ФГБОУ ВО
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии детского возраста

Тема НИР:
Вертикальная дизокклюзия зубных рядов. Клиника. Диагностика. Лечение

Научный руководитель:
заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.
Водолацкий В.М.

Выполнили: студенты 535 группы
Хубиев Ш. М.
Хубиева А. Д.
Чартаева С. М.
Чочиева А. Д.
Эреджепова А. С.

Ставрополь 2021

Актуальность исследования

Вертикальная дизокклюзия зубных рядов представляет собой деформацию (аномалию) зубочелюстной системы в орбитальной (вертикальной) плоскости. Вертикальная дизокклюзия характеризуется разобщением и отсутствием смыкания зубов в области резцов, клыков иногда премоляров и реже – моляров и является одной из наиболее сложных зубочелюстных аномалий (деформаций), плохо поддающейся лечению.

Наличие вертикальной дизокклюзии как правило нарушает *жевательную функцию, дикцию, способствует заболеваниям желудочно-кишечного тракта и приводит к значительным изменениям эстетики лица.* Поэтому знание факторов, которые приводят к развитию данной патологии, знание её патогенеза, клиники, особенностей диагностики, лечения и профилактики являются важными в подготовке врача-стоматолога.

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью совершенствования тактики диагностики и лечения пациентов с открытым прикусом путем выделения форм данной аномалии, описания структурных особенностей строения лица. Все вышеизложенное дало возможность сформулировать цель исследования.

Цель исследования:

Совершенствование методов диагностики и лечения пациентов детского возраста с вертикальной дизокклюзией зубных рядов.

Задачи исследования:

1.Изучение распространенности вертикальной дизокклюзии зубных рядов среди детей в возрасте от 9 до 16 лет.
2.Изучение этиологии вертикальной дизокклюзии зубных рядов у детей в возрасте от 9 до 16 лет.
3. Изучение клинических признаков вертикальной дизокклюзии зубных рядов у детей в возрасте от 9 до 16 лет.
4. Изучение и совершенствование существующих методов диагностики и лечения вертикальной дизокклюзии зубных рядов у детей в возрасте от 9 до 16 лет.

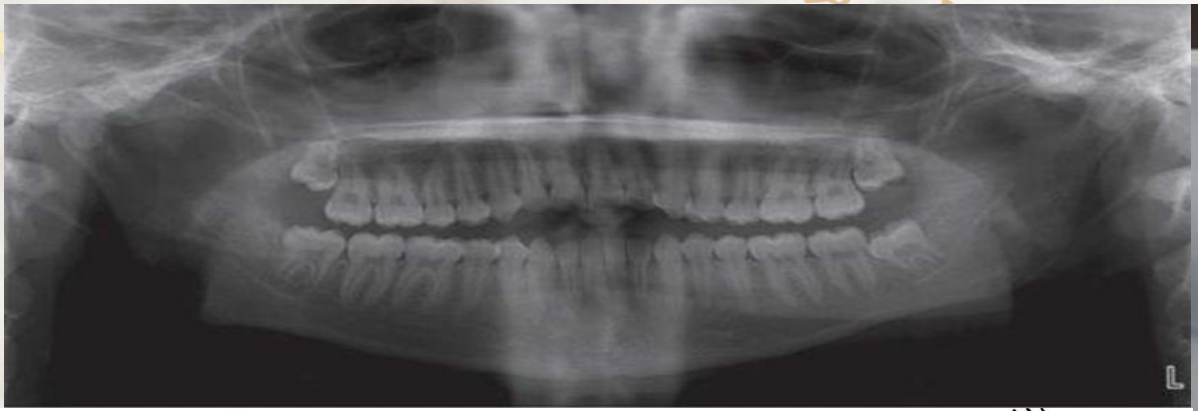
Материалы и методы

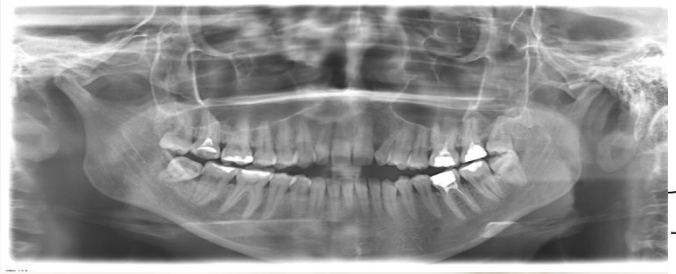
Совместно с сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста СтГМУ проведен клинический опрос и осмотр 23 пациентов с патологией зубочелюстной системы, среди которых - 9 мальчиков и 14 девочек в возрасте от 9 до 16 лет. Проведены клинический осмотр, рентгенологическое исследование и осуществлен анализ ортопантомограмм и боковых телерентгенограмм, изучение диагностических моделей по методам Пона, Герлаха и Хаулея-Гербера-Гербста, а также фотометрическое обследование респондентов, обратившихся за ортодонтической помощью.

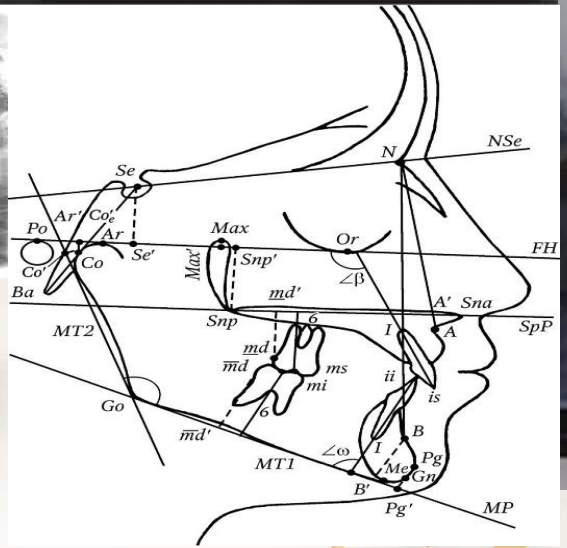
Клинический опрос и осмотр

Анализ диагностических моделей

Анализ боковых телерентгенограмм и ортопантомограмм







Все обследуемые были разделены на группы в зависимости от степени тяжести вертикальной резцовой дизокклюзии и характера смыкания зубных рядов.

У **6** пациентов (2 мальчика и 4 девочек) отмечалось наличие вертикальной дизокклюзии зубных рядов, что составляет 26% от общего числа обследуемых.

У **3** обследуемых наблюдалось нейтральное соотношение зубных рядов.

У **2** респондентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов отмечалась сочетанная форма аномалии прикуса в комбинации с мезиальным соотношением зубных рядов,

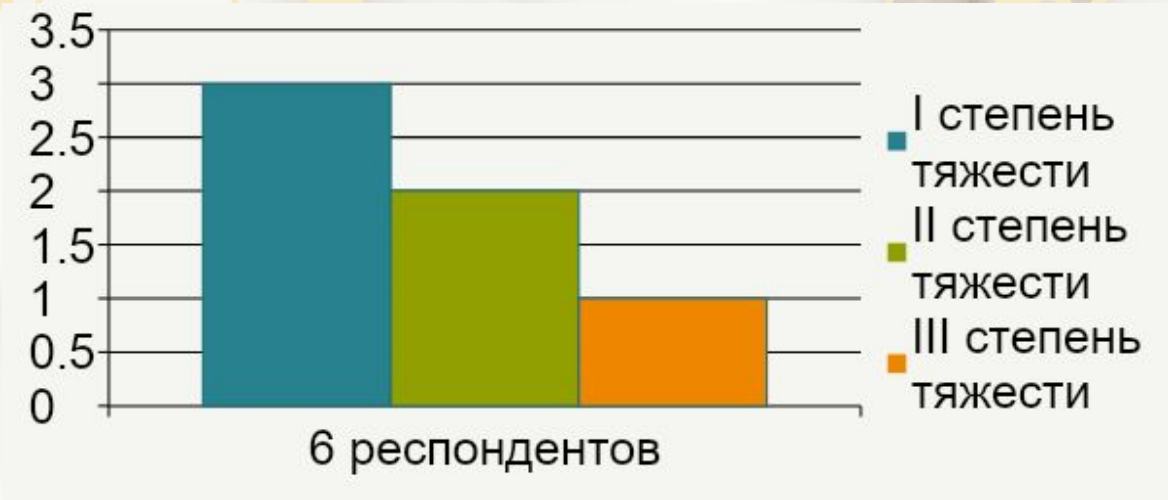
У **1** пациента -сочетанная форма аномалии прикуса в комбинации с дистальным соотношением зубных рядов.

По степени тяжести:

В первую группу вошли **3** обследуемых с I степенью тяжести вертикальной резцовой дизокклюзии (размер вертикальной щели до 5 мм),

Во вторую группу 2 обследуемых – II степень тяжести (вертикальная щель от 5 до 9мм),

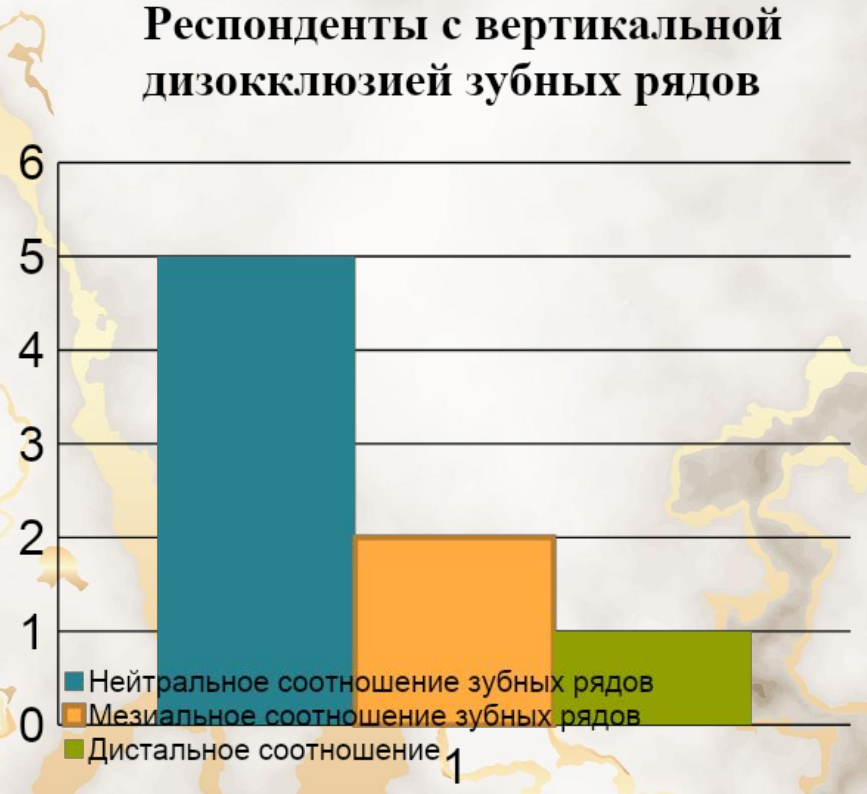
В третью группу **1** респондент с III степенью тяжести (вертикальная щель более 9мм).



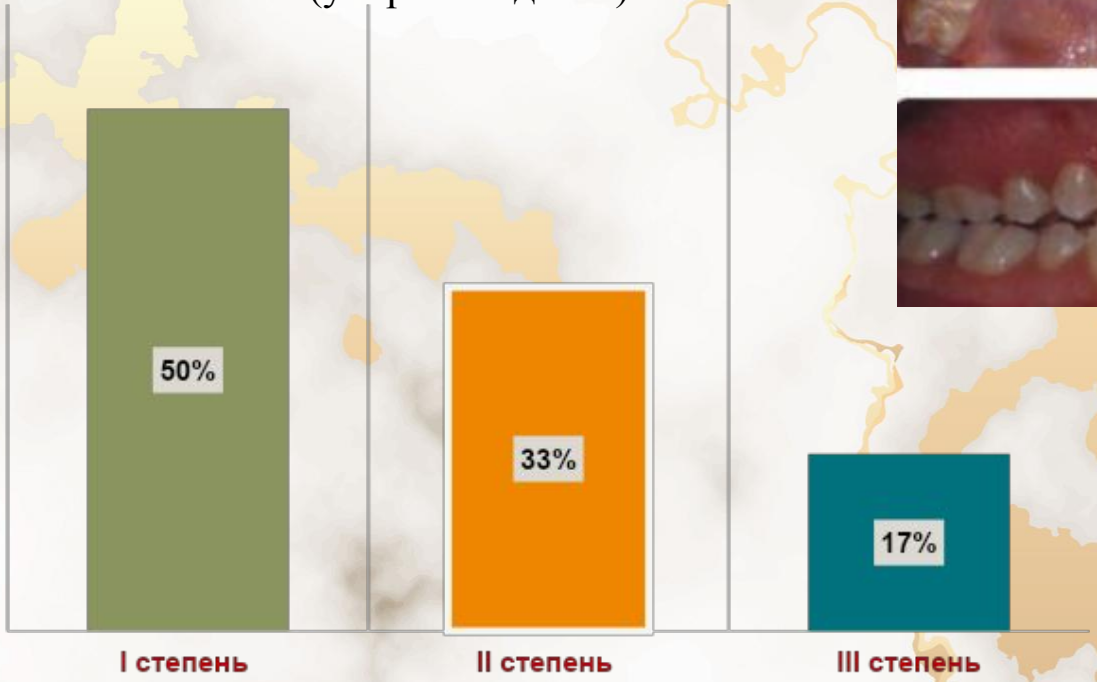
Результаты исследования

В результате проведенного научного исследования выявлены существенные клинические нарушения, как внешнего характера, так и в полости рта. Внешние проявления на лице выражались в увеличении высоты нижней трети лица, выраженности подбородочного отдела нижней трети лица, увеличении угла нижней челюсти, выдвижении нижней челюсти и нижней губы вперед. В полости рта отмечались как изолированная форма вертикальной дизокклюзии с нейтральным соотношением 6 зубов, так и комбинация с формированием сочетанной патологии в сагиттальной плоскости. Величина вертикальной щели во фронтальном отделе варьировалась от 3 до 10 мм, при этом смыкание зубов у детей начиналось как в области клыков, так и в области премоляров, вплоть до 1 или 2 моляров. У подобных детей с вертикальной дизокклюзией зубных рядов отмечается существенное нарушение основных функций зубочелюстной системы – жевания, дыхания, глотания и речи.

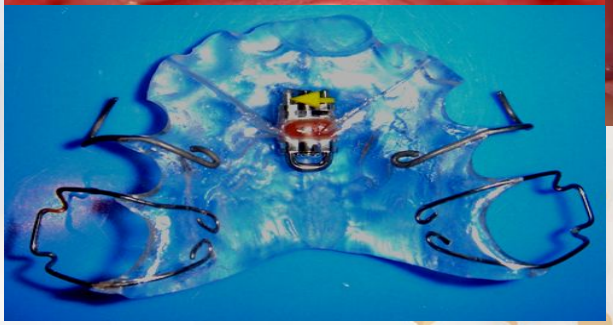
Из 23 пациентов с патологией зубочелюстной системы у 6 (2 мальчика и 4 девочки) отмечалось наличие вертикальной дизокклюзии зубных рядов, что составляет 26% от общего числа обследуемых. При этом частота встречаемости данной аномалии у пациентов с нейтральным, дистальным и мезиальным соотношением зубных рядов составила **61%, 25% и 14%** соответственно от количества пациентов с данной патологией.



По степени тяжести: у 50% пациентов (у 3 респондентов с данной патологией) – I степень тяжести вертикальной дизокклюзии зубных рядов, у 33% - II степень тяжести (у 2 респондентов) и у 17% наблюдалась III степень тяжести (у 1 респондента).



В зависимости от возраста и степени тяжести пациенты в разных группах с вертикальной дизокклюзией зубных рядов имели разную протяженность лечения и разные по степени сложности ортодонтические съемные и несъемные аппараты



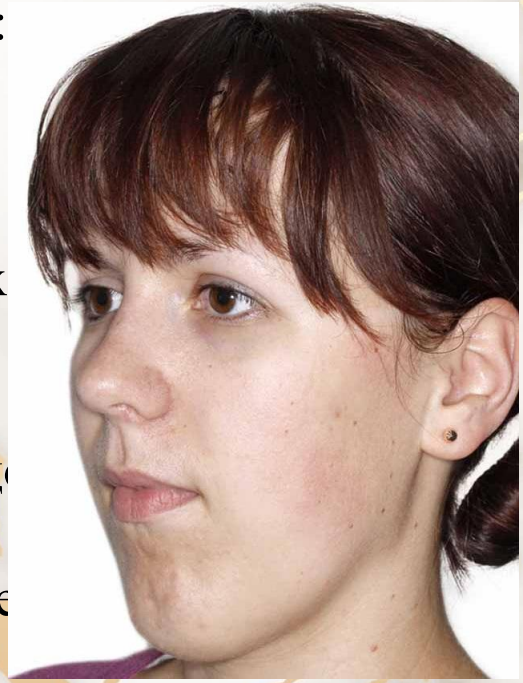
Выводы

1. Определенна распространенность вертикальной дизокклюзии среди детей в возрасте от 9 до 16 лет. Из 23 пациентов с патологией зубочелюстной системы у 6 (2 мальчика и 4девочки) отмечалось наличие вертикальной дизокклюзии зубных рядов, что составляет 26% от общего числа обследуемых.

2. В результате опросов пациентов, которые проводились совместно с родителями, установили, что наиболее частыми этиологическими факторами развития вертикальной дизокклюзии зубных рядов явились вредные привычки у детей, такие как сосание пальца, прокладывание языка между зубными рядами, длительно использование соски-пустышки.

3. Изучены клинические признаки вертикальной дизокклюзии зубных рядов у детей в возрасте от 9 до 16 лет.

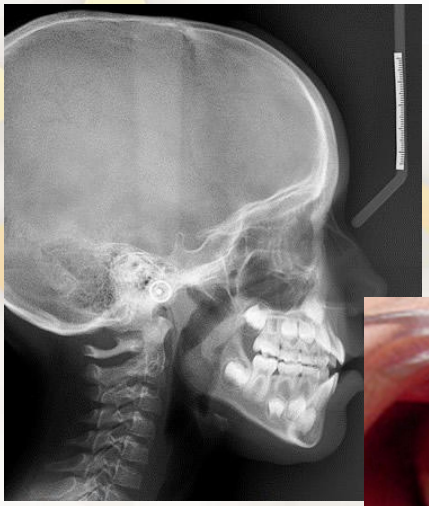
Лицевые признаки по данным фотометрического обследования пациентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов: нарушена форма лица в виде его удлинения, увеличена нижняя высота лица, сглажена супраментальная складка, губы не сомкнуты, верхняя губа укорочена, из-под края верхней губы видны нижние края передних зубов и язык, имеется увеличение нижнечелюстных углов (гониальных).



При смыкании губ отмечается их напряженность, а лиц имеет удивленный вид. При сочетании патологии с аномалиями прикуса в сагиттальной плоскости клиниче проявления усугубляются, наблюдается асимметрия относительно косметического центра.

По данным клинического осмотра: наличие вертикальной щели, сужение верхней зубной дуги, тесное расположение зубов. Имеется повышенное отложение минерализованных зубных отложений. При исследовании функции можно установить затрудненное откусывание пищи, нарушение функции жевания, глотания. Имеется нарушение произношения отдельных звуков в виде неправильного произношения свистящих (с, з) и шипящих звуков (ш, щ, ж).

4. Определены оптимальные критерии для осуществления квалифицированной диагностики вертикальной дизокклюзии зубных рядов у детей 9-16 лет с использованием основных (опрос, осмотр) и дополнительных методов (рентгенологический метод, ОПТГ, ТРГ, исследование гипсовых моделей по методам Пона, Герлаха и Хаулея-Гербера-Гербста).



Лечение открытого прикуса должно быть комплексным, включающим: выявление и устранение этиологического (этиологических) фактора (факторов), хирургические мероприятия (перемещение места прикрепления укороченной уздечки языка, уменьшение размера языка при макроглоссии, удаление отдельных зубов при их тесном расположении, в том числе последних моляров, удерживающих высоту прикуса, компактостеотомия), обучение у логопеда правильной артикуляции языка с окружающими тканями в покое и во время речи, применение лечебной гимнастики для нормализации функций дыхания, глотания, использование внутриротовыхортодонтических аппаратов с упором для языка, приспособлениями для зубоальвеолярного удлинения в области открытого прикуса и по показаниям зубоальвеолярного укорочения в области боковых зубов, применение вертикальной вне ротовой тяги для вертикального перемещения зубов, восстановление коронок зубов при разрушении их кариесом, при гипоплазии эмали или замещение зубов с помощью протезов после их ранней потери. Обязательным условием полной реабилитацией пациентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов являлась фиксация достигнутых лечебных результатов.

Спасибо за внимание!