

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВЫСШЕЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ УКРАИНЫ
«УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Утверждено
на заседании кафедры ортодонтии

«_____» _____ 20__ г.

протокол № _____ от _____

Зав. кафедрой _____ Л.В. Смаглюк

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для самостоятельной работы студентов
во время подготовки к практическому занятию и на занятии

Учебная дисциплина	Ортодонтия.
Модуль №3	Детское зубное протезирование.
Тема занятия №13	Особенности местных и общих нарушений состояния организма при зубочелюстных аномалиях.
Курс	5
Факультет	Факультет подготовки иностранных студентов.

1. Актуальность темы:

Целостность организма человека, взаимообусловленность формы и функций его органов и систем с наглядностью подтверждаются при изучении взаимосвязи местных и общих нарушений организма, возникающих при аномалиях зубочелюстной системы. Ортодонтическая патология занимает ведущее место среди стоматологических заболеваний, как у детей так и взрослых. Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) отображают общее состояние организма человека и могут быть следствием соматического заболевания. В свою очередь ортодонтическая патология опосредствованно может стать одной из причин развития заболеваний, как стоматологического характера, так и других органов и систем человеческого организма и привести к значительным морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям. Наиболее часто ЗЧА диагностируются у детей с задержкой роста – 89,05% (Колесник К.А., 2009). У пациентов с ЗЧА старше 14 лет отмечен факт дисонтогенеза, который проявляется отставанием биологического возраста от паспортного (Куроедова В.Д., 1997). Следовательно, диагностику, тактику лечения и профилактику зубочелюстных аномалий и деформаций необходимо рассматривать в контексте целостности формирующегося организма ребенка, взаимообусловленности формы и функции его органов и систем.

2. Конкретные цели:

1. Анализировать результаты опроса ортодонтического пациента и его родителей.
2. Трактовать результаты сбора жалоб.
3. Анализировать результаты определения данных анамнеза жизни и заболевания.
4. Трактовать результаты изучения телосложения, роста и массы тела, конституции пациента. Диагностировать вид осанки.
5. Анализировать результаты осмотра лица и полости рта ортодонтического пациента.
6. Анализировать результаты антропометрической диагностики.
7. Анализировать результаты функциональной диагностики.
8. Анализировать результаты рентгенологических методов диагностики.
9. Проанализировать взаимосвязь соматических заболеваний с изменениями в зубочелюстной системе.
10. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и дисфункций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
11. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и нарушений эндокринной системы
12. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и изменений функции опорно-двигательной системы.
13. Трактовать симптомокомплекс при ангидротической эктодермальной дисплазии

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы

(междисциплинарная интеграция)

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия.	Описывать строение мозгового и лицевого отделов черепа, челюстей, прикрепление мимических и жевательных мышц, строение ВНЧС в различные возрастные периоды. Оценить развитие и пропорциональность размеров лицевого отдела черепа, челюстей. Определять анатомические признаки разных групп временных и постоянных зубов.
2. Гистология.	Знать гистологическое строение твердых тканей временных и постоянных зубов. Знать анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта.
3. Нормальная физиология.	Знать последовательность проведения импульсов при сокращении мышц. Фазы жевания, глотания. Лабораторные методы исследования функции жевания, дыхания. Нормальные значения физиологических параметров при исследовании функций с помощью лабораторных и клинических методов.
4. Детская стоматология.	Знать периоды развития временных и постоянных зубов. Уметь определить период развития ребенка, особенности формирования ЗЧС в данный период развития ребенка. Рисовать схему сроков прорезывания временных, постоянных зубов. Определять период формирования прикуса, соответствие паспортного, стоматологического и биологического возраста.
5. Профилактика стоматологических заболеваний.	Уметь записать зубную формулу (клиническую, анатомическую, по ВОЗ). Определить гигиенические и пародонтальные индексы.
6. Биофизика, информатика,	Методы и устройства для проведения

медицинская.	измерений с целью определения угловых и линейных размеров.
7. Рентгенология.	Основные методы рентгенологического исследования
8. Ортопедическая стоматология.	Требования, которые необходимо соблюдать при проведении рентгенологического исследования. Виды укладок при проведении рентгенологического исследования. Владеть методикой снятия оттисков и отливания диагностических моделей.
9. Психология, деонтология.	Владеть методикой определения типологии пациента.

4. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию и на занятии.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Клиническое обследование.	Клиническое обследование пациентов с зубочелюстными аномалиями является основным методом в определении ортодонтического диагноза и состоит из субъективного и объективного исследований.
2. Субъективное исследование.	Субъективное исследование это выяснение паспортных данных пациента; собирание жалоб, данных анамнеза жизни и заболевания. Проводится путем опрашивания пациента или его родителей.
3. Паспортный (хронологический или календарный) возраст.	Это период с момента рождения до какого-нибудь определенного момента жизни.
4. Биологический или анатомо-физиологический возраст.	Определяется совокупностью 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

<p>5. Объективное обследование</p> <p>6. Осмотр.</p> <p>7. Осанка.</p> <p>8. Признаки правильной осанки:</p> <p>9. Дизонтогенез.</p> <p>10. Костный возраст.</p> <p>11. Антропометрические измерения лица и головы пациента.</p>	<p>возрастные биологические сдвиги в организме. Биологический возраст может отвечать хронологическому (паспортному), опережать или отставать от него.</p> <p>Этап клинического обследования во время которого проводят осмотр пациента (осанка, лицо) и его челюстно-лицевой области.</p> <p>Главный прием объективного обследования ортодонтического пациента включает: общий обзор, определение телосложения и особенностей строения лица, осмотр полости рта.</p> <p>Привычная поза , которую человек принимает стоя или сидя без излишнего мышечного напряжения.</p> <p>Средняя линия всей длины позвоночника имеет вертикальное направление, голова смотрит прямо.</p> <p>Симметричное расположение лопаток, плеч, сосков. Обе ключичные кости соединяются горизонтальной линией. Обе ягодицы расположены на одном уровне. На спине нет асимметрических кожных складок. Все физиологические изгибы позвоночника находятся в нормальном диапазоне величин (нет патологических лордозов, кифозов).</p> <p>Нет бокового искривления позвоночника (сколиоз). Обе ноги имеют одинаковую длину.</p> <p>Это состояние, при котором наблюдаются отклонения от нормального личностного развития в определенный период жизни. Оно может проявиться в любом возрасте. Существует несколько типов этого состояния: асинхрония, ретардация, а также регрессия.</p> <p>Возраст человека, определяемый по состоянию костной системы. Для определения костного возраста чаще</p>
--	---

<p>12. Ориентированные плоскости за Симоном.</p> <p>13. Индекс Изард (IFM).</p> <p>14. Принцип «золотого сечения».</p> <p>15. Антропометрических измерения моделей челюстей.</p> <p>16. Рентгенография.</p> <p>17. Ангидротическая эктодермальная дисплазия.</p>	<p>пользуются рентгенограммой кисти руки.</p> <p>При проведении дополнительных методов диагностики в ортодонтии используют антропометрическое обследование лица и головы пациента (фотометрия). Эти плоскости расположены взаимно перпендикулярно друг к другу. Относительно их изучают отклонения в строении лица, а также нарушения прикуса у трансверзальном, сагиттальном и вертикальном направлениях</p> <p>Изучая голову используют 3 ориентированные плоскости за Симоном: срединно-сагиттальную, ухо-глазничную и фронтальную.</p> <p>Форму лица можно определить с помощью индекса Изарда (IFM) – индекс фациальный морфологический. $IFM = oph - gn \times 100\% / zy - zu$. Величина индекса 104 и более характеризует узкое лицо, от 97 до 103 – среднее, 96 и менее – широкое лицо.</p> <p>«Золотым сечением» называют две части отрезка, в котором меньшая часть относится к большей как большая ко всему отрезку.</p> <p>Антропометрические измерения моделей челюстей проводятся в трех плоскостях: срединно-сагиттальной; вертикальной; трансверзальной. Для уточнения диагностических критериев в период временного, сменного и постоянного прикуса применяются как традиционные методы антропометрии КДМ так и специальные.</p> <p>Рентгенологические методы исследовательские у пациентов с ЗЧА являются обязательными для уточнения этиопатогенетических аспектов, диагностических</p>
--	--

	<p>критериев, планирования ортодонтического лечения, прогнозирования и контроля его результатов.</p> <p>Ангидротическая эктодермальная дисплазия – наследственное заболевание, которое развивается вследствие нарушения формирования эктодермы (зародышевого листка). Еще одно название данного состояния – синдром Криста-Сименса.</p>
--	---

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Перечислите этапы обследования ортодонтических пациентов.
2. Какие особенности общего осмотра ортодонтических пациентов (определения телосложения, конституции, вид осанки).
3. Как определяется форма лица, пропорциональность верхней, средней и нижней частей, симметричность левой и правой половины лица, тип профиля.
5. Какие особенности обследования состояния ВНЧС.
4. Какие особенности осмотра полости рта ортодонтического пациента.
5. Дайте характеристику прикуса в трех плоскостях: срединно-сагиттальной, вертикальной и трансверзальной.
6. Перечислите методы определения размеров зубов, ширины и длины зубного ряда.
7. Назовите показания к проведению различных рентгенологических методов исследования, применяемых в ортодонтии.
8. Назовите методы оценки функциональных нарушений челюстно-лицевой области.
9. Назовите методы определения нарушений функций опорно-двигательной системы.
7. Назовите методы определения нарушения функций дыхательной системы.
8. Дайте характеристику симптомокомплексу при ангидротической эктодермальной дисплазии.

4.3. Практическая работа (задания), которые выполняются на занятии:

1. Построить в конспекте графологической структуры этапов клинического обследования.
2. Определить степень местных и общих нарушений состояния организма при различных видах зубо-челюстных аномалий.
3. Записать клинические функциональные пробы.

Содержание темы:

Целостность организма человека, взаимообусловленность формы и функций его органов и систем с наглядностью подтверждаются при изучении

взаимосвязи местных и общих нарушений организма, возникающих при аномалиях зубочелюстной системы. Аномалии прикуса характеризуются неправильным расположением зубов, отсутствием множественных контактов между зубными рядами, изменением формы альвеолярного отростка, нарушением размеров челюстей и их расположения в черепе. Наблюдающиеся при этом нарушения функции зубочелюстной системы усугубляют изменения и отражаются на развитии смежных органов и всего организма в целом.

Нарушения функций опорно-двигательной системы.

От функционального состояния опорно-двигательной системы зависит осанка человека. Зафиксированные позотонические рефлексy, обусловленные вредными привычками, приводят к неправильной позе тела, что в свою очередь способствует развитию зубочелюстных аномалий. При пониженной минерализации костной ткани форма костей изменяется даже при незначительном, но длительном воздействии неправильно функционирующих мышц. В связи с этим привычное неправильное положение тела и особенно головы во время сна (сон на одном боку, с подложенной под щеку рукой или кистью руки, сжатой в кулак) способствует несимметричному развитию челюстей, чаще одностороннему сужению зубных дуг, смещению нижней челюсти (А. И. Бетельман, В. П. Окушко, З. Н. Штробиндер, G. Korkhaus, A. M. Schwarz, H. Taatz и др.). Привычка спать на спине, запрокидывая голову назад, или со склоненной на грудь головой приводит к нарушению роста челюстей.

Если смотреть в профиль на стоящего человека, то центры жести его головы, лопаточно-плечевой артикуляции, бедер, колен и стоп находятся, как правило, на одной вертикальной оси, что характерно для гармонично развитой, статной фигуры. При аномалиях прикуса центр тяжести головы нередко располагается впереди этой вертикальной оси, что влечет за собой изменение осанки. Нагрузка, приходящаяся на мышцы шеи, увеличивается; при этом сохранение правильного положения головы и горизонтального направления взора возможно лишь при дальнейшем усилении действия мышц шеи. В результате функциональной перегрузки у большинства больных с аномалиями прикуса наблюдаются наклон головы вперед, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голеней, плоскостопие. Такие отклонения в ранних стадиях их развития можно охарактеризовать как слабость осанки. Нарастание отклонений, а также их усугубление с возрастом характеризуется как нарушение осанки. Нередко оно обусловлено лордозом, кифозом, сколиозом.

В зависимости от степени выраженности изгибов позвоночника различают следующие виды осанок: нормальную, выпрямленную, сутуловатую, лордотическую, кифотическую, сколиотическую (О. И. Аксенова, С. Ф. Мамойко, З. П. Повильнова и др.). У больных с зубочелюстными аномалиями функциональные изменения нередко сочетаются с морфологическими, в том числе с нарушением осанки, которая

самопроизвольно не исправляется.

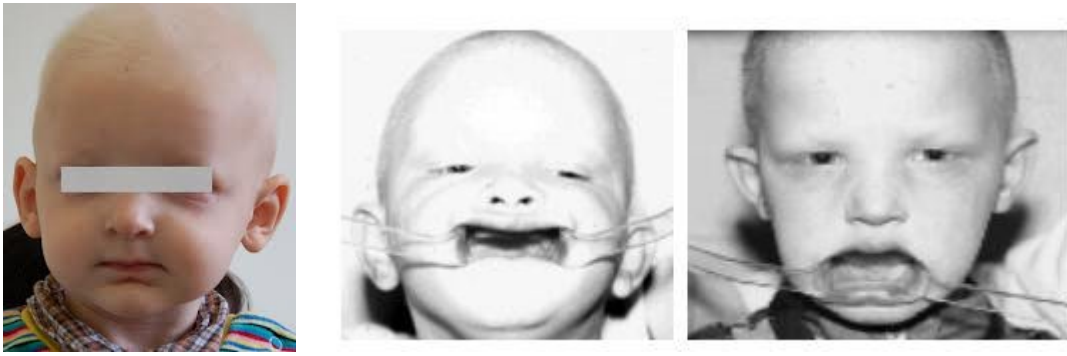
Нарушения функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Некоторые зубочелюстные аномалии отражаются на функции дыхания. Деформация верхней челюсти при сагиттальных аномалиях прикуса сопровождается уменьшением объема носовых полостей и нарушением пневматизации воздухоносных пазух черепа. Затруднение носового дыхания приводит к недостаточному увлажнению и обогреву воздушной струи, ослаблению бактериостатического и бактерицидного действия слизистой оболочки полости носа. Такие больные чаще страдают трахеитом и хроническим бронхитом. Нарушенная осанка создает условия для затрудненного развития грудной клетки и функции легких. Для оценки дыхательной недостаточности целесообразно применять клинические пробы Штанге и Генча, спирометрию, рентгенографию и другие методы лабораторной диагностики. У больных с резко выраженными зубочелюстными аномалиями нарушение функции дыхания нередко сочетается с сердечно-сосудистой недостаточностью.

Нарушения функций системы пищеварения.

Нарушения пережевывания пищи наблюдаются после множественной потери зубов в результате кариозного их разрушения, травмы, воспалительных процессов, оперативных вмешательств по поводу новообразований и др. Этому способствуют также множественная ретенция зубов, адентия, резко выраженные сагиттальные, вертикальные и трансверсальные аномалии прикуса, сочетающиеся со значительным уменьшением количества артикулирующих зубов. Нарушения приема пищи наблюдаются также при врожденных уродствах в челюстно-лицевой области – врожденной расщелине губы, альвеолярного отростка и неба. Дефект верхней челюсти, врожденное отсутствие бокового резца, расположенного в области расщелины, множественная потеря зубов и нарушения прикуса затрудняют пережевывание пищи, что нередко приводит к хроническому гастриту, колиту и другим желудочно-кишечным расстройствам. Пища, попадающая в полость носа, вызывает воспаление слизистой оболочки. Проглатывание таких остатков пищи, разложившихся в полости носа, может привести к развитию кишечных расстройств.

Ангидротическая эктодермальная дисплазия.

Ангидротическая эктодермальная дисплазия – наследственное заболевание, которое развивается вследствие нарушения формирования эктодермы (зародышевого листка). Еще одно название данного состояния – синдром Криста-Сименса.



Полное отсутствие зубов при эктодермальной дисплазии

Причины и механизмы развития заболевания изучены не полностью. У больных людей отсутствуют потовые железы, изменена структура волос (они напоминают лануго-пушковые волосы). Доказано, что данная аномалия передается рецессивно через X-хромосому. Это объясняет распространенность заболевания среди лиц мужского пола. Случаи ангидротической эктодермальной дисплазии у женщин очень редки и протекают с маловыраженной клинической картиной.

Характеризует заболевание основная триада симптомов: ангидроз (отсутствие потоотделения), гипотрихоз (сниженное оволосение), гиподонтия (адентия большинства зачатков временных и постоянных зубов). Кожа у больных очень сухая, сильно шелушится, в некоторых местах она истончается, наблюдается гиперкератоз ладоней и ступней. Еще одним симптомом заболевания, который часто приводит к постановке неправильных диагнозов, является постоянное повышение температуры тела.

От чрезмерной сухости, вызванной недоразвитием секреторных желез, страдают и слизистые оболочки больного, что приводит к появлению стоматитов, конъюнктивитов, атрофического ринита и присоединению вторичных инфекций. Работа этих желез нарушена и в бронхах, трахеи, что проявляется постоянными бронхо-легочными заболеваниями, охриплостью голоса и нарушением глотания. У некоторых людей с синдромом Криста-Сименса развивается дисплазия роговицы, катаракта. Зубы у больных деток прорезываются поздно и с запозданием меняются на постоянные. Часто наблюдается адентия (отсутствие зубов). В 30-50% случаев данного заболевания отмечается появление признаков слабоумия. Больной синдромом Криста-Сименса имеет визуальные особенности, которые отличают его от здоровых людей. К ним относятся: высокий лоб; квадратный череп; запавшая переносица; выступающие надбровные дуги; впалые щеки; деформации ушных раковин в виде «ушей сатира»; низкий рост; редкие брови и ресницы; облысение головы; большие промежутки между передними зубами; различные зубочелюстные деформации. Ангидротическая эктодермальная дисплазия проявляется уже в первые месяцы жизни ребенка. Характерные признаки заболевания у новорожденных: «ангидротическое лицо», плач без слез, хриплость голоса, сухость рта, отсутствие влажности кожи малыша при сосании груди и в теплом помещении. Диагностика заключается в проведении генетических исследований (определения мутаций в гене EDA). Также делают специальные пробы на потоотделение, рентгенографию

челюстей (выясняют наличие или отсутствие зачатков зубов). Изучают структуру волос больного под микроскопом. Для определения состояния потовых желез проводят биопсию кожи.

Лечение ангидротической эктодермальной дисплазии сложное, преимущественно симптоматическое. В связи с поражением различных органов и систем такие больные нуждаются в лечебной помощи и диспансерном наблюдении у многих специалистов: дерматологов, педиатров, терапевтов, ортодонтот, оториноларингологов, окулистов и др. Пациентам проводится поэтапное ортодонтическое лечение с изготовлением аппаратов-протезов. Это необходимо для эстетичности и нормального питания детей. Кожные проявления лечат ретиноидами. Назначают различные средства для смягчения кожи. Больным с пониженным слезоотделением рекомендуют пользоваться искусственной слезной жидкостью. При гипертермических кризах применяют жаропонижающие средства. С целью профилактики осложнений больных деток необходимо оберегать от перегрева и действия прямых солнечных лучей.

Перечисленные нарушения значительно затрудняют жевание. Гипоплазия желез слизистых оболочек приводит к: сухости в полости рта, малому количеству слюны, потребности запивать пищу водой; хриплому, грубому голосу с детства, тембр которого смягчается к препубертатному периоду; склонности к респираторным заболеваниям, хроническому риниту; сухости глаз, снижению слезоотделения, склонности к воспалениям конъюнктивы; гастриту, язве желудка или двенадцатиперстной кишки.

Особенности формирования психики.

Лицо отражает душевное состояние человека. Различные эмоции изменяют выражение лица благодаря функции мимических мышц и мышц, перемещающих нижнюю челюсть. Характер и темперамент отражаются на формировании зубочелюстной системы, психическое состояние — на осанке.

Деформация лицевого скелета и обезображивание лица отрицательно сказываются на психическом развитии ребенка. Такие дети выглядят робкими, безвольными, иногда становятся замкнутыми, озлобленными. Чувство неполноценности угнетает их и нарушает взаимоотношения с окружающими, особенно со сверстниками. Поступив в школу, они оказываются среди не всегда тактичных одноклассников, которые замечают характерные для зубочелюстных аномалий нарушения формы и выражения лица, что нередко приводит к психической травме. Взаимодействие между функцией мимических мышц и психикой проявляется особенно ярко при аномалиях прикуса, сочетающихся с несмыканием губ. Открытый рот и отвисающую нижнюю челюсть рассматривают как ослабление защитной функции организма, как потенциальный недостаток готовности к волевым поступкам (Frankel R., 1967). При таком нарушении ребенок нередко пассивен, глаза выражают усталость, вялость.

Считают, что больные с дистальным, блокирующим прикусом впечатлительны, а с мезиальным прикусом, как правило, волевые, но несдержанные. Изучая выражение лица и поведение ребенка, можно судить о

его характере, темпераменте и психическом развитии. Это важно для установления контакта с больным, взаимопонимания, выбор способа и метода лечения, а также конструкции ортодонтических аппаратов.

Помимо эстетических нарушений патологические виды прикуса вызывают функциональные расстройства организма.

Открытый прикус приводит к значительным функциональным нарушениям (затрудненное откусывание пищи, жевание, неправильное глотание, нарушение речи, изменение дыхания).

При переднем открытом прикусе нарушено откусывание пищи поскольку фронтальная группа зубов выключена из контакта. Это приводит к перегрузке оставшихся зубов и к понижению жевательной эффективности. У детей с малым количеством пар антагонизирующих зубов в разминании пищи принимает участие язык, в результате чего мышцы его становятся чрезмерно развитыми и сильными, а язык увеличен в объеме (гипертрофия языка).

При открытом прикусе имеет место неправильное глотание (В.П. Окушко). При нормальном способе глотания губы спокойно сложены, зубы сжаты, и кончик языка упирается в твердое небо за верхними резцами; при неправильном – зубы разомкнуты, и кончик языка отталкивается при глотании от губ и щек. Это и может привести к разобшению передних зубов.

Наблюдается нечеткое произношение язычно-зубных и губных шипящих звуков «п», «б», «в», «м», «ф», «с», «ш», «ч», «р».

Язык во время разговора, как правило, проскальзывает в имеющуюся щель (неясная речь, шепелявость). Недостаток в артикуляции звуков дети стремятся при разговоре компенсировать сужением ротовой щели или приближением кончика языка к нижнему зубному ряду, этим объясняется своеобразная мимика при разговоре.

Дыхание при открытом прикусе преимущественно ротовое, что обуславливается постоянным зиянием ротовой щели. Мускулатура ротовой и приротовой области обычно малоподвижна это объясняется условно-рефлекторной реакцией на зияние ротовой щели, стремлением скрыть дефект натяжением губ. Постоянное натяжение губ облегчает дыхание и ведет к меньшему высушиванию слизистой оболочки полости рта. При ротовом дыхании имеет место нарушения общего характера. При этом не происходит достаточного смешивания остаточного воздуха с приливным, что имеет очень большое значение для нормальной вентиляции легких. Кроме того, прохождение воздуха через нос стимулирует дыхательную мускулатуру. При ротовом дыхании выделяется значительно меньше углекислоты, чем при носовом. При ротовой гипервентиляции повышается содержание углекислого газа в крови и снижается содержание кислорода. Даже при непостоянном ротовом дыхании кровь теряет половину окислительной способности. Биохимические сдвиги в плазме касаются и повышения содержания глюкозы, кальция. Клинический анализ крови показывает в таких случаях снижение содержания гемоглобина, лейкоцитоз со сдвигом влево. Ротовое дыхание ведет к ухудшению оттока венозной крови и нарушению деятельности центральной нервной системы. Дыхание поверхностное. Застойные явления в

легких.

Функциональные нарушения при глубоком резцовом перекрытии выражаются в снижении эффективности жевания, перегрузке пародонта передних зубов и нередко травмировании слизистой оболочки, что способствует возникновению и развитию заболеваний пародонта, стиранию режущих краев резцов и бугров других зубов.

Межокклюзионное пространство между передними и боковыми зубами при положении нижней челюсти в покое иногда (особенно при бруксизме у взрослых) отсутствует; у некоторых больных при резко выраженной кривой Шпее расстояние между зубными рядами в покое достигает 9 мм (средняя норма 2 мм), что свидетельствует о значительном нарушении функции жевательных мышц

Прогнатический прикус приводит к значительным нарушениям функций полости рта. Становится невозможным откусывание пищи фронтальными зубами. Функция откусывания пищи перемещается на боковые зубы. Следствием этого является атрофия пародонта фронтального участка зубных дуг, чрезмерная нагрузка на пародонт боковых участков зубных дуг.

Затрудняется глотание, жевание, развивается ротовое дыхание, наблюдается неправильная артикуляция языка и нечеткое произношение звуков. Степень деформации окклюзионной плоскости, величина сагиттальной щели во фронтальном участке, степень уменьшения жевательной площади зубных рядов, а также отсутствие медиально-дистального контакта в области первых постоянных моляров влияет на характер жевательных движений нижней челюсти, а следовательно и на функцию жевания.

При прогнатическом соотношении зубных рядов характерно преобладание дробящих и раздавливающих движений нижней челюсти, удлинение периода жевания, снижение жевательной эффективности.

Функциональные нарушения при **прогеническом прикусе** характеризуются нарушением процесса откусывания пищи, блокирование боковых движений нижней челюсти.

При **перекрестном прикусе** нарушена форма лица, затруднены трансверсальные движения нижней челюсти, что может привести к неравномерному распределению жевательного давления, травматической окклюзии и заболеванию тканей пародонта. Некоторые больные жалуются на прикусывание слизистой оболочки щек, неправильное произношение звуков речи.

Нередко нарушается функция височно-нижнечелюстных суставов, особенно при аномалии прикуса со смещением нижней челюсти в сторону.

Материалы для самоконтроля:

А. Задания для самоконтроля (таблицы, схемы, рисунки, графики):

1. Записать в конспекте графологической структуры этапов клинического обследования.

2. Записать в конспекте графлогической структуры этапов дополнительных обследования.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. К заболеваниям эндокринной системы относят?

гипотиреоз

рахит

корь

гиповитаминоз

краснуха

2. К заболеваниям эндокринной системы относят?

сахарный диабет

краснуха

скарлатина

авитаминоз

гипервитаминоз

3. К заболеваниям эндокринной системы относят?

гипертиреоз

корь

краснуха

рахит

авитаминоз

4. К заболеваниям обмена веществ относят?

авитаминоз

скарлатина

корь

болезнь Аддисона

сахарный диабет

5. К заболеваниям обмена веществ относят?

рахит

гипертиреоз

краснуха

гипотиреоз

болезнь Аддисона

6. К заболеваниям обмена веществ относятся?

гипервитаминоз

диффузный токсический зоб

корь

врожденный андрено генитальный синдром.

скарлатина

7. К детским инфекционным заболеваниям относят?

скарлатина
болезнь Аддисона
рахит
гипервитаминоз.
цинга

8. К детским инфекционным заболеваниям относят?

краснуха
сахарный диабет
рахит
гипертиреоз
фиброматоз

9. К детским инфекционным заболеваниям относят?

корь
рахит
болезнь Аддисона;
врожденный андрогенитальный синдром
фиброматоз

10. К эндокринным заболеваниям относят?

врожденный андрогенитальный синдром
скарлатина
рахит
цинга
авитоминоз

11. К заболеваниям обмена веществ относят?

цинга
скарлатина
корь
болезнь Аддисона
фиброматоз

12. Рахитическая нижняя челюсть имеет форму?

трапеции
полукруга
полуэллипс
треугольника
параболы

13. Признаки диффузного токсического зоба – это?

ранняя минерализация коронок постоянных зубов

отставание зубного возраста хронологического
задержка прорезывания зубов
множественный кариес
гиперплазия эмали

14. При нарушении функции дыхания нижняя зубная дуга чаще всего имеет такую форму?

укороченная во фронтальной и расширена в боковой области
суженная во фронтальном участке
асимметрично сужена
симметрично сужена и удлинённая
увеличение размеров основания верхней челюсти

15. К врачу-ортодонту обратились родители с мальчиком 6,5 лет по поводу не смыкания передних зубов. Ребенок имеет вредную привычку сосания языка. Объективно: наблюдается симптом «напёрстка» при смыкании губ, речь нарушена, между передними зубами наблюдается вертикальная щель до 7 мм. Поставьте диагноз зубочелюстной аномалии?

открытый прикус
мезиальный прикус
перекрестный прикус;
дистальный прикус;
глубокий прикус

16. Мышцы челюстно-лицевой области подразделяются на:

мимические и жевательные
мышцы языка
жевательные и мышцы языка
гипоплазия эмали зубов.
мышцы, которые смещают нижнюю челюсть

17. При каких заболеваниях прослеживается гнусавость?

несращение неба
артроз
пародонтит
ретенция
заболевание ЛОР-органов

18. Этиологическими факторами нарушения речи свистящих звуков являются?

открытый прикус
глубокий прикус
сверхкомплектные зубы
слитные зубы
перекрестный прикус

19. Разрушение жевательной поверхности коронок временных и постоянных мостов приводит к?

- понижению высоты прикуса
- удлинению зубной дуги
- оральному наклону фронтальной группы зубов
- вестибулярному наклону фронтальной группы зубов
- повышению высоты прикуса

20. Наиболее распространенным поражением твердых тканей при гипоплазии пародонтогенной железы являются:

- гипоплазия эмали
- кариес
- клиновидный дефект
- гиперплазия эмали.
- флюороз зубов

21. При акромегалии деформация прикуса происходит за счет:

- увеличение размеров основания верхней челюсти
- уменьшением размеров ветви нижней челюсти
- уменьшением размеров нижней челюсти
- уменьшением тела и угла нижней челюсти
- уменьшением размеров тела нижней челюсти

22. Функциональные нарушения при прогении характеризуются?

- нарушением процесса откусывания пищи и блокировки боковых движений нижней челюсти
- блокировка вертикальных движений нижней челюсти
- нарушение функции дыхания
- нарушение произношения свистящих звуков
- формированием вертикальной щели

23. В нормализации дыхания первостепенное значение имеют?

- санация носоглотки
- упражнения для тренировки круговой мышцы рта
- нормализация осанки, положения головы
- нормализация положения языка
- дыхательная гимнастика

24. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде?

- прокладывание языка, щек в области дефекта
- сосание языка
- неправильное глотание
- сосание пальцев

прикусывания губ

25. Какой прикус наиболее предпочтительный у больного с синдромом Франческетти?

- мезиальный
- открытый
- дистальный
- нейтральный
- перекрестный

26. Какой прикус наиболее предпочтительный у больного с синдромом Крузона?

- перекрестный
- глубокий
- открытый
- мезиальный
- дистальный

27. Прогрессирующее развитие сверхкомплектных зубов характерно для синдрома?

- Стейнтона-Капдепона
- Шейтхауера-Мари-Сэнтон
- Папийона-Лефевра
- фиброматоза
- Крузона

28. Укажите основной симптом, характерный для синдрома Пьера Робена?

- множественная ретенция зубов
- гипоплазия и деформация верхней челюсти
- гипоплазия и деформация нижней челюсти
- врожденное отсутствие зубов
- деформация черепа в виде трилистника

29. Для какого синдрома характерна деформация черепа в виде трилистника?

- Стейнтона-Капдепона
- Вильямса
- Крузона
- Папийона-Лефевра
- Пьера Робена

30. Возникновение синдрома Крузона обусловлено нарушением внутриутробное развитие плода в период?

- 12-й - начало 13-й недели

3-й - начало 4-й недели
6-й - начало 7-й недели
9-й - начало 10-й недели
15-й - начало 16-й недели

31. Общая миопатия наблюдается при синдроме?
Стейнтона-Капдепона
Вильямса
хондродистрофия
Олбрайта
Пьера Робена

32. При каком синдроме у новорожденных наблюдается глоссаптоз (западение языка):
Крузона
Вильямса
Пьера Робена
Франческети
Шерешевського- Тернера

33. Витаминасинтезирующая функция кожи заключается в синтезе
витамина?
витамина Д
витамина А
витамина В
витамина С
витамина Е

34. К определяющим факторам психического здоровья следует
относить?
нервно-психическое развитие, соответствующее возрасту
наличие психических расстройств у родственников
снижение профессиональных способностей
повышение двигательной активности
опережение психического развития относительно возраста

35. Средняя величина турецкого седла у новорожденного:
2,5 - 3 мм
4-5 мм
9 - 11 мм
6-7 мм
13 мм

Литература
Основная:

1. Ортодонтия: учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-ортодонтов, врачей-интернов /В. И. Куцевляк, А. В. Самсонов, С. А. Скляр [и др.]. – Харьков : «СИМ», 2013. – С.21-49.
2. Головкин Н.В. Ортодонтия. Развитие прикуса, диагностика зубочелюстных аномалий, ортодонтический диагноз.– Вінниця: Нова книга, 2007. – 232 с.
3. Ортодонція: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / П. С. Фліс, М. А. Омельчук, Н. В. Рашенко, І. Л. Скрипник [та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2007. – С. 74-130.

Дополнительная:

1. Куроедова В. Д. Зрозуміла ортодонція (у запитаннях та відповідях з ілюстраціями) /В. Д. Куроедова, М. І. Дмитренко, О. М. Макарова, О. А. Стасюк. – Полтава. – 2016.– С.27-39.
2. Дорошенко С.И. Синдромы в ортодонтии. – Киев.: Здоровье, 2008. – 96с.
3. <http://fb.ru/article/142633/dizontogenez-eto-cto-takoe>.
4. http://studopedia.ru/5_153773_i-obshchih-narusheniy-sostoyaniya-organizma-pri-zubochelyustnih-anomaliyah.html.
5. <http://budcdorov.ru/1-20634.html>. Изучение взаимосвязи местных и общих нарушений организма при зубочелюстных аномалиях.
6. <http://poisk-ru.ru/s44851t1.html> Зубочелюстные аномалии и нарушения осанки.
7. http://vmede.org/sait/?id=Stomatologiya_obrazcov_2007&menu=Stomatologiya_obrazcov_2007&page=5 Клиническая диагностика зубочелюстных аномалий.
8. <http://kakmed.com/10074/angiodroticheskaya-ekhtodermalnaya-displaziya/>

Методическую
рекомендацию подготовила
доц., д.мед.н. Дмитренко М.И.