

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА (МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ)

Э.О. Омурбеков¹, преподаватель

И.М. Юлдашев², д-р мед. наук, профессор

С.К. Жоробаев¹, преподаватель

¹Ошский государственный университет

²Кыргызская государственная медицинская академия

¹(Кыргызстан, г. Ош)

²(Кыргызстан, г. Бишкек)

DOI:10.24412/2500-1000-2023-11-3-70-73

Аннотация. Мезиальная окклюзия – ортодонтическая патология, при которой нарушается прикус и происходит плохое смыкание зубов. В статье исследуются типы мальокклюзии и генетическая предрасположенность как одного из факторов появления мальокклюзии. Также авторы приводят классификацию мальокклюзии и лечение, включающее в себя традиционные и инновационные методы.

Ключевые слова: мальокклюзия, ортодонтия, прикус, смещение, нижняя, верхняя, челюсть.

Важной ортодонтической проблемой на сегодняшний день является лечение мезиальной мезиальной мальокклюзии. В последнее десятилетие, по данным исследований, количество пациентов с этой патологией увеличилось. Кроме того, увеличивается и число пациентов с тяжелыми скелетными формами мезиальной окклюзии. Мезиальная мальокклюзия составляет до 16,9% от общего числа малокклюзий. Это связано с поздним выявлением заболевания и отсутствием системы поддержки этой группы пациентов. По этим причинам с возрастом мальокклюзия прогрессирует [1]. Без лечения это приводит к неконтролируемому росту нижней челюсти и замедленному росту верхней челюсти, в результате чего формируется скелетная форма аномалии. Чем позже пациенты обращаются за ортодонтическим лечением, тем более выражен неправильный прикус.

Ортодонтия направлена на достижение эстетических и функциональных улучшений путем механического лечения. Для этого необходимо переместить зубы в более идеальное положение. Идеальное положение зубов для каждого пациента определяется несколькими факторами, такими как профиль лица, баланс лица и эстетические проблемы.

Кроме этого, ортодонтия направлена на улучшение взаимоотношений между верхними и нижними зубами в процессе их соединения и функционирования, а также на решение лицевых проблем. Биологическая и функциональная координация взаимоотношений между зубами называется окклюзией. В течение многих лет был достигнут консенсус относительно того, какие характеристики считаются идеальной или нормальной окклюзией.

Но люди с идеальным прикусом без ортодонтического лечения встречаются редко. Существует большое разнообразие окклюзий, которые могут быть у человека из-за морфологических различий в форме и размере зубов, а также сагиттального положения верхней и нижней челюстей. Известная причина существует только для 8% аномалий прикуса. Остальные 92% имеют неизвестную этиологию, но, вероятно, являются результатом воздействия факторов окружающей среды и генетических факторов [2].

Доктор Эдвард Хартли Энгл известен как «отец современной ортодонтии». Он установил три класса неправильного прикуса, основанных на положении мезиобуккального бугра верхнего первого моляра по отношению к буккальному желобку нижнего первого моляра [3].

Класс I моляров по классификации Англе (также известный как нейтроклюзия) определяется мезиобуккальным бугром верхнечелюстного первого моляра, окклюзирующим буккальную бороздку нижнечелюстного первого моляра.

Классификация моляров II класса (мезокклюзия) определяется наличием мезиобуккального бугорка первого верхнечелюстного моляра, который находится окклюзионно с мезиальной стороны буккальной борозды первого нижнечелюстного моляра.

Наконец, мезиобуккальный бугорок первого верхнечелюстного моляра, проходящий дистальнее буккальной борозды первого нижнечелюстного моляра (дистокклюзия), определяет классификацию моляров III класса.

По системе классификации Аккермана и Профитта зубы делятся на классы I, II, III, IV, V и VI. Эти категории основаны на взаимоотношениях между зубами верхней и нижней челюстей и положении челюстей.

- Класс I: Верхнечелюстные зубы немного выступают вперед по отношению к нижнечелюстным, и челюсть выровнена правильно.

- Класс II: верхнечелюстные зубы значительно выступают вперед по отношению к нижнечелюстным, челюсть недоразвита.

- Класс III: нижнечелюстные зубы значительно выступают вперед по отношению к верхнечелюстным, челюсть чрезмерно развита.

- Класс IV: верхнечелюстные зубы значительно отстают от нижнечелюстных.

- Класс V: верхнечелюстные зубы значительно выступают вперед над нижнечелюстными, челюсть чрезмерно развита.

- Класс VI: нижнечелюстные зубы значительно отстают от верхнечелюстных [4].

Некоторые скелетные причины неправильного прикуса могут потребовать хирургического вмешательства. К ним относятся неправильный прикус челюстей, асимметрия лица, расщелина губы и неба, а также черепно-лицевые аномалии. Травмы лица или челюсти также могут стать причиной неправильного прикуса, хотя это встречается гораздо реже. Следует отме-

тить, что хирургическое лечение неправильного прикуса обычно рекомендуется только в тяжелых случаях, а вначале могут быть предприняты другие методы лечения, например, брекет-системы. Для определения наиболее подходящего лечения необходимо тщательное обследование у врача-ортодонта или челюстно-лицевого хирурга.

Этиология неправильного прикуса часто является многофакторной. Основное влияние оказывают генетические и экологические факторы. Имеются некоторые доказательства того, что наследственность также может быть одним из факторов, однако точная роль наследственности в возникновении неправильного прикуса еще не выяснена.

Однако, наследственность также может быть одним из факторов развития неправильного прикуса, или смещения зубов. В частности, скученность или расстояние между зубами может быть результатом дисбаланса между размером зубов и размером челюсти. Причиной неправильного прикуса может быть также дисбаланс размеров или формы верхней и нижней челюстей [5]. Размер и форма зубов и челюстей могут быть унаследованы вместе, а могут быть независимыми друг от друга. Исследования показали, что чем более независимо наследуются эти характеристики, тем выше вероятность развития неправильного прикуса. По сравнению с первобытными поколениями неправильный прикус стал более распространенным явлением в результате аутбридинга между различными человеческими популяциями. Это может быть связано с тем, что в этих популяциях характеристики зубов и челюстей наследуются неравномерно.

Определенную роль в развитии неправильного прикуса могут играть и факторы окружающей среды. Это часто наблюдается у детей, которые привыкли сосать большой палец. При надавливании на крышу рта нижние резцы и верхнечелюстные моляры сдвигаются в язычном направлении, а верхние резцы - в лабиальном. Кроме того, челюсть опускается вниз, что позволяет прорезываться боковым зу-

бам, в результате чего происходит разделение резцов.

По мере перехода к смешанному прикусу у ребенка часто развивается неправильный прикус. В целом существенной разницы между мужчинами и женщинами нет. Однако прорезывание и созревание зубов у женщин, как правило, происходит быстрее, чем у мужчин. В связи с этим, как правило, женщины получают ортодонтическое лечение раньше мужчин [6].

Исследования показали, что у чернокожего населения чаще встречаются аномалии прикуса. Однако генетических данных, подтверждающих это, нет.

Существует несколько способов лечения неправильного прикуса. Для лечения узкого нёба, скученности или перекрестного прикуса перед брекетами традиционно используются нёбные расширители. Устройство для быстрого расширения нёба работает за счет воздействия на две кости верхней челюсти, что позволяет разойтись среднему нёбному шву. Поскольку верхнечелюстные кости срастаются в период полового созревания, нёбные расширители наиболее полезны в подростковом возрасте. Расширитель имеет винт, который поворачивается ежедневно или по указанию врача-ортодонта. При каждом повороте возможно расширение менее чем на 1 мм, что оказывает давление на верхнечелюстную кость.

Для увеличения межпроксимального пространства спейсеры могут использоваться до или во время ношения брекетов. Когда не хватает места для установки металлических лент вокруг моляров, между молярами обычно используются спейсеры. В зависимости от того, как долго они должны находиться во рту, спейсеры могут быть изготовлены из различных материалов. Резиновые прокладки традиционно используются в течение 1-2 недель. Обычно они выпадают, когда остается достаточно места. Металлические спейсеры также могут использоваться для кратковременного регулирования пространства, [7] хотя обычно они применяются на срок более шести недель.

Традиционным способом лечения неправильного прикуса является использо-

вание брекетов. Существует несколько типов брекетов, изготовленных из различных материалов. Металлические и керамические брекеты - два наиболее распространенных типа. Традиционные металлические брекеты состоят из брекетов, которые устанавливаются на зубы, нуждающиеся в выпрямлении. Брекеты удерживаются вместе с помощью дугообразной проволоки. Когда дуга затягивается, она оказывает давление.

В последние несколько лет все большую популярность, особенно среди взрослых пациентов, завоевывают прозрачные альгинаторы- элайнеры. При изготовлении прозрачных корректоров используется технология CAD/CAM, позволяющая проводить цифровое сканирование зубных дуг. На основе полученных снимков создаются прозрачные съемные выравниватели. В процессе лечения с помощью прозрачных альгинаторов – элайнеров используется множество различных наборов альгинаторов, каждый из которых предназначен для разных этапов лечения. В зависимости от плана лечения, составленного врачом-ортодонтом, пациенты носят трейнеры каждого этапа в течение 1-2 недель.

К сожалению, у лечения прозрачными элайнерами есть и недостатки. К ним относятся соблюдение пациентом режима лечения и тяжесть случая. Пациентам предписывается носить прозрачные альгинаторы не менее 22 часов в день. Это необходимо для того, чтобы обеспечить оптимальное время для выпрямления зубов. Кроме того, при слишком тяжелой форме неправильного прикуса не рекомендуется использовать элайнеры. Обычно рекомендуется установка традиционных брекетов.

Доказано, что для успешного лечения неправильного прикуса используются различные методы. Однако в настоящее время продолжают испытываться новые технологий, позволяющих повысить эффективность и результативность лечения. Возможно, в ближайшем будущем использование, например, низкоуровневой лазерной терапии для ортодонтического перемещения станет обычной практикой в ортодонтических кабинетах.

Для лечения неправильного прикуса необходима межпрофессиональная команда специалистов в области стоматологии. В нее входят, в частности, стоматологи общей практики, гигиенисты, ортодонты и

челюстно-лицевые хирурги. Подход межпрофессиональной команды к лечению неправильного прикуса позволяет проводить более раннюю диагностику.

Библиографический список

1. Аржанцев П.З., Сукачев В.А. Хирургическое лечение сочетанных форм аномалий прикуса у взрослых // Стоматология. – 1974. – Т. 53, № 3. – С. 38-42.
2. Герда В.В. Обоснование методов ортодонтического лечения мезиальной окклюзии с использованием дистракции верхней челюсти: дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2000. – 212 с.
3. Thomas M. Orthodontics in the "Art" of Aesthetics // Orthod Milwaukee. – 2015. – №26 (4). – P. 23-28.
4. Hershfeld J.J. Edward H. Angle and the malocclusion of the teeth // Bull Hist Dent. – 1979. – № 27 (2). – P. 79-84.
5. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий. – М.: Инженер, 1996. – 270 с.
6. Ellis E, McNamara JA. Components of adult Class III malocclusion // Oral Maxillofac Surg. – 1984. – №42(5). – P. 295-305.
7. Дробышев А.Ю., Анастасов Г. Основы ортогнатической хирургии. – М.: Печатный город, 2007. – 55 с.

FEATURES OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MALOCCLUSION PATHOLOGY (MESIAL OCCLUSION)

E.O. Omurbekov¹, *Lecturer*

I.M. Yuldashev², *Doctor of Medical Sciences, Professor*

S.K. Zhorobaev¹, *Lecturer*

¹Osh State University

²Kyrgyz State Medical Academy

¹(Kyrgyzstan, Osh)

²(Kyrgyzstan, Bishkek)

Abstract. *Mesial occlusion is an orthodontic pathology in which occlusion is impaired and poor closure of teeth occurs. The article examines the types of malocclusion and genetic predisposition as one of the factors of the occurrence of malocclusion. The authors also provide a classification of malocclusion and treatment, which includes traditional and innovative methods.*

Keywords: *malocclusion, orthodontics, occlusion, displacement, lower, upper, jaw.*