она не нарушает эстетики лица и улыбки;

Снижает вероятность поражения зубов кариесом на вестибулярной (наружной) поверхности зубов;

В меньшей степени ухудшает состояние гигиены полости рта по сравнению с вестибулярной техникой;

Не изменяет профиль и контур губ;

Лингвальные брекетывабсолютно невидимы. Расстояние между лингвальными брекетывами меньше, чем между вестибулярными, и проволочные дуги работают при этом более агрессивно, что значительно сокращает сроки активного периода лечения. Индивидуальный подход - важная составляющая ортодонтического лечения, поэтому брекет-система подбирается индивидуально. На протяжении всего курса ортодонтического лечения она нуждается в постоянной корректировке и настройке. Если вам показаны брекетыви вы решили их установить себе, то следует знать, что грамотный ортодонт, исправление прикуса зубов всегда начинается с проведения тщательнейшей диагностики пациента. Для этого обязательно делаются панорамные снимки челюстей, ТРГ (телерентгенография), снимки височно-нижнечелюстных суставов, проводится анализ гипсовых моделей челюстей, выявляются возможные причины возникновения дефектов, и только после детального анализа ортодонт определяет наиболее оптимальный способ

исправления прикуса. Перед установкой брекетов необходимо провести подготовку полости рта, а именно: вылечить кариес, произвести профессиональную чистку зубов (удалить зубной налёт и камень с поверхности зубов), покрыть зубы фторлаком. Следует помнить, что при ношении брекетов профессиональную чистку зубов необходимо будет делать каждые 3-6 месяцев. А если есть сопутствующие заболеваниями тканей периодонта (гингивит, периодонтит), то до начала ортодонтического лечения, в процессе и после его окончания необходимо поддерживающее лечение у врача-пародонтолога.

4.ВЫВОДЫ

Мезиальная окклюзия является одной из наиболее распространенных форм зубочелюстных аномалий. Исправление прикуса у взрослых происходит гораздо сложнее, чем у детей до 12 лет. Поэтому, если у ребенка наблюдаются проблемы с зубами или челюстью, лечение нужно начинать как можно быстрее. Формирование правильного прикуса - это не только эстетическая сторона лечения, но и предупреждение развития различных заболеваний зубов и челюсти. Раньше считалось, что ортодонтическое лечение может проводиться только в период формирования зубочелюстной системы, т.е. у детей и подростков. В настоящее время появились новые конструкции, позволяющие проводить ортодонтическую коррекцию с хорошими результатами как у детей, так и у взрослых. Применение высоких технологий позволило улучшить результаты лечения и с эстетической, и с функциональных позиций. С помощью современной техники стало возможным скорректировать положение зуба с точностью до миллиметра.

5. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсенина О.И. Ранние ортодонтические и ортопедические мероприятия в комплексном лечении пациентов с дефектами и деформациями нижней челюсти: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. 2007. – С. 257-329.
2. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. — М., 2007. – 264 с.
3. Персин Л. С. Этиология зубочелюстных аномалий и методы их лечения. — М., 2007. –126 с.
4. Ковальский В. Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи. Практическое руководство.-М.: «Медицинская книга», 2004. - 180 с.
5. Ортодонтические аппараты [Электронный ресурс].- <http://doctor.kz/spec/news/2012/07/26/13611> Режим доступа: -Загл.с экрана. (Дата обращения: 23.02.2019).
6. Детская ортодонтия [Электронный ресурс].- <https://studfiles.net/preview/2365040/page:3/> Режим доступа: -Загл.с экрана. (Дата обращения: 23.02.2019).
7. КНИГА Ортодонтия. В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Р.А. Фадеев 2001.doc [Электронный ресурс].- <https://studfiles.net/preview>Режим доступа: - Загл.с экрана. (Дата обращения: 23.02.2019).