

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
Зав. Кафедрой: Алямовский Василий Викторович

Реферат
на тему:
"Ортодонтический диагноз"

Выполнил: ординатор кафедры-
клиники стоматологии ИПО
Федорова Валерия Павловна
Специальность: ортодонтия
Год обучения:2

Актуальность.

После проведения клинического обследования пациента формируется предварительный диагноз в терминах одной из принятых классификаций. Проведение дополнительных методов обследования таких как: биометрия диагностических моделей челюстей, антропо - и фотометрия, рентгенологическое и функциональное обследование, проведение дифференциальной диагностики, позволяет сформулировать окончательный диагноз, согласно которого избирают метод и составляют план лечения, определяют наиболее рациональную конструкцию ортодонтического аппарата. Поэтому знания составляющих окончательного ортодонтического диагноза, определения степени сложности ортодонтического лечения важны в практике врача - ортодонта.

Цель.

Уметь правильно интерпретировать результаты диагностики и грамотно поставить окончательный ортодонтический диагноз.

Задачи.

1. Знать классификации зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.
2. Знать составные части окончательного ортодонтического диагноза.
3. Понимать, каким образом определяется степень сложности ортодонтического лечения.
4. Уметь провести и проанализировать данные дополнительных методов исследования для поставки окончательного диагноза.

Ведение.

После проведения клинического осмотра ортодонтического пациента определяется предварительный диагноз, который формулируется в терминах одной из принятых классификаций зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса: Энгля, Д.А. Калвелиса, А.И. Бетельмана, Л. П. Григорьевой или др. Однако для составления плана лечения недостаточно

клинического исследования. Такое исследование позволяет лишь определить морфологические изменения без уточнения степени их выраженности. С этой целью проводят биометрическое, графическое и рентгенологическое исследование, которые позволяют определить степень тяжести морфологических нарушений. Следующим этапом ортодонтического исследования является динамическое исследование, которое включает последовательное применение тестов и клинических функциональных проб, направленных на характеристику и изучение общего состояния организма, который обследуется. Функциональные нарушения определяют путем осмотра и изучения лицевых и внутриротовых признаков методом клинических функциональных проб и лабораторных исследовательских методов (мастикациография, миотонометрия, электромиография, ринопневмография и тому подобное). Степень тяжести эстетических нарушений необходима для определения эстетического прогноза лечения, ее определяют проводя антропо- и фотометрические исследования. После анализа проведенных исследований формулируют окончательный ортодонтический диагноз, который включает в себя следующие части:

- морфологическая часть - выражается в терминах одной из классификаций. Включает в себя характеристику зубочелюстной аномалии или деформации прикуса, дополненную биометрическим, графическим или рентгенологическим исследовательским методом. Например: прогнатический дистальный, глубокий прикус (классификация Л.П. Григорьевой); зубоальвеолярная форма (на основании анализа ТРГ); равномерное сужение верхней челюсти в боковых участках на 2 мм, удлинение переднего участка верхней зубной дуги на 3 мм, ретрузия и скученность нижних фронтальных зубов 1 степени (на основании биометрии);

- этиологическая часть - включает описание этиологических факторов, которые привели к развитию аномалии или деформации прикуса и

действуют на момент обращения пациента к врачу. Важность определения 5 этиологической составленной диагнозу заключается в том, что если причина не определена, то возможен рецидив патологии. Определение этиологических факторов проводится при опросе пациента (анамнез жизни), клиническом исследовании. Например: Вследствие вредной привычки ротового дыхания (наличие разращений аденоидов II -III степени);

- функциональная часть - включает описание нарушений функций и степени их тяжести на основании клинического или проведения дополнительных динамических исследовательских методов. Функциональные нарушения, равно как и не определенные этиологические факторы в последующем могут привести к рецидиву патологии, неблагоприятному эстетическому результату и так далее, например: нарушение функции дыхания, снижения жевательной эффективности и тому подобное.

- эстетическая часть - включает описание изменения лицевых признаков, которые имеют очень важное значение в эстетическом прогнозе лечения. Например: короткая верхняя губа, напряженное смыкание губ (симптом «наперстка»), глубокая борозда губного подбородка. При короткой верхней губе расширения верхней зубной дуги или медиальные сдвиги нижней челюсти может привести к появлению «ясеновой улыбки», формирования «удивленного вида лица», увеличения не смыкания губ и еще большего напряжения мимических мышц подбородка.

Клинический метод исследования в ортодонтии.

Клиническое исследование пациентов с зубочелюстными аномалиями является основным методом в определении ортодонтического диагноза и состоит из субъективного и объективного исследований.

Субъективное исследование это:

- выяснение паспортных данных пациента;
- соби́рание жалоб;

- данные анамнеза жизни;
- данные анамнеза заболевания.

Проводится путем опроса пациента и его родителей.

Опрос пациента в ортодонтии имеет свои особенности: врач ортодонт, должен быть психологом, так как контакт с ребенком и его родителями будет длиться на протяжении нескольких лет, необходимо помнить о тоне и манере разговора. Разговаривать необходимо вежливо и задавать вопросы корректно, не прерывать собеседника, но направлять собеседование в нужном направлении. Во время беседы необходимо следить за мимикой пациента, чтобы определить степень умственного развития, оценивая способность пациента вести собеседование, отвечать на вопросы.

Паспортная часть истории болезни – отображает фамилию, имя и отчество пациента, его пол, возраст, сведения о месте воспитания или обучения, адрес.

Необходимо зарегистрировать сведения о родителях ребенка или опекунах (фамилия, имя, отчество, место работы, средства связи с родителями и ребенком.) Необходимо также указать фамилию детского стоматолога, педиатра или других специалистов у которых наблюдается пациент.

Пол пациента имеет важное значение в планировании ортодонтического лечения, так как в биологическом развитии девочки опережают мальчиков. Различают паспортный, биологический, зубной и костный возраст.

Паспортный (хронологический, или календарный) возраст- это период с момента рождения до какого-нибудь определенного момента жизни.

Биологический или анатомо-физиологический возраст определяет совокупность обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма и является обязательной функцией времени, но в отличие от паспортного – характеризуется менее четкими интервалами времени, на протяжении

которого происходят необратимые возрастные биологические сдвиги в организме.

Биологический возраст может отвечать хронологическому или паспортному, опережать его или отставать от него.

Оценка соответствия паспортного и зубного возраста ребенка в ортодонтии.

Оценка уровня возрастного развития по – зубному возрасту – проводится во время 1-го периода смены зубов по формуле: $- 4n - 20 -$

- где n – возраст пациента в годах, 20 – количество зубов.

Если количество прорезавшихся постоянных зубов отвечает возрасту, то развитие считается нормальным, если количество постоянных зубов – меньше необходимого – замедленное развитие, при большем количестве постоянных зубов – развитие ребенка считают - ускоренным.

Костный возраст - возраст человека, определяемый по состоянию костной системы. Для определения костного возраста чаще пользуются рентгенограммой кисти руки.

Адрес и место жительства – дает возможность врачу ортодонту определить медико-географические особенности местности, в которой проживает пациент, и их влияние на развитие организма ребенка в целом и на развитие зубочелюстно-лицевой области в частности (содержание микроэлементов в питьевой воде; экологические факторы загрязнения окружающей среды и др.)

Методика собирания жалоб пациента – может быть разной. Можно задавать вопросы, но лучше предоставить возможность пациенту или его родителям рассказать о том, что их беспокоит в данный момент.

Жалобы ортодонтических пациентов чаще всего связаны с эстетическими недостатками лица и зубочелюстной системы, реже с нарушением функций – речи, жевания, глотания, дыхания, смыкания губ; болью и хрустом во время открывания рта при нарушениях в височно-нижнечелюстных суставах.

Определяя анамнез жизни ребенка, обращают внимание на следующее:

- возраст родителей на момент рождения ребенка;
- от какой беременности родился ребенок; если беременность не первая, то как протекали и чем закончились предыдущие;
- течение беременности (токсикозы, их характер, в какой период беременности они наблюдались; гормональные нарушения; нарушения обмена веществ; попытки прерывания беременности; характер питания и режима беременной женщины; наличие профессиональных вредностей, фармакологических, радиационных и других факторов во время беременности, которые могли привести к врожденным порокам развития и инвалидности;)
- отклонения в положении плода;
- течении родов (доношенность, родовспоможение, наложение щипцов, кесарево сечение)
- характер вскармливания ребенка (грудное, искусственное, смешанное);
- применение соски – форма и размер соски, размеры отверстия, продолжительность использования;
- сроки прорезывания временных и постоянных зубов;
- заболевания зубов и полости рта;
- преждевременная потеря зубов – в каком возрасте.
- перенесенные заболевания – инфекционные – рахит, гипертермические состояния, в каком возрасте наблюдались, сколько раз повторялись;
- травмы, в каком возрасте и какой их характер;
- вредные привычки;
- положение ребенка во время сна;
- характер дыхания днем и во время сна (ребенок дышит носом или через рот; спит с закрытым или открытым ртом;)

- - заболевания верхних дыхательных путей;
- оперативные вмешательства – адено- и тонзилотомия ли эктомия, стоматологические операции, как они отразились на развитии зубо-челюстнолицевой области;
- нарушение опорно-двигательного аппарата – нарушения телосложения, осанки, переломы челюстных и лицевых костей, в каком возрасте; проведенное лечение;
- общие заболевания- сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной, нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, почек и т.д.
- состояние здоровья на момент обследования;
- гигиенический уход за полостью рта;
- наследственная отягощенность;
- аллергологический статус;
- экологические условия в месте жительства.

Анамнез – история развития - заболевания позволяет определить начало заболевания – формирование зубо – челюстной аномалии, что предшествовало началу заболевания, продолжительность и динамика заболевания; примененные ранее методы лечения и их эффективность; возможность унаследованной передачи отдельных признаков строения лица, челюстей, прикуса, формирования зубных дуг.

Осмотр – основной прием обследования ортодонтического пациента- состоит из:

- общего осмотра, определения телосложения и осанки, особенностей строения лица;
- осмотра полости рта.

Общий осмотр.

Во время проведения общего осмотра определяют соматическое и психическое развитие пациента, их соответствие возрасту; Обращают внимание на рост и массу тела, конституцию пациента.

Пациента осматривают в фас, профиль, со спины и определяют:

- положение головы, плеч, лопаток, ног (искривление голени, ступней);

- форму грудной клетки, живота, спины – искривление позвоночника;

Особое внимание уделяют уровню физического развития пациента и его телосложению. В зависимости от степени выраженности изгибов позвоночника – различают следующие виды осанки- нормальную, или выпрямленную, сутулую, лордическую, кифотическую, и сколиотическую.

Эти сведения, кроме общей характеристики роста и формирования скелета, позволяют определить патогенетическую связь с ослаблением опорно-двигательного аппарата и нарушениями телосложения.

При осмотре головы необходимо:

- определить ее пропорциональность размерам тела;
- пропорциональность лицевого и мозгового отделов;
- форму лица.

Форма лица.

Форма лица может напоминать форму круга, квадрата, ромба, усеченного конуса, овала, треугольника, шестигранника. Лицо может быть – узким, широким и средней ширины; укороченным, средней длины, удлиненным. Форма профиля лица может быть выпуклой, прямой, уплощенной, вогнутой.

Особенности формы и строения лица имеют важное значение в определении эстетического прогноза ортодонтического лечения.

Индивидуальные, врожденные особенности строения и формы лица подчеркивают или уменьшают нарушения, обусловленные наличием зубочелюстной аномалии.

Кроме общей характеристики формы лица и головы, описывают их составляющие.

Лицо делится на несколько топографических областей – лобную, область глазницы, область носа, подглазничную область, область рта,

подбородочную область, щечную область, околоушно-жевательную область, скуловую, височную.

Оценка пропорционального развития лица.

Обычно при ортодонтическом осмотре лицо подразделяют на три относительно пропорциональные части:

- верхнюю (лобную), среднюю (носовую), нижнюю (челюстную).

Верхняя часть начинается от границы роста волос и заканчивается посередине линии, которая соединяет надбровные дуги.

Средняя - продолжается от середины линии надбровных дуг до подноссовой точки, соединяющей нижние края крыльев носа; нижняя – от подноссовой точки до нижней точки подбородка.

Только средняя часть лица (носовая) имеет относительно стабильные вертикальные размеры.

Высота верхней части лица (лобной) зависит от линии роста и сохранения волос.

Высота нижней части зависит от вида прикуса в вертикальной и сагиттальной плоскостях – при глубоком прикусе она может быть уменьшена; при открытом и мезиальном – увеличена.

Особое внимание уделяют изменениям размеров нижней части лица.

Существует относительная симметрия правой и левой половин лица.

При врожденных пороках развития, трансверзальных аномалиях прикуса определяют нарушения симметрии разной степени тяжести.

Абсолютно симметричных лиц не существует.

Различают физиологическую и патологическую асимметрию лица. Физиологической асимметрией считают различие в размерах до 2 мм.

Определяют форму лба, выраженность и размер глаз, направление зрения – прямое, исподлобья. Это имеет значение для определения расовых особенностей, психического развития, этиологических факторов. Так при перенесенном в раннем детстве рахите – лоб может быть высоким, квадратным с хорошо выраженными надбровными буграми.

Осматривают спинку носа, характеризуют подвижность крыльев носа – при наличии аденоидных разражений – спинка носа может быть широкой, неподвижные крылья носа в сочетании с полуоткрытым ртом и сухой красной каймой губ свидетельствуют о нарушении носового дыхания.

Отклонения в строении ушных раковин (атрезия, оттопыренные уши и уши «сатира») могут быть вторичным признаком нарушения роста височной кости, что отражается на расположении элементов височно-нижнечелюстных суставов и нижней челюсти.

Кожные складки лица, носогубная и подбородочная.

Характеризуют выраженность носо-губных складок – сглаженные, глубокие или средней глубины. Глубина носогубных складок может быть проявлением сагиттальных аномалий прикуса.

Обращают внимание на характер смыкания губ (свободное, с напряжением, полуоткрытый рот).

Определяют толщину и длину верхней и нижней губ, поскольку эти факторы влияют на эстетический прогноз лечения. При напряженном смыкании губ и инфантильном типе глотания может возникнуть «симптом наперстка», или «лимонной корки» - точечные углубления на коже подбородке. Поэтому при короткой верхней губе нежелательно перемещение нижней челюсти или расширение челюстей, так как увеличение объема полости рта приведет к напряженному смыканию губ и изменению выражения лица (формируется как бы удивленное лицо), может появиться «десневая улыбка» , когда при широкой улыбке обнажается альвеолярный отросток.

Оценивают глубину подбородочной борозды (глубокая, средняя, сглаженная). Глубина губо-подбородочной борозды зависит от наличия аномалий прикуса в вертикальной либо сагиттальной плоскости.

Форма подбородка имеет большое значение в эстетическом прогнозе лечения. Подбородок может быть прямым, скошенным назад или выступающим вперед. Эти проявления могут быть признаком

индивидуального строения лица или симптомом сагиттальных аномалий прикуса. Прямой квадратный подбородок придает лицу мужественный вид. Двойной подбородок может быть проявлением изменения языка – глоссоптоза.

Определяют величину нижнечелюстных углов, размер ветви и тела нижней челюсти.

Обследование пациентов с зубочелюстными аномалиями и проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава необходимо проводить по схеме, которая заключается в сборе и изучении жалоб, анализе анамнеза, осмотре лица, пальпации и аускультации суставов, определении тонуса мышц и болевых точек на лице, изучении состояния суставов во время движений нижней челюсти, определении расстояния между краями центральных резцов при максимально открытой полости рта, применении функционально-диагностических проб, рентгенологическом исследовании. При необходимости пациентов направляют на консультацию к смежным специалистам.

При разных видах дисфункции височно-нижнечелюстного сустава могут возникать следующие симптомы: хлопанье, щелканье, хруст, крепитация, ограничение открывания рта, смещение нижней челюсти в сторону при открывании рта, S – образные движения при опускании нижней челюсти, признаки стирания зубов.

Пальпация суставов осуществляется следующим образом:

- указательные пальцы устанавливают впереди от козелка уха с обеих сторон и просят пациента широко открыть рот. При чрезмерной экскурсии головок (вывих, подвывих) пальцы при максимально открытой полости рта проваливаются в пустые суставные впадины. Пальпаторно можно определить хруст, хлопанье, а иногда пропальпировать деформированный мышцелок.

Далее пальпируют места прикрепления собственно жевательных и височных мышц; боль в мышцах говорит об их гипертонусе.

Обращают внимание на характер движений нижней челюсти во время открывания и закрывания рта.

Движения нижней челюсти должны быть плавными. Толчкообразные и, зигзагообразные движения свидетельствуют о поражении элементов височно-нижнечелюстного сустава.

В момент закрывания рта обращают внимание на наличие и степень смещения нижней челюсти. После этого необходимо выяснить причину смещения (артрогенное, миогенное).

Артрогенное смещение характерно для односторонних привычных вывихов, подвывихов, деформирующих артрозов.

Миогенное развивается вследствие резкого одностороннего гипертонуса жевательных мышц (особенно латеральной крыловидной).

Щтангельциркулем измеряется расстояние между режущими краями центральных резцов – при максимально открытой полости рта у взрослых по Д.Е.Каланторову оно составляет в среднем 44 мм.

По Ю.Л.Образцову (1992) глубина преддверия – может быть очень мелкой – до 3 мм, мелкой – от 3 до 5 мм, средней глубины от 5 до 10 мм и глубокой больше 10 мм.

Мелкое преддверие полости рта может быть этиологическим фактором, способствующим недоразвитию переднего участка нижней челюсти, которое проявляется скученностью нижних фронтальных зубов, и заболеваниями пародонта.

Осмотр уздечек губ.

После осмотра преддверия полости рта переходят к осмотру уздечек губ и щечных тяжей с целью определения аномалий их расположения.(высокое прикрепление, низкое, нормальное), формы и их размеров. Нормально развитая уздечка губы представляет собой тонкую, треугольной формы складку слизистой оболочки, с широким основанием на губе, которое заканчивается по средней линии альвеолярного отростка, приблизительно на расстоянии 5 мм от десневого края.

Аномалии уздечек характеризуют по месту прикрепления, форме, размерам.

Аномалии положения, формы, размеров уздечек могут быть причиной образования диастемы, развития заболеваний пародонта.

Осмотр языка.

Большое значение имеет осмотр языка, так как его размеры, форма, положение и подвижность оказывают непосредственное влияние на развитие прикуса и формирование зубочелюстных аномалий.

Наличие отпечатков зубов на боковых поверхностях языка или на фронтальном участке свидетельствует о недостаточном пространстве для языка или об увеличении его размеров (уменьшение объема полости рта наблюдается при дистальном положении нижней челюсти).

Укороченная уздечка языка, прикрепленная близко к его кончику, может быть причиной ряда функциональных и морфологических нарушений в зубочелюстной системе. Ограничение подвижности языка затрудняет сосание у новорожденного ребенка, способствует формированию инфантильного глотания, неправильному произношению отдельных звуков. У таких детей формируется открытый прикус, макрогнатия нижней челюсти.

Ф.Я.Хорошилкина (1972) выделяет 5 видов уздечек языка, которые ограничивают его движения.

К первому виду относят тонкие, почти прозрачные уздечки, нормально прикрепленные, но ограничивающие подвижность языка в связи с незначительной длиной.

Ко второму виду принадлежат также тонкие, полупрозрачные уздечки, которые прикрепляются близко к кончику языка и имеют незначительную длину. При поднятии языка на его кончике в центре образуется желобок.

Уздечки третьего вида - представляют собой – плотный, короткий тяж, прикрепленный близко к кончику языка. При выдвигении языка,

кончик подворачивается, а спинка выбухает в результате натяжения. Облизывание верхней губы затруднено, а иногда невозможно. При пальпации такой уздечки можно определить, что ограничение подвижности языка обусловлено фиксацией его кончика соединительнотканым тяжем. Под тяжем, имеющим вид шнура, расположена тонкая дупликатура слизистой оболочки.

К четвертому виду относят уздечки, тяж которых хотя и выделяется, но сращен с мышцами языка. Такие уздечки часто наблюдаются у детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Уздечки 5-го вида – отличаются тем, что тяж малозаметен, его волокна расположены в толще языка, сплетены с его мышцами и ограничивают его подвижность.

Следующим этапом осмотра полости рта является определение состояния тканей пародонта. Поскольку заболевания пародонта часто сопровождают зубочелюстные аномалии, для ортодонта важно определить состояние десны. При этом оценивают цвет, размеры, объем и форму десневых сосочков;

- характер десневого края (фестончатый, усеченный, сглаженный);
- определяют уровень расположения десневого края относительно шеек зубов (разрастание, рецессия).

Осматривая небо, обращают внимание на подвижность мягкого неба;

- небные дужки;
- небные миндалины (их объем, цвет, расположение относительно небных дужек);
- зев;
- слизистую оболочку задней стенки глотки, определяют ее состояние (атрофичная, нормальная, гипертрофичная).

Осмотр зубов и запись зубной формулы позволяют определить принадлежность зубов к временному или постоянному прикусу;

- состояние твердых тканей зубов (поражение кариесом и его осложнениями, гипоплазией, флюорозом и т.п.)

Осмотр отдельных зубов позволяет определить аномалии их количества, прорезывания, положения, величины и формы, цвета, структуры твердых тканей и т.п.

Осмотр отдельных зубов и зубных рядов.

Аномалии положения отдельных зубов или групп зубов отражаются на форме и величине зубных рядов и альвеолярных отростков. Для их характеристики имеют значение такие клинические симптомы: скученное положение зубов; наличие диастем и трем; сужение и расширение; укорочение и удлинение зубных рядов; зубоальвеолярное удлинение или укорочение в отдельных участках зубных рядов.

Такие нарушения могут привести к изменениям положения зубных рядов относительно друг друга, то есть к разным формам зубочелюстных аномалий.

По Д.А. Калвелису различают – суженный зубной ряд, седловидно-сдавленный, V – образный, четырехугольный (трапециевидный) и асимметричный.

Ф.Я.Хорошилкина, Г.Н.Гранчук, И.И.Постолаки выделяют такие формы зубного ряда верхней челюсти: нормальную, суженную, удлиненную, укороченную, ступенькообразную, симметричную, асимметричную.

На нижней челюсти: нормальную, суженную, удлиненную, расширенную. При нормальном физиологическом развитии верхняя зубная дуга имеет форму полуэллипса, нижняя параболы. Зубные дуги временного прикуса имеют форму полукруга.

После осмотра зубных дуг в отдельности, следует оценить их соотношение между собой при смыкании.

Характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии называется – прикус.

Различают физиологические и патологические виды прикуса.

К физиологическим – относятся ортогнатический, прямой, опистогнатический и бипрогнатический.

Физиологическому прикусу присущи определенные признаки:

Лицевые :

- относительная симметрия левой и правой половин лица;
- вертикальные размеры средней и нижней частей лица, почти равны, по Шварцу допустима разница в пределах 10%;
- переносица обычной формы, подвижные крылья носа;
- верхняя губа перекрывает нижнюю, образуя «лестницу губ»;
- губы смыкаются без напряжения;
- губно-подбородочная борозда средней глубины;
- величина угла нижней челюсти составляет 120-130°

Физиологический прикус постоянных зубов характеризуют морфологические признаки, одни из которых касаются всей зубной дуги, другие – только соотношения передних зубов, третьи – соотношения боковых зубов.

Признаки, которые относятся ко всей зубной дуге:

- верхняя зубная дуга имеет форму полуэллипса, нижняя – форму параболы;
- на верхней челюсти зубная дуга больше альвеолярной, альвеолярная больше базальной;
- на нижней челюсти – зубная дуга меньше альвеолярной, альвеолярная меньше базальной. Таким образом, верхняя зубная дуга больше нижней.
- каждый зуб, как правило контактирует с двумя антагонистами, из которых один называется главным, а второй – побочным, за исключением верхних «зубов мудрости» и нижних центральных резцов, которые имеют по 1-му антагонисту. Это объясняется большей шириной верхних центральных резцов по сравнению с нижними.

Каждый верхний зуб смыкается с одноименным и позади себя расположенным нижним зубом, а каждый нижний зуб – смыкается с одноименным и расположенным впереди верхним зубом.

- Зубы каждого зубного ряда прилегают друг к другу, соприкасаясь контактными пунктами (точечными, линейными, плоскостными), расположенными на аппроксимальных поверхностях. Наличие контактных пунктов предохраняет зубы от смещения в передне-заднем направлении, уменьшает амплитуду физиологической подвижности. Контактные пункты препятствуют проскальзыванию пищи по направлению к десневым сосочкам.

Благодаря аппроксимальным контактам зубной ряд представляет собой единую систему.

Признаки , которые характеризуют соотношение передних зубов:

- средние линии, которые проходят между центральными резцами верхней и нижней челюстей, находятся в одной сагиттальной плоскости и являются продолжением одна другой.

- верхние резцы перекрывают нижние на $1/3$ высоты коронки;

- нижние резцы своими режущими краями контактируют с зубным бугорком на небной поверхности верхних резцов (режуще-бугорковый контакт). Между резцами верхней и нижней челюстей может быть пространство 2 мм, которое называют физиологическая сагиттальная щель.

Признаки смыкания жевательных зубов в щечно-небном направлении.

- щечные бугорки верхних премоляров и моляров расположены кнаружи от одноименных бугорков нижних зубов, а щечные бугорки нижних – кнутри от одноименных бугорков верхних, поэтому верхние небные бугорки попадают в продольные бороздки нижних зубов, а нижние щечные в продольные бороздки верхних зубов.

- язычные бугорки нижних зубов расположены кнутри от одноименных бугорков верхних зубов;

- наружные (щечные) и внутренние бугорки жевательных зубов на обеих сторонах верхней и нижней зубных дуг расположены на различных уровнях.

- верхняя зубная дуга больше нижней на величину щечного бугорка, благодаря чему размах боковых движений нижней челюсти увеличивается и расширяется окклюзионное поле.

Признаки смыкания жевательных зубов в передне-заднем направлении:

- передний (мезиальный) щечный бугорок первого верхнего моляра расположен на щечной стороне первого нижнего моляра в поперечной бороздке между щечными бугорками, а задний щечный бугорок – между дистально-щечным бугорком первого нижнего моляра и мезиально-щечным бугорком второго моляра.

- жевательные поверхности нижних зубов, начиная с премоляров и кончая последним моляром, образуют вогнутую сагиттальную кривую поверхность. Жевательные поверхности верхних жевательных зубов также образуют сагиттальную кривую, но не вогнутую, а выпуклую, которая повторяет форму нижней вогнутой кривой.

Вариантом физиологического прикуса является прямой прикус. В отличие от ортогнатического – режущие края верхних резцов не перекрывают нижних, а устанавливаются в прямом контакте – контактируют режущими краями. В области боковых зубов соотношение такое же, как и при ортогнатическом прикусе.

В клинике выделяют также опистогнатический и бипрогнатический виды прикусов. Отличаются от ортогнатического направлением альвеолярных отростков и наклоном фронтальных зубов. При опистогнатическом прикусе передние зубы или альвеолярные отростки с фронтальными зубами на обеих челюстях наклонены назад, а при бипрогнатическом – вперед. В области боковых зубов соотношение такое же, как и при ортогнатическом прикусе.

Характеризуя прикус, описывают его в 3-х плоскостях:

Срединно-сагиттальной, вертикальной, и горизонтальной.

Срединно-сагиттальная плоскость проходит спереди назад. В этой плоскости определяют изменение положения нижнего зубного ряда относительно верхнего, изменение соотношения зубов в переднее - заднем направлении. Ориентиры описания прикуса в сагиттальной плоскости следующие:

- наличие или отсутствие сагиттальной щели, пространства между режущими краями резцов верхней и нижней челюстей;

- соотношение клыков и вторых временных моляров (для временного прикуса) или первых постоянных моляров для постоянного прикуса. Соотношение клыков и моляров оценивается слева и справа; оно может быть правильным(нормальным), дистальным, мезиальным. Степень тяжести нарушения соотношения первых постоянных моляров оценивается относительно величины щечного бугра: нижний первый моляр на $\frac{1}{2}$ величины бугра располагается дистально или мезиально относительно верхнего, на всю величину бугра и более чем на величину бугра.

Вертикальная плоскость проходит параллельно плоскости лба перпендикулярно срединно-сагиттальной плоскости.

В этой плоскости определяют:

- наличие или отсутствие резцового контакта;
- глубину резцового перекрытия: нормальное или глубокое.
- при отсутствии резцового контакта (наличии щели) характеризуют ее вертикальные размеры в миллиметрах и ее протяженность(горизонтальные размеры).

Трансверзальной плоскости (горизонтальной) определяют:

- соответствие ширины зубных рядов верхней и нижней челюсти;
- боковые смещения нижней челюсти.

Ориентирами описания прикуса в трансверзальной плоскости являются:

- соотношения щечных бугорков нижнего и верхнего зубных рядов;
- совпадение средних линий лица и челюстей и основания уздечек губ.

Определить аномалии размеров и положение базисов челюстей (апикального базиса) во время клинического обследования не всегда возможно. Для этого необходимы дополнительные методы диагностики.

После проведенного клинического обследования формулируют предварительный диагноз в терминах определенной классификации зубо-челюстных аномалий. Определив морфологические отклонения в строении лица и прикуса, смежных органов и тканей, используют дополнительные методы исследования, которые позволяют определить предварительный диагноз.

Диагноз — заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента.

При постановке диагноза врач руководствуется субъективными жалобами больного, анамнезом, осмотром пациента, результатами медико-диагностических исследований и наблюдением за дальнейшим течением болезни. При этом также учитываются возраст, пол, работа, социальное положение, местность и другие не медицинские факторы.

Варианты диагноза: предварительный, окончательный, клинический и патологоанатомический.

Окончательный диагноз может быть прямым (отчетливо ясно заболевание),

дифференциальным (врач определяет круг возможных болезней и назначает исследования, затем решает, какие из рассматриваемых заболеваний исключены и какие подтверждены) и диагностическим. В диагнозе выделяют:

- I. Основное заболевание:
 - Морфологические нарушения:

- смыкание зубных рядов – в сагиттальном направлении (нейтральное, дистальное, мезиальное) (степени выраженности в мм.);

- смыкание зубных рядов в вертикальном направлении (глубокое резцовое перекрытие или глубокий прикус) (степени выраженности в мм.); открытый прикус (в переднем или в боковых участках; односторонний, двусторонний; симметричный, асимметричный) (степени выраженности в мм.);

- смыкание зубных рядов в трансверзальном направлении – перекрестный прикус (вестибулярный, лингвальный) (степени выраженности в мм.);

- аномалии формы зубных рядов – в сагиттальном направлении (удлиненный или укороченный зубной ряд, симметричный или асимметричный; в вертикальном направлении (удлинение или укорочение в определенных участках зубных дуг); в трансверзальном направлении (симметрично или асимметрично суженный или расширенный зубной ряд);

- аномалии отдельных зубов – аномалии числа зубов (адентия, сверхкомплектные зубы (их количество и локализация), ретенция, ранняя потеря молочных и постоянных зубов); аномалии величины зубов, их формы, цвета, твердых тканей (макро- или микродентия), неправильная форма коронки, корня зуба (описывают форму зуба, в том числе слившегося со сверхкомплектным), гипоплазия эмали;

- аномалии положения зубов (указывают каких) – вестибулярное, оральное, мезиальное для боковых и медиальное для передних, дистальное для боковых и латеральное для передних, выше или ниже окклюзионной плоскости, тортоаномалия, транспозиция;

- аномалии мягких тканей – аномалийное прикрепление уздечки верхней или нижней губы, аномалии формы и прикрепления щечных тяжей слизистой оболочки, укороченная уздечка языка (один из 5 видов по Ф.Я.Хорошилкиной), величина, форма, плотность и подвижность языка,

степень выраженности небно-глочных миндалин, врожденная расщелина губы, мягкого неба и т.д.

- Этиологический фактор
- Функциональные нарушения: нарушение жевания (медленное, вялое жевание и т.д.); глотания, речеобразования, дыхания.
- Эстетические нарушения – форма лица в фас, в профиль.

II. Сопутствующие заболевания.

Заключение.

Аномалии зубочелюстной системы переменны по степени выраженности морфологических, функциональных и эстетических нарушений и следовательно, прогнозу лечения. Для выбора метода, составления плана лечения и выбора рациональной конструкции ортодонтического аппарата необходимо не только диагностировать и классифицировать патологию прикуса, но и определить степень выраженности этих нарушений и тяжести их устранения.

Список литературы.

1. Аболмасов Н. Г., Аболмасов Н. Н. Ортодонтия. – 2008. - 429 стр.
2. Андреищев А. Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. - 2008 г. - 423 стр.
3. Дистель В. А. Зубочелюстные аномалии и деформации. Омск. - 2004. 100 с.
4. Курляндскчй В. Ю. Зубочелюстные аномалии у детей и методы лечения Ортодонтия. — М.: Медгиз, 2004 г. - 138 с.
5. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. - М., 2006 - 356с.
6. Персин Л С, Косарева Т. Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. — М.- Центр-Ортодонт, 2006. — 48 с.
7. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение // МИА, - Москва. – 2006 – 546 с.