

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

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ

Выполнил ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии
по специальности «хирургическая стоматология»
Лисицын Андрей Алексеевич
Рецензент к.м.н., доцент
Маругина Татьяна Леонидовна

Красноярск, 2019

Содержание

1. Введение
2. Классификация зубочелюстных аномалий
3. Зубочелюстные аномалии у детей
4. Зубочелюстные аномалии у взрослых
5. Методы лечения
6. Заключение
7. Список литературы

Введение

Различные аномалии зубочелюстной системы были известны еще в древности. На данный факт указывают примитивные ортодонтические приспособления, принадлежащие древним этрускам и грекам, которые были найдены во время археологических раскопок.

Имеются сведения о том, что в древние времена изготавливались и специальные приспособления, которые использовались для «регуливки» зубов.

После 1850 года были написаны первые труды, в которых говорилось об ортодонтии как о науке. Впервые существующие зубочелюстные аномалии удалось классифицировать в первой половине 19-ого века. Такие специалисты как Велькером, Кнейзелем, Ведлем и другие особо пристальное внимание уделяли чаще всего неправильному положению передних зубов. Данный период развития этой науки получил название «доэнгелевский».

Уже в 1889 году американский ученый Энгль выделил 7 разновидностей аномалий положения зубов. Этот же специалист проанализировал нарушения смыкания боковых зубов.

Стремительное развитие данного раздела стоматологии началось только во второй половине 20-ого века. На сегодняшний день в основе ортодонтии лежит такое понятие как «норма». Именно к индивидуальной норме стремится каждый специалист данной области, проводя то или иное выбранное им лечение.

Аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области. По данным Е.В. Удовицкой с соавт. (1983), функциональные и морфологические отклонения обнаружены у 75% трехлетних детей и по распространенности превышают частоту кариеса и других стоматологических заболеваний в этом возрасте.

По данным Т.Ф. Виноградовой с соавт. (1987), у детей 3 лет сформированные аномалии развития зубочелюстной системы выявлены в 48% случаев.

Частота морфологических нарушений зубочелюстной системы у школьников составляет около 50%. Пороки развития зубочелюстной системы, в том числе расщелины твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка, выявляются с частотой 1:1000 у новорожденных, и отмечается тенденция к их увеличению.

Данные о распространенности зубочелюстных аномалий часто различны, а иногда противоречивы. Некоторые исследователи считают, что их частота

выше у дошкольников, но большинство отмечают их увеличение с возрастом (КаламкаровХ.А. с соавт., 1973).

Классификация зубочелюстных аномалий

Для структуризации материала предлагаю рассмотреть аномалии зубочелюстной системы по следующим разделам:

1. Аномалии отдельных зубов (их величины, формы, числа, положения)
2. Аномалии зубных рядов
3. Аномалии прикуса
4. Аномалии отдельных зубов
5. Аномалии величины зубов

Гигантские зубы - это зубы с несоразмерно большими коронками.

Гигантские зубы встречаются чаще при постоянном прикусе и реже при молочном. Обычно гигантскими бывают резцы верхней или нижней челюсти, но могут быть и другие зубы.

Этиология этой аномалии формы зубов известна, предполагаются нарушения процесса развития, приводящие к слиянию зачатков зубов, а так же нарушение деятельности эндокринной системы. Гигантские зубы могут вызывать аномалии положения других зубов, препятствовать прорезыванию соседних зубов, обуславливать скученность зубов. Иногда они располагаются вне зубного ряда. Основной недостаток гигантских зубов - их необычный вид, обращающий на себя внимание окружающих, т.е. они не отвечают эстетическим требованиям.

Мелкие зубы - это зубы с несоразмерно маленькими коронками, имеющими правильную форму. Мелкие зубы встречаются при постоянном прикусе. Чаще других зубов мелкими бывают резцы, особенно верхние боковые.

Этиология этой аномалии неизвестна, предполагается, что причины такого несоответствия величины зубов и челюстей могут быть наследственными, т.е. сочетание мелких зубов одного из родителей и крупных челюстей - другого.

Мелкие зубы обычно располагаются с большими промежутками и нарушают своим видом гармонию лица.

Аномалии положения зубов

Вестибулярное отклонение - смещение зубов кнаружи от зубного ряда. В вестибулярном положении могут находиться один или несколько зубов верхней или нижней челюсти. Чаще всего смещаются резцы.

Причинами могут быть: задержка смены молочных зубов, недостаток места в зубном ряду, неправильное положение зачатка зуба, наличие сверхкомплектных зубов, вредные привычки, нарушение носового дыхания.

Высокое или низкое расположение зубов - смещение зубов в вертикальном направлении. На верхней челюсти супраокклюзия представляет собой высокое расположение зуба, не достигающего до плоскости смыкания зубных рядов, а инфраокклюзия - выдвинутое, низкое по отношению к окклюзионной плоскости положение зуба, а инфраокклюзии - низкое положение зуба. Иногда имеет место супра- и инфраокклюзия группы зубов.

Причиной может быть недоразвитие альвеолярного отростка или Диастема - щель между центральными резцами, встречается значительно чаще на верхней челюсти, чем нижней.

Причинами могут быть: низкое прикрепление мощной уздечки верхней губы, наличие широкой плотной костной перегородки между центральными резцами, адентия, аномалии формы и величины зубов, наличие сверхкомплектных зубов, неправильное расположение фронтальных зубов, ранняя потеря одного из них.

Мезио-дистальное смещение зубов - расположение зубов впереди или сзади от нормального места в зубной дуге. Смещаться могут как фронтальные так и боковые зубы.

Причиной является ранняя потеря молочных зубов, ранняя потеря постоянных зубов, соседних со смещенным зубом, неправильное положение зачатка зуба, адентия, вредные привычки.

Оральный наклон - смещение зубов кнутри от зубного ряда, в сторону языка или неба. При наклоне корень зуба находится в альвеолярном отростке, и лишь его коронковая часть бывает наклонена орально, при смещении зуб корпусно располагается вне зубной дуги. В таком положении может находиться один или несколько зубов.

Причинами являются: задержка смены молочных зубов, раннее удаление молочных зубов, сужение зубного ряда, неправильное положение зачатков постоянных зубов, наличие сверхкомплектных зубов, укороченная уздечка языка, вредные привычки.

Поворот зуба вокруг продольной оси - чаще всего поворачиваются по оси резцы верхней и нижней челюсти. Этот вид аномалии вызывает эстетические и функциональные нарушения. Иногда, повернуты по оси зубы травмируют зубы противоположной челюсти и расшатывают их. Причинами могут явиться недостаток места в зубном ряду вследствие его сужения или недоразвития альвеолярного отростка, задержка выпадения молочного зуба, наличие сверхкомплектных или ретенированных зубов.

Скученное расположение зубов - тесное положение зубов, при котором они стоят с поворотами по оси и налегают друг на друга вследствие недостатка места в зубном ряду.

Причиной является недоразвитие альвеолярного отростка или базальной части челюсти или относительная большая величина зубов, вследствие зубы не могут разместиться в правильном положении.

Транспозиция зубов - аномалия положения, при которой зубы меняются местами.

Причиной является неправильная закладка зачатка зубов.

Тремы - промежутки между зубами. Различают тремы физиологические и патологические. Физиологические относятся к особенностям молочного прикуса во втором его периоде, они возникают как следствие роста челюстей.

Причины - патологические тремы наблюдаются после смены молочных зубов постоянными при дистальном и мезиальном прикусах с протрузией верхних или нижних фронтальных зубов, при адентии, аномалиях формы и величины зубов, аномалиях расположения зубов, смещении зубов.

Аномалии формы зубов

Шиповидные зубы - зубы, коронки которых имеют форму шипа.

Шиповидную форму могут иметь центральные и боковые резцы, а так жебоковые зубы нижней и верхней челюсти.

Этиология не выяснена; предполагается нарушение развития зубных зачатков.

Уродливые зубы - зубы разнообразной неправильной формы, которые чаще наблюдаются на верхней челюсти, в ее фронтальном участке.

Этиология не выяснена; предполагаются нарушение развития челюстей и зубных зачатков.

Аномалии числа зубов

Аденция - врожденное отсутствие зубов и их зачатков. Различают адентию частичную и полную. Предполагаются нарушение развития эктодермального зародышевого листка, из которого образуется зубной зачаток, нарушения эндокринной системы, определенную роль играет наследственность.

Сверхкомплектные зубы - избыточные по количеству зубы.

Располагаются чаще всего в области фронтальных зубов.

Сверхкомплектные зубы чаще имеют шиповидную форму, но могут иметь форму соседних зубов.

Предполагается, что причиной являются нарушения развития эпителиальной зубной пластинки.

Аномалии зубных рядов

Аномалии зубных рядов - характеризуются изменением формы типичного зубного ряда верхней или нижней челюсти, которое бывает обусловлено их сужением или расширением в различных участках и выражается скученностью зубов, поворотами их по оси, вестибулярным или оральным прорезыванием зубов, частичной адентией, наличием сверхкомплектных зубов, диастем и т. д.

Различают следующие неправильные формы зубных рядов при их сужении:

остроугольную, когда сужение локализуется в области клыков седловидную, когда сужение более выражено в области премоляров V-образную, когда зубной ряд сужен в боковых участках, а фронтальный участок выступает в виде острого угла трапецевидную, когда сужен и уплощён фронтальный участок общесуженную, когда все зубы - фронтальные и боковые - стоят тесно асимметричную, при которой сужение больше выражено на одной стороне зубного ряда верхней или нижней челюсти, в результате чего получается перекрестный прикус.

Основными этиологическими факторами аномалий формы зубных дуг являются недоразвитие челюстей и их деформации, вызванные болезнями раннего детского возраста.

Аномалии прикуса

Аномалии прикуса - это отклонения от нормального взаимоотношения зубных рядов верхней и нижней челюстей. Эти отклонения можно рассматривать в трех направлениях:

Сагиттальные прогнатия (дистальный прикус) - характеризуется несоответствием соотношения зубных рядов за счет выстояния верхних зубов или дистального смещения нижней челюсти. Дистальный прикус может быть частичным или общим; челюстным, скелетным или зубным;

со смещением нижней челюсти или без него.

Этиология: врожденная особенность строения лицевого скелета, детские болезни, влияющие на развитие костной системы, воспалительные процессы в носоглотке и т. д.

Прогения(мезиальный прикус) - характеризуется несоответствием зубных рядов за счет выстояния нижних зубов или мезиального смещения нижней челюсти. Он может быть частичным или полным; челюстным, скелетным или зубным; со смещением нижней челюсти или без него.

Этиология: врожденная особенность строения костей лицевого скелета, неправильный способ искусственного вскармливания, ранняя потеря молочных моляров и т. д.

Трансверзальные суженные зубные ряды, несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов

Вертикальные, глубокий прикус- такое смыкание зубных рядов, при котором фронтальные зубы в значительной степени перекрываются антагонистами.

В зависимости от вестибулярного или орального наклона различают две разновидности глубокого прикуса - вертикальную и горизонтальную.

Этиология: врожденная особенность строения лицевого скелета, детские болезни, влияющие на рост и развитие костей, ранняя потеря молочных моляров...

Открытый прикус- характеризуется наличием щели между зубами при центральной окклюзии. Эта щель бывает чаще в области фронтальных зубов.

Различают две формы открытого прикуса - вертикальную и горизонтальную.

Этиология: рахит, затрудненное носовое дыхание, ранняя потеря фронтальных зубов, широкая диастема.

Перекрестный прикус - характеризуется обратным смыканием зубов правой или левой половины прикуса.

Этиология: задержка смены молочных зубов постоянными, неправильное положение зачатков зубов и последующее неправильное прорезывание этих зубов, неравномерное развитие челюстей и зубных дуг.

Пороки развития нёба

Врожденная расщелина неба (устаревшее название - "волчья пасть"). По принятой классификации пороков развития неба различают две основные формы:

-- сквозные расщелины бывают односторонние (справа или слева от срединной линии) и двусторонние, когда соединение межчелюстной кости с носовой перегородкой и верхнечелюстными костями отсутствует с обеих сторон. При односторонней расщелине носовая перегородка и межчелюстная кость соединены с небными пластинками только с одной стороны.

--- несквозные расщелины неба делятся на полные (вершина расщелины начинается у альвеолярного отростка и проходит через твердое и мягкое небо) и частичные расщелины (расщелина мягкого и части твердого неба).

К частичным относятся скрытые, или подслизистые, расщелины, при которых расщелина мышц мягкого неба или расщелина язычка, а иногда и части твердого неба прикрыта слизистой оболочкой.

При расщелинах неба у ребенка резко нарушаются функции дыхания и питания, возможна аспирация молока. С возрастом у детей наблюдается расстройство речи - дизартрия и гнусавость. Часто нарушается развитие верхней челюсти - сужение верхней зубной дуги, западение верхней губы ит. д.

Узкое высокое небо - гипсидафия. Полагают, что этот порок возникает в результате ротового дыхания при гипертрофии глоточной миндалины.

Врожденное изолированное недоразвитие мягкого неба, в основном язычка, а также небных дужек, что отрицательно сказывается на акте глотания, а в дальнейшем на произношение некоторых звуков.

Пороки развития губ

Врожденная расщелина губы. Возникновение расщелин определяется главным образом генетическими факторами, но может быть связано и с нарушением внутриутробного развития под влиянием экзо- и эндогенных

факторов. Формы расщелин различны - от небольшой выемки у красной каймы до полного сообщения расщелины губы с отверстием носа.

Расщелины верхней губы могут быть односторонними и двухсторонними.

При полной расщелине верхней губы у ребенка затрудняется, а в некоторых случаях невозможен акт сосания, дыхание становится поверхностным и частым и как осложнение часто возникает пневмония.

Ахейлия - отсутствие губ. Встречается редко - при врожденной атрезии ротового отверстия.

Синхейлия - срастание боковых отделов губ, приводящее к уменьшению ротовой щели

Брахихейлия - короткая средняя часть верхней губы.

Гипертрофия слизистых желез и подслизистой клетчатки ("двойная губа") - складки слизистой оболочки губы, которые особенно выявляются при улыбке.

Утолщение и укорочение уздечки верхней губы.

Зубочелюстные аномалии у детей

Роль детского врача - стоматолога в предупреждении, диагностике и лечении зубочелюстных аномалий.

Вопросами изучения этиологии, патогенеза методов лечения и профилактики зубочелюстных аномалий занимаются ортодонты. В то же время, детский стоматолог в силу инициативной формы своей работы проводя периодическое исследование зубочелюстной системы ребенка, состояния твердых тканей зуба, пародонта, слизистой оболочки рта, прикуса, других заболеваний, сталкивается

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 :

- Нарушение ритма и процесса естественного вскармливания.
- Недостаточное всасывание молока, неравномерное проглатывание.
- Употребление соски, пустышки, не связанное с приемом пищи.
- Сохранение сосательной активности после 10 месяцев жизни.
- 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

Зубочелюстные аномалии у взрослых

Аномалии зубочелюстной системы, не устраненные в детском возрасте, естественно, сохраняются и у взрослых. Клиническая картина аномалий прикуса у них сложнее, так как к основному страданию присоединяются потеря зубов, деформации зубных рядов и челюстей, функциональная перегрузка пародонта, вызванная нарушениями окклюзии.

Хотя возможности ортодонтической терапии после окончания развития лицевого скелета ограничены, однако, нормализация смыкания зубных рядов является выполнимой задачей. Лучшие результаты получают при комплексном лечении аномалий прикуса у взрослых. Ортодонтические, ортопедические и хирургические методы, дополняя друг друга, позволяют добиться положительных результатов.

Обследование взрослого больного имеет определенные особенности, обусловленные тем, что аномалия сочетается с частичной потерей зубов. Необходимо дифференцировать первичные (аномалийные) изменения зубочелюстной системы от вторичных, которые являются следствием патологических процессов, появившихся в течение жизни человека. Здесь уместно отметить, что следует различать понятия «аномалия» и «деформация». Под «аномалией» понимают нарушения развития формы и функции зубочелюстной системы. «Деформация» означает изменение ее формы и функции, обусловленные приобретенными патологическими процессами.

Основная жалоба, с которой пациенты в возрасте от 16 до 35 лет обращаются к врачу-ортодонт - это изменение внешнего вида.

При обследовании больного следует выяснить, не носит ли аномалия наследственный характер. Если этот факт установлен, то можно сделать вывод, что она имеет скелетную форму и выбрать соответствующее лечение.

Исследование полости рта позволяет получить представление об имеющейся аномалии и предположительно о ее форме. Однако, для точного определения формы аномалии, проведения дифференциальной диагностики и изучения патогенеза необходимо использовать специальные методы исследования, как изучение диагностических моделей, рентгенологическое исследование зубов и височно-нижнечелюстных суставов, рентгеноцефалометрический анализ лицевого скелета, анализ мягких тканей лицевого профиля, электромиографическое исследование жевательных мышц и др.

Методы лечения

У детей:

Методы комплексной профилактики аномалий прикуса.

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

- Внутриутробное развитие.
- От рождения до 6 месяцев.
- От 6 месяцев до 3 лет (Период временного прикуса).
- От 3 лет до 6 лет (Период сформированного временного прикуса и начало формирования смешанного).
- От 6 до 9 лет (Первый период смешанного прикуса).
- От 9 до 12 лет (Второй период смешанного прикуса, начало формирования постоянного прикуса).
- От 12 до 15 лет (Период формирования постоянного прикуса).

Для каждого периода характерны свои методы профилактики.

- Нормализация жизни матери, нормальное питание, условия труда и. т. д.
- Профилактика травматизма при рождении ребенка.
- Характер вскармливания ребенка.
- Санация полости рта. Причем нужно отдавать предпочтение нестирающимся пломбировочным материалам. И если у ребенка есть потеря зубов, то нужно изготавливать профилактические протезы.

- Санация носоглотки.
- Логопедическое обучение.
- Купирование вредных привычек осознанных и неосознанных.
- Лечебная физкультура.
- 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.

Ниже приводится примерный комплекс ЛФК для детей с дистальным прикусом.

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 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.

2. Передними зубами закусывается эластический круг, и происходит тренировка пародонта.

У взрослых:

При решении вопроса о возможности ортодонтического лечения аномалии у взрослых имеет значение степень выраженности аномалии.

При глубине резцового перекрытия в пределах от 8 до 13 мм устранить чрезмерное перекрытие до соотношения ортогнатического прикуса невозможно. Также трудно достичь смыкания зубов при открытом прикусе,

если они разобщены на 8 мм и более. По нашим наблюдениям лечебный метод – последовательная дезокклюзия зубных рядов - вполне отвечает требованиям:

1. нормализует функцию жевательного аппарата;
2. способствует его перестройке;
3. не препятствует трудовой деятельности в период лечения.

Основной метод является разобщение зубных рядов, но конструкция лечебного аппарата предусматривает не одновременное выключение из функции боковых зубов обеих сторон, а одностороннее.

К ортодонтическим методам лечения глубокого прикуса относят так же перестройку миостатического рефлекса. По данным автора этого метода «благодаря пластичности нервной системы происходит перестройка миостатических рефлексов. При этом наступает иной уровень оптимальных порогов раздражения рецепторов периодонта и мышц. Состояние физиологического покоя в этих мышцах достигается на новом функциональном уровне».

Этот метод показан при вторичном глубоком прикусе и сочетании этой формы с дистальным смещением нижней челюсти. И следует рассматривать его как основной метод предварительной подготовки полости рта к рациональному протезированию, сроки которой вариабельны и зависят от возраста и индивидуальных особенностей.

Самым простым методом лечения зубочелюстных аномалий является протетическое лечение.

Заключается оно в выравнивании окклюзионной поверхности зубных рядов путем сошлифовывания твердых тканей зубов и протезировании их различными конструкциями. Показаниями к подобному лечению являются:

- 1) скелетные формы аномалии, не подлежащие ортодонтическому лечению, и отказ больного от хирургического вмешательства;
- 2) сочетание глубокого прикуса с отсутствием большого количества зубов;
- 3) невозможность проведения ортодонтического лечения по различным причинам (тяжелое общее состояние, отдаленное место жительства и т.д.);
- 4) отказ больного от ортодонтического лечения;

5) сочетание аномалий с выраженным системным заболеванием пародонта зубов.

Основными задачами ортопедического лечения больных с глубоким прикусом являются устранение повреждений слизистой оболочки твердого неба и десневого края в области нижних передних зубов; уменьшение функциональной перегрузки зубов; создание скользящей окклюзии зубных рядов; восстановление положений нижней челюсти и высоты нижней трети лица. Протетический метод можно применять при лечении не только у людей, которых аномалия сочетается с отсутствием части зубов, но и больных с целостными зубными рядами.

Итак, правильная диагностика, строгий учет и соблюдение медицинских показаний, рациональный выбор метода лечения аномалий у взрослых несомненно даст положительный результат.

Заключение

1. В настоящее время наблюдается высокая распространённость зубочелюстных аномалий среди детей от 7 до 16 лет.

2. В период сменного прикуса частота зубочелюстных аномалий возрастает по сравнению с временным прикусом (на основании данных, взятых из литературы), но постепенно уменьшается в период постоянного прикуса.

3. И в период сменного прикуса и в период постоянного основные виды зубочелюстных аномалий совпадают, однако, если в период сменного прикуса первое место занимает диастема, то в период постоянного прикуса её распространённость значительно снижается, и первое место в данном периоде занимает аномалии положения отдельно стоящих зубов, остальные виды аномалий распределены по частоте примерно одинаково.

4. Процент зубочелюстных аномалий значительно возрастает у обследуемых, страдающих другими стоматологическими заболеваниями, а при наличии общих заболеваний организма ещё больше увеличивается.

5. В настоящее время необходимость в своевременной профилактике и лечении аномалий зубочелюстной системы сильно возросла. Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса и изменения лица, а также общие расстройства организма.

Список литературы

1. Федяев И. М., Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области, 2000-160с.
2. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т.Г.Робустовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с.: ил. (Учеб. лит. Для мед.вузов).
3. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Киев, 2002. -621с.: ил.
4. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416 с.: ил.
5. Интернет -источники.