

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

Утверждено
на заседании кафедры ортодонтии

протокол № 1 от 23.08.2017 г.

Зав.кафедры _____ Л.В.Смаглюк

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

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 2	«Аномалии и деформации зубочелюстного аппарата»
Тема занятия № 8	Комплексные методы лечения и профилактики дистального прикуса.
Курс	IV
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

1. Актуальность темы: сагиттальные аномалии прикуса являются распространенной патологией ЗЧС, которая представляет определенные сложности при лечении. Устранение морфологических нарушений не всегда способствует изменению эстетики лица и восстановлению нарушенных функций. Поэтому знание причин, которые приводят к развитию прогнатического прикуса, особенностей его клиники, диагностики, лечения и профилактики в разные возрастные периоды важны в подготовке врача ортодонта.

2. Конкретные цели

Ознакомиться с причинами развития, особенностями клиники диагностики, организацией ортодонтической помощи детям с прогнатическим прикусом;
Анализировать:

- причины, которые приводят к развитию прогнатического прикуса;
- особенности клиники прогнатического прикуса;
- алгоритм обследования пациентов с прогнатическим прикусом;
- классификации прогнатических форм прикуса, их преимущества и недостатки;
- особенности лечения разных форм прогнатического прикуса во временном, сменном и постоянном прикусе;
- ортодонтические аппараты, которые используют при лечении разных форм прогнатического прикуса;
- определение степени сложности устранения морфологических и функциональных нарушений при лечении прогнатических форм прикуса;
- особенности ретенционного периода при лечении разных форм прогнатического прикуса;
- прогноз лечения разных форм прогнатического прикуса.

Объяснить:

- работу на современном стоматологическом оборудовании с применением соответствующего инструментария;
- применение правила врачебной этики и деонтологии при работе с детьми и их родителями;
- диагностику разных форм прогнатического прикуса;
- составление плана лечения разных форм прогнатического прикуса;
- выбор рациональной конструкции ортодонтического аппарата для лечения разных форм прогнатического прикуса.
- выбор рациональной конструкции ретенционного аппарата.

Трактовать:

- определение прогноза ортодонтического лечения разных форм прогнатического прикуса;
- отчетную документацию врача-ортодонта.

3. Базовые знания, умение, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия	Описать строение костей лицевого скелета. Определить отклонение в строении лица.
2. Рентгенология	Владеть рентгенологической диагностикой зубочелюстных аномалий. На основе анализа боковых ТРГ определить форму ЗЧА.

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

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

Термин	Определение
1. Дистальный прикус	Относится к сагиттальным аномалиям и характеризуется наличием дистального соотношения на первых молярах, а также протрузией и ретрузией резцов.
2. Активатор	Съемный пластиночный аппарат, который покрывает слизистую оболочку твердого неба, оральную поверхность всех зубов верхней и нижней челюсти и слизистую оболочку альвеолярных отростков с внутренней стороны.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Какие этиологические факторы влияют на развитие прогнатического прикуса.
2. Какие патогенетические механизмы развития прогнатического прикуса.
3. Классификация прогнатического прикуса.
4. Какие аномалии положения зубов и строения зубных дуг характерны для прогнатического прикуса.
5. Какие аномалии развития челюстных костей характерны для прогнатического прикуса.
6. Клиническая картина прогнатического прикуса.
7. Методы лечения прогнатического прикуса в период сформированного

молочного и раннего сменного прикуса.

8. Методы лечения прогнатического прикуса в период позднего сменного прикуса.

9. Методы лечения прогнатического прикуса в период постоянного прикуса.

4.3. Практическая работа (задание), которое выполняется на занятии:

1. Определить распространенность дистального прикуса у детей разного возраста (во время производственной практики провести обследование в организованных детских коллективах - детских садах, школах).

2. Проанализировать распространенность разных степеней трудности устранения морфологических и функциональных нарушений при разных формах дистального прикуса (на основе изучения клинических историй болезни ортодонтического пациента).

Содержание темы:

Основные принципы лечения дистального прикуса

После проведения всех необходимых диагностических мероприятий формулируется диагноз. Он включает в себя два компонента: основной и сопутствующий диагноз. В основном диагнозе указывают основную аномалию – аномалию прикуса (если у пациента имеет место сочетание аномалий прикуса в нескольких плоскостях – основной является аномалия в сагиттальной плоскости) и патогенетически связанные с ней осложнения.

В основной части диагноза также указываются аномалии положения зубных рядов и отдельных зубов, аномалии мягких тканей преддверия ротовой полости, аномалии уздечек губ и языка, дефекты коронок и зубных рядов, функциональные нарушения. Сопутствующий диагноз включает заболевания, по поводу которых пациенту необходимо наблюдаться у других врачей (заболевания верхних дыхательных путей, нарушения осанки и т.д.).

После постановки диагноза составляется план лечения.

Успех лечения зависит от соблюдения определенных принципов:

- 1) Раннее начало лечения;
- 2) Лечение должно быть этиопатогенетическим;
- 3) Лечение должно быть комплексным.
- 4) Методы лечения должны быть адекватны возрасту пациента;
- 5) Должна соблюдаться последовательность этапов лечения;
- 6) Лечение должно завершаться ретенцией, для закрепления достигнутых результатов.

Методы комплексного лечения дистального прикуса.

Выделяют следующие методы комплексного лечения пациентов разных возрастов: аппаратные, ортопедические (протетические), хирургические, миогимнастика и массаж, физиотерапевтические.

Методы лечения в молочном прикусе.

Лечение дистальной окклюзии в молочном прикусе – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на устранение

действия этиологических факторов, регуляцию роста челюстей и их положения в пространстве относительно основания черепа. До 3-х летнего возраста важными профилактическими мероприятиями являются правильное вскармливание, предупреждение и устранение вредных привычек сосания, аномалий функций (инфантильный тип глотания, ротовое дыхание, нарушения артикуляции), неправильного положения нижней челюсти в покое, нарушений осанки. Лечебные мероприятия осуществляют совместно врачи различных специальностей: врач-ортодонт, оториноларинголог, логопед, остеопат (Хорошилкина Ф.Я., 2006).

Для профилактики возникновения аномалий применяются профилактические аппараты

К ним относятся: вестибулярный щит, вертушка, активатор Роджерса, активатор Дасса (Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н., 2007; Головкин Н.В., 2002).

Вестибулярный щит (рис.1) – представляет собой пластинку с кольцом, повторяющую форму альвеолярных отростков и помещаемую в преддверие ротовой полости. Применяется для укрепления круговой мышцы рта с целью профилактики ротового дыхания и вредных привычек



Рис.1.Вестибулярный щит.

Вертушка (рис. 2) –аппарат, который также предназначен для тренировки круговой мышцы рта для профилактики ротового дыхания и нарушения функции смыкания губ (Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н., 2007; Головкин Н.В., 2002).

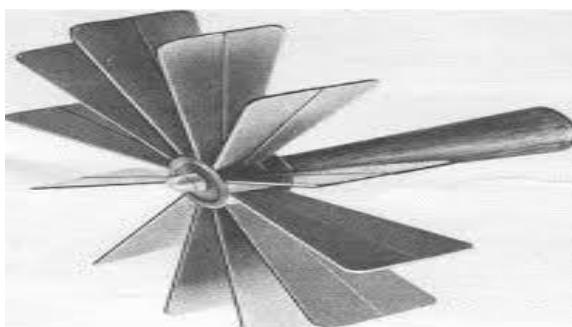


Рис. 2. Вертушка

Активатор Дасса (рис.3) – профилактический аппарат из ортодонтической проволоки, предназначенный для тренировки круговой мышцы рта.

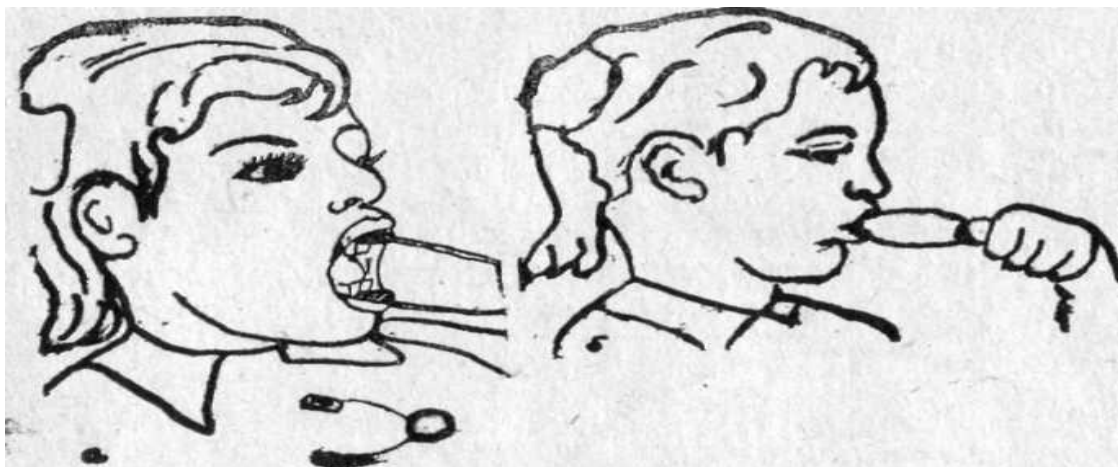


Рис. 3.Активатор Дасса

При формировании дистальной окклюзии в период молочного прикуса в возрасте 3-4 лет показано применение преортодонтических трейнеров (рис. 4), ортодонтических аппаратов для сдерживания роста верхней челюсти, профилактики и устранения сужения верхнего зубного ряда, стимулирования роста нижней челюсти

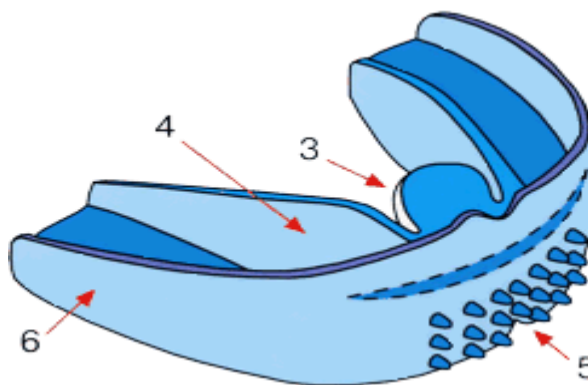


Рис. 4. Преортодонтический трейнер

Применяются следующие лечебные аппараты: аппарат с заслоном для языка, накусочная пластинка Катца, активатор Андресена–Гойпля; открытый активатор Кламмта; бионаторы Бальтерса, Янсон, Хорошилкиной – Токаревич; кинетор Штокфиша; формирователь прикуса Бимлера; регулятор функции Френкеля; аппарат Персина для лечения дистоокклюзии, модифицированный аппарат Кингслея.

Аппараты с заслоном для языка применяют для устранения прокладывания языка между резцами, и устранения давления языка, способствующего протрузии фронтальной группы зубов. К ним относят:

вестибуло – оральную пластинку Крауса (рис. 5), пластинку с петлями Рудольфа (рис. 6.).

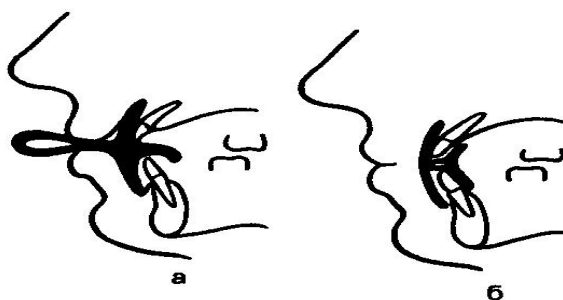


Рис. 5. Вестибуло-оральная пластинка Крауса



Рис. 6. Пластинка с петлями Рудольфа

Накусочная пластинка Катца (рис. 7) –съемный, функционально-направляющий одночелюстной аппарат межчелюстного действия. Аппарат представляет собой пластинку с накусочной плоскостью и перекидными кламмерами. Применение эффективно при лечении глубокого дистального прикуса с протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

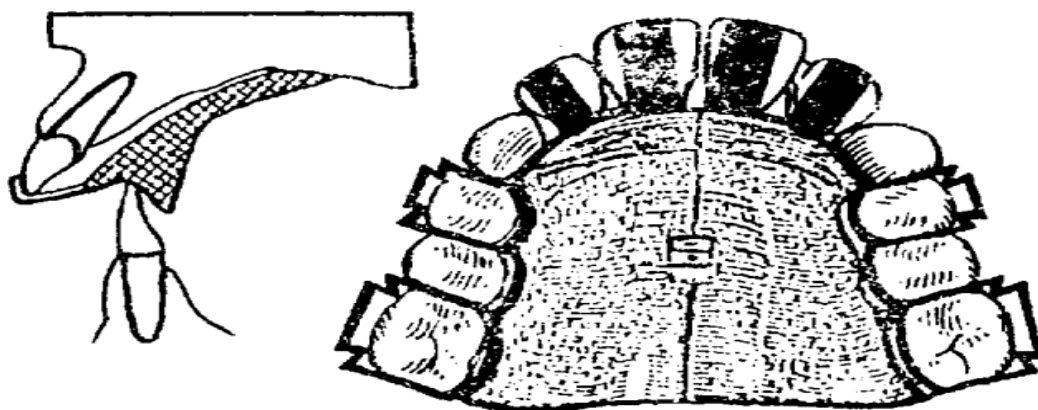


Рис. 7. Накусочная пластинка Катца

Активатор Андресена – Гойпля (рис.8) – съемный, функционально действующий двухчелюстной аппарат. Ношение аппарата можно сочетать с лицевой дугой и внеротовой тягой к шейной повязке. Аппарат эффективно применяется при сужении зубных рядов, протрузии верхних передних зубов с тремами между ними, при нарушении соотношения зубных рядов как в сагиттальном, так и в вертикальном направлении.



Рис. 8. Активатор Андрезена-Гойпля

Открытый активатор Кламмта (рис. 9) используется при лечении дистального прикуса с протрузией фронтальной группы зубов верхней челюсти, при сагиттальной щели до 5 мм.

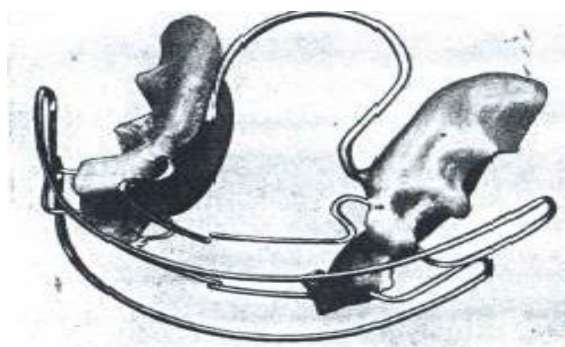


Рис.9. Открытый активатор Клампта

Бионатор Янсон – способствует выдвижению нижней челюсти вперед, также применяется вместе с лицевой дугой для торможения роста верхней челюсти. Используется при нижнечелюстной ретрогнатии и ее сочетании с верхнечелюстной макрогнатией.

Бионатор Хорошилкиной – Токаревич – устраняет давление щек на боковые отделы верхней челюсти. Применяется при сужении верхнего зубного ряда.

Формирователи прикуса Бимлера – применяются для устранения сужения зубных дуг, тесного расположения передних зубов, при дистальном прикусе в сочетании с аномалиями в вертикальной плоскости.

Регулятор функций Френкеля I типа - способствует расширению зубных рядов, росту нижней челюсти. Стимулирует функциональную перестройку мышц, окружающих зубные ряды.

Аппарат Персина – используется при дистальном положении нижней челюсти и ее микрогнатии, стимулируя выдвижение и рост.

Аппаратное лечение применяют совместно с устранением вредных привычек, миогимнастикой. При необходимости проводят пластику уздечек, осуществляют шлифование бугров отдельных зубов.

Применяются комплексы упражнений для повышения тонуса мышц,

выдвигающих нижнюю челюсть вперед; для увеличения тонуса круговой мышцы рта; для нормализации носового дыхания.

Методы лечения в сменном прикусе.

В период сменного прикуса эффективно применение функциональных аппаратов. В период раннего сменного прикуса успешно применение регулятора функций Френкеля, в более поздние периоды применяются различные активаторы с винтами в сочетании с применением лицевой дуги. Также эффективно применение аппаратов, способствующих выдвижению нижней челюсти (аппараты Бальтерса, Лемана, Персина, Бимлера) в сочетании с комплексом упражнений, выдвигающих нижнюю челюсть. Осуществляются профилактические мероприятия раннего удаления молочных зубов вследствие кариеса и его осложнений.

При макродентии зубов верхней челюсти эффективно последовательное удаление зубов по Хотцу.

Последовательное удаление зубов по методу Хотца: в 7,5 – 9 лет удаляются молочные клыки верхней челюсти; в 9-10 лет первые моляры; 11-13 лет – постоянные первые премоляры, с интервалом до 1 месяца, для создания места постоянным клыкам.

Если рост верхней челюсти сдерживать тяжело, применяется лечение с удалением наименее ценных зубов на верхней челюсти и дистализацией зубов верхней челюсти с помощью брекет-системы.

При мезиальном смещении зубов верхней челюсти также производится их дистализация, наиболее эффективная в период роста (у девочек 10-13 лет, у мальчиков 12-14). После прорезывания второго верхнего моляра произвести дистализацию значительно сложнее. При дистальном прикусе в сочетании с глубоким резцовым перекрытием, тормозящим рост нижней челюсти применяют разобщение прикуса при помощи капп на боковые зубы или покрытия вторых молочных моляров коронками с шипами по Катцу.

В период сменного прикуса также при необходимости применяется пластика уздечек и шлифование бугров отдельных зубов.

После фазы активного лечения следует фаза ретенционного периода, которая по правилам должна в 2 раза превышать период активного лечения.

Методы лечения в постоянном прикусе.

В период постоянного прикуса в виду отсутствия возможности повлиять на рост челюстей, необходимость применения методов зависит от клинической формы аномалии.

При лечении зубоальвеолярной формы в постоянном прикусе используют эджуайс - технику. При наличии трем и диастем на верхней челюсти возможно проведение лечения на брекет-системе без удаления.

При значительном сужении верхней челюсти и скученном положении зубов лечение проводят с симметричным удалением наименее ценных зубов.

При значительном сужении апикального базиса верхней челюсти возможно применение аппарата Дерихсвайлера в комбинации с компактостеотомией для ускорения аппаратурного лечения.

Типодонт с установленной брекет-системой.

Хирургические методы, применяемые при лечении дистального прикуса.

Пластика образований слизистой оболочки.

Пластика уздечек губ, языка и тяжей слизистой проводится в любом возрасте при наличии показаний. Удаление наименее ценных зубов. Решение об удалении временных или постоянных зубов принимается после диагностики. Удалению подвергаются наименее ценные зубы, что определяется их состоянием, формой, наличием сосудисто-нервного пучка и реставраций. По общему правилу при лечении дистального прикуса удалению подлежат первые постоянные премоляры верхней челюсти.

Решетчатая компактостеотомия – операция, облегчающая аппаратурное лечение при сужении верхней челюсти и необходимости дистализации зубов верхней челюсти в постоянном прикусе.

Производят разрезы и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты трапецевидной формы на участке от бокового резца до второго моляра с вестибулярной и небной стороны. Затем делают отверстия бором вдоль лунок зубов в компактном слое кости на расстоянии 2-3мм в несколько рядов в шахматном порядке. Затем лоскуты укладываются на место и накладываются швы. Через 2-3 недели фиксируется аппаратура. После компактостеотомии допустимо применение более значительных сил. При скелетной форме дистального прикуса, обусловленной дистальным положением нижней челюсти, в молодом возрасте до 20 лет показано лечение на брекет-системе в комбинации с межчелюстными эластичными тягами.

Для мезиального смещения нижней челюсти применяются активатор Андрезена -Гойпля, аппарат Френкеля I типа.

При лечении в более старшем возрасте показано применение аппаратурно-хирургического метода, для остальных гнатических форм дистального прикуса также необходима комбинация аппаратурного и хирургического лечения.

Операция остеотомии нижней челюсти.

При скелетной форме, обусловленной микрогнатией нижней челюсти или ее дистальным положением производится операция остеотомии челюсти. Проводится рассечение тела либо ветви нижней челюсти и последующее перемещение вперед до нормального положения зубных рядов.

Операция на верхней челюсти по методике Кон-Штока.

При скелетной форме дистального прикуса, обусловленной макрогнатией верхней челюсти или ее мезиальном положением относительно основания черепа проводится операция в основе которой лежит методика Кон-Штока предложенная еще в 1921 году.

Производится поперечная остеотомия нёба с удалением клиновидного участка альвеолярного отростка и дистальное смещение переднего участка верхней челюсти.

Ретенционный период.

После окончания активного периода лечения следует более длительный ретенционный период.

Изучению проблем клиники, диагностики и лечения сагиттальных аномалий прикуса посвящены работы таких отечественных ученых как А.И. Бетельмана, Л.Б. Треймане, С.И. Криштаба, С.И. Дорошенко, Л.П. Григорьевой, Н.Д. Данькова, М.М. Покровского и др.

Лечение разных форм прогнатического прикуса должно быть направлено на:

- 1) Устранение тормозящего влияния неправильно функционирующих мышц губ, щек, языка на рост и формирование челюстей.
- 2) Нормализацию функций зубочелюстной системы: дыхания, жевания, глотания, языка, смыкания губ.
- 3) Задержку сагиттального роста верхней челюсти.
- 4) Стимулирование роста нижней челюсти,
- 5) Изменение размеров и формы зубных дуг.
- 6) Исправление положения отдельных зубов.
- 7) Стимулирование роста апикального базиса в тех участках, где отмечается его задержка.
- 8) Мезиальный сдвиг нижней челюсти.
- 9) Коррекцию прикуса по высоте (при условии сочетания с глубоким прикусом).

Для лечения прогнатических форм прикуса применяют такие ортодонтические аппараты:

1. Стандартный вестибулярный щит - или стандартную вестибулярную пластинку.
2. Индивидуально изготовленный вестибулярный щит.
3. Пропульсор Мюлемана.
4. Активатор Андресена-Гойпля.
5. Регулятор функций Френкеля I типа (FR-Ia , FR-Iв, FR-Iс).
6. Аппарат Персина.
7. Открытый активатор Кламмта.
8. Пластинку на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью.
9. Аппарат Григорьевой-Смаглюк
10. Бионатор Бальтерса 1 вида
11. Бионатор Янсен
12. Накусочную пластинку Катца.
13. Аппарат Хургиной.
14. Аппарат Гуляевой.

15. Аппарат Энгля простой конструкции (экспансивная дуга и скользящая).
16. Аппарат Энгля сложной конструкции (сочетание разных видов дуг с межчелюстной тягой), а также эджуайз-техника.

Для усиления давления на фронтальные зубы Ф.Я.Хорошилкина предлагает сочетать использование функциональных аппаратов с внеротовой тягой (вестибулярные щиты, пропульсор Мюлемана, активатор Андресена-Гойпля и т.д.).

Протокол лечения дистального прикуса

Шифр по МКБ: К 07.20 - Дистальный прикус

Определение: патология прикуса в сагиттальной плоскости, которая характеризуется дистальным соотношением зубных рядов.

Клинические формы:

- по Э. Энгля: с протрузией фронтальных зубов верхней челюсти – Π_1 с ретрузией фронтальных зубов верхней челюсти - Π_2 класс;
- по А.И.Бетельману - нижняя микрогнатия; верхняя макрогнатия; сочетание верхней макрогнатии и нижней микрогнатии; компрессия верхней челюсти в области боковых зубов с выступанием фронтального участка;
- зубоальвеолярная, гнатическая, краниальная.

Диагностические критерии: эстетические нарушения:

- выпуклое лицо;
- выступание верхних передних зубов из-под губы;
- напряженное смыкание губ;
- глубокая губно-подбородочная борозда;
- двойной подбородок;
- уменьшение или увеличение высоты нижней части лица.

Морфологические нарушения:

- протрузия или ретрузия верхних фронтальных зубов;
- правильное расположение или ретрузия нижних фронтальных зубов
- наличие сагитальной щели разных размеров или ее отсутствие;
- дистальное соотношение клыков и первых постоянных моляров разной степени тяжести;
- изменение формы и размеров зубных дуг в трех плоскостях;
- аномалии отдельных или групп зубов (размеров, формы и расположения).

Функциональные нарушения: (дыхания, глотания, речи, жевания, смыкания губ, ВНЧС).

Параклинические (дополнительные) методы исследования:

- проба Эшлер-Биттнер (для определения клинических разновидностей дистального прикуса);
- анализ диагностических моделей челюстей;

- клиническая фотография;
- рентгенологическое исследование: панорамная рентгенография; телерентгенография (при наличии условий).

Принципы лечения:

- психотерапевтическая подготовка;
- устранение этиологических факторов;
- нормализация функций;
- нормализация формы и размеров зубных рядов;
- нормализация соотношения зубных рядов;
- ретенция достигнутых результатов.

Лечение в период временного прикуса (зубоальвеолярной и гнатической форм):

- психотерапевтическая подготовка к ортодонтическому лечению;
- санация полости рта;
- санация носоглотки;
- устранение вредных привычек;
- логопедическая коррекция нарушений речи;
- профилактическое протезирование при преждевременной потере зубов;
- функциональный (профилактический, биологический) метод: гимнастика жевательных и мимических мышц, физиологическая нагрузка, массаж альвеолярного отростка;
- аппаратный метод - стимуляция роста нижней и задержка роста верхней челюсти, нормализация формы и размеров зубных рядов, нормализация соотношения зубных рядов - мезиальное смещение нижней челюсти, коррекция прикуса по высоте (аппараты функционального и комбинированного действия - регуляторы функций Френкеля I и II типа; моноблоки-активаторы, бионаторы и т.п.; лечебно-профилактические аппараты).
- хирургический метод лечения - коррекция аномалий мягких тканей полости рта (по протоколам хирургов);
- ретенция достигнутых результатов.

Лечение в период сменного прикуса (зубоальвеолярной формы):

- психотерапевтическая подготовка к ортодонтическому лечению;
- санация полости рта;
- санация носоглотки;
- устранение вредных привычек;
- логопедическая коррекция нарушений речи;
- профилактическое протезирование при преждевременной потере зубов;
- хирургический метод лечения - коррекция аномалий мягких тканей полости рта (по протоколам хирургов);
- функциональный (профилактический, биологический) метод: гимнастика жевательных и мимических мышц, физиологическая нагрузка,

массаж альвеолярного отростка;

- аппаратный метод лечения: дистализация первых постоянных моляров верхней челюсти с помощью внутри- и внеротовых приспособлений с дальнейшим перемещением верхних фронтальных зубов дистально; нормализация формы и размеров зубных рядов, коррекция прикуса по высоте (аппараты механического и комбинированного действия);

- ретенция достигнутых результатов.

Лечение в период сменного прикуса (гнатической формы):

- психотерапевтическая подготовка к ортодонтическому лечению;
- санация полости рта;
- санация носоглотки;
- устранение вредных привычек;
- логопедическая коррекция нарушений речи;
- профилактическое протезирование при преждевременной потере зубов;

- хирургический метод лечения - коррекция аномалий мягких тканей полости рта (по протоколам хирургов);

- функциональный (профилактический, биологический) метод: гимнастика жевательных и мимических мышц, физиологическая нагрузка, массаж альвеолярного отростка;

- аппаратный метод - стимуляция роста нижней челюсти и задержка роста верхней, нормализация формы и размеров зубных рядов, нормализация соотношения зубных рядов - мезиальное смещение нижней челюсти, коррекция прикуса по высоте (аппараты функционального и комбинированного действия - регуляторы функций Френкеля I и II типа; моноблоки - активаторы, бионаторы и т.п., применение ортопедических сил).

- ретенция достигнутых результатов.

Лечение в период постоянного прикуса (зубоальвеолярной формы):

- психотерапевтическая подготовка к ортодонтическому лечению;
- санация полости рта;
- санация носоглотки;
- хирургический метод лечения - коррекция аномалий мягких тканей полости рта, удаление отдельных зубов, компактостеотомия (по протоколам хирургов);

- аппаратный метод лечения: дистализация постоянных моляров верхней челюсти с помощью внутри- и внеротовых приспособлений, перемещение верхних зубов дистально; удаление отдельных зубов верхней челюсти; нормализация формы и размеров зубных рядов;

- коррекция прикуса по высоте (съёмными и несъёмными аппаратами комбинированного и механического действия);

- ретенция достигнутых результатов.

Лечение в период постоянного прикуса (гнатической формы):

- психотерапевтическая подготовка к ортодонтическому лечению;
- санация полости рта;

- санация носоглотки;
- хирургический метод лечения - коррекция аномалий мягких тканей полости рта, удаление отдельных зубов, компактостеотомия, (по протоколам хирургов);
- аппаратный метод лечения с использованием несъемных аппаратов механического действия;
- до и после хирургическое ортодонтическое лечение (ортогнатическая хирургия);
- ретенция достигнутых результатов.

Материалы для самоконтроля:

А. Вопросы для самоконтроля:

1. Ориентиры описания прикуса в сагиттальной плоскости.
2. Определение понятия «прогнатические формы прикуса».
3. Факторы, которые способствуют развитию разных форм прогнатического прикуса.
4. Патогенез разных форм прогнатического прикуса.
5. Лицевые, морфологические и функциональные нарушения при разных формах прогнатического прикуса.
6. Особенности диагностики разных форм прогнатического прикуса.
7. Особенности лечения прогнатического прикуса в период временных зубов.
8. Особенности лечения прогнатического прикуса в период смены зубов.
9. Особенности лечения прогнатического прикуса в период постоянных зубов.
10. Особенности лечения прогнатического прикуса у подростков и взрослых.
11. Конструктивные особенности изготовления ортодонтических аппаратов для лечения разных форм прогнатического прикуса.
12. Конструктивные особенности изготовления ортодонтических аппаратов для ретенции достигнутых результатов лечения разных форм прогнатического прикуса.
13. Определение продолжительности ретенционного периода при лечении разных форм прогнатического прикуса.

Б. Тесты для самоконтроля:

1. Формированию дистального прикуса оказывают содействие такие вредные привычки?
 - 1) ротовое дыхание
 - 2) привычное смещение нижней челюсти вперед
 - 3) сосание языка
 - 4) закусывания верхней губы
 - 5) подкладывания кулачка под щеку во время сна.

2. Ретрогения нижней челюсти считается физиологической в периоде?

- 1) новорожденности
- 2) стабильного временного прикуса
- 3) инволюции временного прикуса
- 4) формирования временного прикуса
- 5) раннем сменном периоде

3. Физиологическая ретрогения это?

- 1) заднее расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 2) нейтральное расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 3) переднее расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 4) дисгнатическое расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 5) патологическое расположение нижней челюсти по отношению к верхней

4. О чем свидетельствует симптом «Лимонной корки»?

- 1) нарушение функции смыкания губ
- 2) большой размер зубов
- 3) короткая уздечка языка
- 4) нарушение функции дыхания
- 5) плохая гигиена кожи

5. Наклон нижних резцов орально происходит в следствие?

- 1) давления нижней губы
- 2) давления языка
- 3) давления верхней губы
- 4) давления щек
- 5) давления гайморовой пазухи

6. Этиологическим фактором дистального прикуса может быть?

- 1) ротовой тип дыхания
- 2) форма зубов
- 3) пол пациента
- 4) национальность
- 5) нарушение степени минерализации зубов.

7. Определите этиологический фактор в формировании прогнатии?

- 1) ротовое дыхание
- 2) лень жевания
- 3) сосание языка
- 4) закусывание верхней губы
- 5) плохая гигиена полости рта

8. Влияние рахита на возникновение дистального прикуса обусловлено?

- 1) нарушение минерального обмена
- 2) нарушением умственной работоспособности

- 3) нарушением миодинамического равновесия
- 4) нарушением образа жизни ребенка
- 5) снижением физической активности

9. Развитию гнатической формы прогнатического прикуса оказывают содействие следующие из перечисленных факторов?

- 1) дистальное положение нижней челюсти вместе с ВНЧС относительно верхней челюсти и плоскости основания черепа
- 2) изменение наклона верхних резцов к плоскости основания верхней челюсти
- 3) изменение наклона нижних резцов к плоскости основания нижней челюсти
- 4) изменение размера межрезцового угла
- 5) увеличение базального угла

10. Функция круговой мышцы рта состоит в следующем?

- 1) сфинктер, оказывающий давление на зубы
- 2) поднимает угол рта
- 3) отводит угол рта в сторону
- 4) оголяет зубы при улыбке
- 5) опускает угол рта

11. Формирование сагиттальной щели может быть обусловлено?

- 1) изменением наклона верхних резцов вестибулярно
- 2) изменением наклона нижних резцов вестибулярно
- 3) зубоальвеолярным укорочением фронтальных зубов верхней челюсти
- 4) зубоальвеолярным удлинением фронтальных зубов нижней челюсти
- 5) зубоальвеолярным удлинением фронтальных зубов верхней челюсти

12. Назовите фактор, не влияющий на установление первых постоянных моляров в правильное соотношение?

- 1) степень минерализации зубов
- 2) формирование симптома Цилинского
- 3) дистальное смещение нижней челюсти
- 4) раннее удаление вторых молочных моляров
- 5) закладка первых постоянных моляров

13. Веерообразное положение зубов обусловлено?

- 1) нарушением миодинамического равновесия
- 2) нарушением умственной работоспособности
- 3) нарушение минерального обмена
- 4) нарушением образа жизни ребенка
- 5) снижением физической активности

14. Продолжительное применение соски может привести к такой деформации прикуса?

- 1) сужению и удлинению верхней зубной дуги, дистальному положению нижней челюсти
- 2) уплощению фронтального участка верхней зубной дуги, мезиальному сдвигу нижней челюсти
- 3) увеличению глубины резцового перекрытия, дистальному положению нижней челюсти
- 4) сужению верхней и расширению нижней зубной дуги при правильном положении нижней челюсти
- 5) сужению верхней и нижней зубных дуг

15. При дистальном прикусе изменение соотношения на клыках происходит в результате?

- 1) смещения нижней челюсти кзади по отношению к верхней
- 2) смещения нижней челюсти кпереди по отношению к верхней
- 3) мезиального смещения клыков по верхней зубной дуге
- 4) дистального смещения клыков по нижней зубной дуге
- 5) удлинения фронтального участка верхней челюсти

16. Родители с ребенком 10 лет обратились к ортодонту с жалобами на изменения конфигурации лица. В анамнезе искусственное вскармливание и продолжительное применение соски. Подбородок скошен назад глубокая губно-подбородочная борозда прикус смены зубов, соотношение первых постоянных моляров одноименное. При проведении пробы Эшлер-Биттнер внешний вид ребенка улучшается. Определите этиологический фактор формирования данной патологии?

- 1) искусственное вскармливание
- 2) закусывание нижней губы
- 3) ротовое дыхание
- 4) малоподвижный образ жизни
- 5) рахит

17. Родители с ребенком 2 месяцев обратились к педиатру для контрольного осмотра. У ребенка физиологическая ретрогения. Грудное вскармливание. Физиологическая ретрогения это?

- 1) заднее расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 2) нейтральное расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 3) переднее расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 4) дисгнатическое расположение нижней челюсти по отношению к верхней
- 5) патологическое расположение нижней челюсти по отношению к верхней

18. Родители с ребенком 12 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре? губы смыкается с напряжением, при этом возникает симптом «лимонной корки». Носогубные складки сглажены. Прикус постоянных зубов. О чем

свидетельствует симптом «Лимонной корки»

- 1) нарушение функции смыкания губ
- 2) большой размер зубов
- 3) короткая уздечка языка
- 4) нарушение функции дыхания
- 5) плохая гигиена кожи

19. Родители с ребенком 12 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре? губы смыкают с напряжением, при этом возникает симптом «лимонной корки». Носогубные складки сглажены. Прикус постоянных зубов. Широкая спинка носа, сухая красная кайма губ покрытая корками. Определите возможный этиологический фактор в формировании прогнатии?

- 1) ротовое дыхание
- 2) лень жевания
- 3) сосание языка
- 4) закусывание верхней губы
- 5) плохая гигиена полости рта

20. К ортодонту обратились родители с ребенком 7 лет с жалобами на эстетические нарушения. При осмотре рот открыт, неподвижные крылья носа, сухая красная кайма губ прикус смены зубов. Сагиттальная щель 5мм, соотношение клыков и первых постоянных моляров одноименное. Нижние резцы наклонены назад, отмечается их скученное положение. Наклон нижних резцов происходит в следствие?

- 1) давления нижней губы
- 2) давления языка
- 3) давления верхней губы
- 4) давления верхних резцов
- 5) давления гайморовой пазухи

21. К ортодонту обратились родители с ребенком 7 лет с жалобами на эстетические нарушения. При осмотре? лицо долихоцефал, рот открыт, неподвижные крылья носа, сухая красная кайма губ прикус смены зубов. Сагиттальная щель 5мм, соотношение клыков и первых постоянных моляров одноименное. Нижние резцы наклонены назад, отмечается их скученное положение. Этиологическим фактором данной аномалии может быть?

- 1) ротовой тип дыхания
- 2) размер зубов
- 3) пол пациента
- 4) форма лица
- 5) смена зубов

22. При профилактическом осмотре у ребенка 6-х лет определено? рот

полуоткрыт, из-под верхней губы выступают верхние резцы, губы смыкаются с напряжением. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 3-4мм, одноименное соотношение клыков и вторых временных моляров. Нижняя зубная дуга четырехугольной формы (трапецевидная), верхняя - V - образная. Какой этиологический фактор, скорее всего, привел к описанному выше изменению формы зубных дуг?

- 1) рахит
- 2) нарушение функции дыхания
- 3) привычка сосания пальца
- 4) раннее удаление зубов
- 5) инфантильное глотание

23. При профилактическом осмотре у ребенка 6-х лет определено? рот полуоткрыт, из-под верхней губы выступают верхние резцы, губы смыкаются с напряжением. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 3-4мм, одноименное соотношение клыков и вторых временных моляров. Верхние резцы перекрывают нижние на всю высоту коронки. Нижняя зубная дуга четырехугольной формы (трапецевидная), верхняя - V - образная. В анамнезе ребенок перенес рахит. Влияние рахита на возникновение аномалии прикуса обусловлено?

- 1) нарушением минерального обмена
- 2) нарушением умственной работоспособности
- 3) нарушением миодинамического равновесия
- 4) нарушением образа жизни ребенка
- 5) снижением физической активности

24. К ортодонту обратились родители с ребенком 4-х лет, у которого после проведенной аденотомии осталась привычка дыхания ртом. При внешнем осмотре? лицо овальное, удлиненной формы, широкая спинка носа, рот полуоткрыт, вялая круговая мышца рта. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 3,5мм, соотношение клыков и вторых временных моляров одноименное. Верхние резцы перекрывают нижние до 1/2 высоты коронки. В какую диспансерную группу наблюдения по Ф. Я. Хорошилкиной следует отнести данного пациента?

- 1) 2 группу
- 2) 4 группу
- 3) 3 группу
- 4) 1 группу
- 5) 5 группу

25. К ортодонту обратились родители с ребенком 4-х лет, у которого после проведенной аденотомии осталась привычка дыхания ртом. При внешнем осмотре? лицо овальное, удлиненной формы, широкая спинка носа, рот полуоткрыт, вялая круговая мышца рта. Прикус временных зубов.

Сагиттальная щель 3,5мм, соотношение клыков и вторых временных моляров одноименное. Верхние резцы перекрывают нижние до 1/2 высоты коронки. Какая функция круговой мышцы рта в правильном формировании прикуса?

- 1) сфинктер, оказывающий давление на зубы
- 2) поднимает угол рта
- 3) отводит угол рта в сторону
- 4) оголяет зубы при улыбке
- 5) опускает угол рта

26. Родители с ребенком 8 лет обратились к ортодонту с жалобами на эстетические нарушения, нарушения жевания. При внутриротовом осмотре? ранний период смены зубов. Верхние фронтальные зубы расположены веерообразно, между ними незначительные промежутки нижние фронтальные зубы наклонены назад сагиттальная щель 6мм соотношение клыков и первых постоянных моляров одноименное. Веерообразное положение зубов обусловлено?

- 1) нарушением миодинамического равновесия
- 2) нарушением умственной работоспособности
- 3) нарушение минерального обмена
- 4) нарушением образа жизни ребенка
- 5) снижением физической активности

27. Родители с ребенком 8 лет обратились к ортодонту с жалобами на эстетические нарушения, нарушения жевания. Верхние фронтальные зубы расположены веерообразно, между ними незначительные промежутки сагиттальная щель 6мм соотношение клыков и первых постоянных моляров одноименное. Формирование сагиттальной щели у пациента обусловлено?

- 1) изменением наклона верхних резцов вестибулярно
- 2) сужением верхнего зубного ряда
- 3) мезиальным смещением нижней челюсти
- 4) изменением наклона верхних резцов орально
- 5) изменением наклона нижних резцов вестибулярно

28. К ортодонту обратился 16-летний пациент с жалобами на эстетические недостатки. При осмотре? лицо овальной формы, узкое выступающая вперед верхняя губа прикус постоянных зубов сагиттальная щель 5мм соотношения первых постоянных моляров одноименное бугорковое отмечается скученность верхних фронтальных зубов III степени. Степень скученности верхних фронтальных зубов обусловлена?

- 1) степенью сужения зубной дуги
- 2) условиями жизни
- 3) уровнем гигиены полости рта
- 4) мелким преддверием полости рта на нижней челюсти
- 5) короткой уздечкой языка

29. К ортодонту обратился 16-летний пациент с жалобами на эстетические недостатки. При осмотре? лицо овальной формы, узкое выступающая вперед верхняя губа прикус постоянных зубов сагиттальная щель 5мм соотношения первых постоянных моляров правильное отмечается скученность верхних фронтальных зубов III степени. Назовите фактор, не влияющий на установление первых постоянных моляров в правильное соотношение?

- 1) закладка первых постоянных моляров
- 2) формирование симптома Цилинского
- 3) дистальное смещение нижней челюсти
- 4) раннее удаление вторых молочных моляров
- 5) степень минерализации зубов

30. Родители с ребенком 10 лет обратились к ортодонту с жалобами на изменения конфигурации лица. В анамнезе искусственное вскармливание и продолжительное применение соски, сагиттальная щель 7мм, соотношения клыков и первых постоянных моляров по II классу Энгля. Верхняя зубная дуга больше нижней на размер щечного бугорка. Продолжительное применение соски может привести к такой деформации прикуса?

- 1) сужению и удлинению верхней зубной дуги, дистальному положению нижней челюсти
- 2) уплощению фронтального участка верхней зубной дуги, мезиальному сдвигу нижней челюсти
- 3) увеличению глубины резцового перекрытия, дистальному положению нижней челюсти
- 4) сужению верхней и расширению нижней зубной дуги при правильном положении нижней челюсти
- 5) сужению верхней и нижней зубных дуг

31. Родители с ребенком 10 лет обратились к ортодонту с жалобами на изменения конфигурации лица. В анамнезе искусственное вскармливание и продолжительное применение соски. Объективно? подбородок скошен назад глубокая губно-подбородочная борозда. Прикус смены зубов сагиттальная щель 7мм, соотношения клыков и первых постоянных моляров по II классу Энгля. Дистальное расположение нижней челюсти обусловлено недоразвитием мышц?

- 1) латеральной крыловидной
- 2) медиальной крыловидной
- 3) скуловой мышцы
- 4) жевательной мышцы
- 5) височной мышцы

32. Родители с ребенком 12 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре? губы смыкается с напряжением, при этом возникает симптом «наперстка».

Носогубные складки сглажены. Прикус постоянных зубов. Во фронтальном участке между зубами верхней и нижней челюсти промежутки в 1-1,5мм, сагиттальная щель 4мм. Соотношение клыков и первых постоянных моляров по II классу Энгля. Короткая уздечка языка. Верхние резцы перекрывают нижние на 2-3 мм. Короткая уздечка языка может привести к следующим нарушениям

- 1) укорочению нижнего зубного ряда
- 2) расширению нижнего зубного ряда
- 3) расширению верхнего зубного ряда
- 4) асимметричному расширению верхнего зубного ряда
- 5) удлинению верхнего зубного ряда

33. Родители с ребенком 12 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре? губы смыкают с напряжением, при этом возникает симптом «наперстка». Соотношение клыков и первых постоянных моляров по II классу Энгля. Короткая уздечка языка. Сглаженность носо-губных складок формируется в результате?

- 1) формирования выпуклого профиля лица
- 2) формирования вогнутого профиля лица
- 3) асимметричного лица
- 4) снижения высоты прикуса
- 5) недоразвития верхней челюсти

34. При профилактическом осмотре у ребенка 5 лет определено? рот полуоткрыт, из-под верхней губы выступают верхние резцы, губы смыкают с напряжением. Прикус временных зубов сагиттальная щель 4мм, одноименное соотношение клыков и вторых временных моляров. Верхние резцы перекрывают нижние на всю высоту коронки. Нижняя, зубная дуга четырехугольной формы (трапецевидная), верхняя - V - образная. При дистальном прикусе изменение соотношения на клыках происходит в результате?

- 1) смещения нижней челюсти кзади по отношению к верхней
- 2) смещения нижней челюсти кпереди по отношению к верхней
- 3) мезиального смещения клыков по верхней зубной дуге
- 4) дистального смещения клыков по нижней зубной дуге
- 5) удлинения фронтального участка верхней челюсти

35. К ортодонту обратились родители с ребенком 4-х лет. При внешнем осмотре? лицо овальное, удлиненной формы, широкая спинка носа, рот полуоткрыт, вялая круговая мышца рта. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 3мм, соотношение клыков и вторых временных моляров дистальное. Верхние резцы перекрывают нижние до 1/3 высоты коронки, в состоянии протрузии. Функция, каких групп мышц обуславливает

правильный наклон резцов?

- 1) круговой мышцы рта
- 2) мышцы поднимающей угол верхней губы
- 3) мышцы оттягивающие нижнюю губу
- 4) треугольная мышца рта
- 5) квадратная мышца нижней губы

36. К ортодонту обратились родители с ребенком 4-х лет. При внешнем осмотре? лицо овальное, удлиненной формы, широкая спинка носа, рот полуоткрыт, вялая круговая мышца рта. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 3мм, соотношение клыков и вторых временных моляров дистальное. Верхние резцы перекрывают нижние до 1/3 высоты коронки, в состоянии протрузии. Патогенез формирования дистального прикуса при ротовом типе дыхания заключается в следующем?

- 1) опускание и смещение нижней челюсти кзади
- 2) ретрузии нижних резцов
- 3) протрузии верхних и ретрузии нижних резцов
- 4) протрузии верхних резцов
- 5) опускание и смещение нижней челюсти кпереди

37. Родители с ребенком 8 лет обратились к ортодонту с жалобами на эстетические недостатки и нарушение функции жевания. При внешнем осмотре? сглаженные носогубные складки верхняя губа выступает вперед, нижняя губа оттопырена, на ней отпечатки верхних фронтальных зубов, соотношение клыков и первых постоянных моляров по II классу Э.Энгля. Этиологическим фактором возникновения дистального прикуса могли служить?

- 1) закусывание нижней губы
- 2) сосание пальца
- 3) сосание языка
- 4) подкладывания кулачка под щеку во время сна.
- 5) макроглоссия языка

38. Родители с ребенком 8 лет обратились к ортодонту с жалобами на эстетические недостатки и нарушение функции жевания. При внешнем осмотре? сглаженные носогубные складки верхняя губа выступает вперед, нижняя губа оттопырена, на ней отпечатки верхних фронтальных зубов глубокая губно-подбородочная борозда подбородок скошен назад. Широкая спинка носа, вялые крылья, сухая красная кайма губ. Профилактика ротового дыхания заключается в следующем?

- 1) своевременная консультация ЛОР врача
- 2) улучшение условий жизни
- 3) изменение характера питания
- 4) улучшение гигиены полости рта

5) антенатальная профилактика

Литература

Основная:

1. Куцевляк В.И.. Ортодонтия. /Самсонов А.В.,Скляр С.А. с автор.//Харьков, «СИМ», 2013.- 246-258 с.
2. Флис П.С. Ортодонтия. - Винница: «Новая книга», 2006. - 297 - 308с

Дополнительная:

1. Головкин Н.В. Профилактика зубочелюстных аномалий. - Винница: Новая Книга, 2005.
2. Григорьева Л.П. Прикус у детей. - Киев: Здоровье, 1995 г. - 231 с.
3. Каспарова и соавт. «Заболевание височно-нижне-челюстного сустава у детей и подростков» М. «Медицина», 1981.
4. www.smile-center.com.ua/articles-distalniy-prikus-lechenie-distalnogo-prikusa-ispravl..
5. dental-ortomedina.com.ua/portfolio-view/distalnyj-prikus-s-glubokim-perekrytiem