МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

імені О.О. Богомольця

Кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології

**РЕФЕРАТ**

на підручник

**«Orthodontiсs. Dentognathic Anomalies and Deformations»**

**= Ортодонтія. Зубо-щелепні аномалії та деформації**

**Київ – 2017**

**Мета** створення підручника «Orthodontiсs. Dentognathic Anomalies and Deformations» була обумовлена необхідністю детального висвітлення, узагальнення та структуризації інформації про аномалії та деформації зубощелепного апарату.

**Короткий зміст підручника.** Ортодонтія – це комплексна, різностороння стоматологічна дисципліна, яка повязана з корекцією зубів, зубних рядів та прикусу, а також займається питаннями росту, ортотопії, нормалізації функцій зубощелепного апарату, відновлення естетичної гармонії обличчя. Нині лікарі-ортодонти можуть приймати пацієнтів незалежно від віку. Питання є актуальним тому, що, за даними ВООЗ, аномалії та деформації зубощелепного апарату зустрічаються у більше ніж 68% населення, а в Україні поширеність патології сягає 75-85%.

Підручник складається з вступу та двох розділів.

У вступі представлене авторське визначення поняття «ортодонтія». Завідувач кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, Почесний вчений Європи вказує, що ортодонтія – це наука, яка займається вивченням етіологїї, патогенезу, клініки, діагностики, методів лікування і профілактики стійких аномалій і деформацій зубощелепного апарату у дітей і дорослих, а також етіології, патогенезу, клініки, діагностики, методамів лікування та профілактики дефектів зубів, зубних рядів та лиця у дітей.

У “Chapter 1” розглянуті питання етіології, патогенезу, клінічної картини, діагностики, методів лікування та профілактики аномалій зубів та зубних рядів. Дана патологія у підручнику розподілена на аномалії положення окремих зубів, аномалії прорізування зубів (ретенція та передчасне прорізування), аномалії кількості зубів (понадкомплектні зуби, адентія, гіподонтія), аномалії розміру, форми, кольору, структури твердих тканин. Приділена увага проблемам гіпоплазії та гіперплазії емалі, флюорозу, спадковим факторам, які впливають на розвиток зубів.

Аномалія розвитку окремих зубів дуже розповсюджена патологія, яка викликає цілу низку проблем. За даними літератури, така патологія зустрічається у 12-22% випадків серед усіх зубощелепних аномалій та деформацій. Колір зуба залежить гoловним чином від кольору емалі, і саме емаль є тією тканиною, що йогo передає в нормі. Колір зубів у різних людей дуже різноманітний, оскільки є спадковою ознакою.

Аномалії кількості, величини та форми зубів обумовлені спадковою передачею. Тип наслідування ізольованої патології аутосомно­домінантний. Аномалії будови та пороки розвитку тканин зуба, що обумовлені впливом зовнішніх факторів: флюороз, "тетрациклінові" зуби, системна неспецифічна гіпоплазія тканин тимчасових та постійних зубів, часткова або повна аплазія емалі тимчасових зу­бів у дітей, народжених недоношеними, та ін., вогнищева гіпоплазія, що обумовлена травмою, "обвітрюванням" емалі (при диханні ротом), запальні процеси, пухлини, кісти та ін.

Причиною аномалій форми зубів найчастіше буває патологія розвитку їх зачатків. Розрізняють аномалії форми коронкових частин зубів та коренів. Аномалії форми коронок може стосуватись як морфологічних особливостей жувальної та ріжучої поверхні зубів, так і величини коронки. До них відносяться: ­шиповидні зуби, потворні зуби ­ невизначеної форми, наприклад: "зуб у зубі", мікродентія, макродентія.

Адентію, в свою чергу, розрізняють: первинну (тобто вроджена відсутність зачатків), вторинну ­ набуту (відсутність зачатків внаслі­док їх руйнування в результаті температурного впливу або радіаційного впливу, травми. Але вторинну адентію, пов'язану з видаленням зубів, відносити сюди недоцільно. Крім того, адентія може бути частковою, коли відсутні окремі зуби (від 1 до 3), чисельною (від 4 та більше) та повною.

Таким чином, про збільшення числа зубів можна говорити у тих випадках, коли в молочному прикусі знаходиться понад 20 зубів, а в постійно­му ­ понад 32 зуби. Busch розрізняе 3 види надкомплектних зубів: шилоподібні з конічною коронкою і таким же коренем, бугристі зуби з бугристою коронкою та воронкоподібним западанням їі поверхні (їх ще нази­вають премоляроподібними зубами), надкомплектні зуби, за своєю формою схожі з комплектними.

Затримку прорізування зубів називають pe­тенцією. Зустрічається ретенція як постійних, так і молочних зубів. Але молочні зуби ретенованими бувають дуже рідко. Частіше ретенованими бувають постійні зуби, як правило, в наступному розташуванні: ікла, другі премоляри, зуби мудрості, центральні різці, бокові різці.

В рамках даного розділу особлива увага приділена способам лікування аномалій положення окремих зубів, оскільки ця патологія одна з найбільш розповсюджених серед всіх аномалій та деформацій зубощелепного апарату у дітей та дорослих. Вона, в свою чергу, включає вестибулярне, оральне, мезіальне, дистальне положення, супраоклюзію, інфраоклюзію, діастеми, треми, скупченість зубів, поворот по осі, транспозицію.

Розрізняють наступні неправильні форми зубних рядів: гострокутну, коли звуження локалізується в області іклів, сідловидну, коли звуження найбільш виражене в області премолярів, V-подібну, коли зубний ряд звужений в бічних ділянках, а у фронтальній виступає у вигляді гострого кута, трапецієподібну, коли звужена і сплощена фронтальна ділянка, загальнозвужену, асиметричну, при якій звуження більш виражене на одній стороні зубного ряду однієї з щелеп.

“Chapter 2” присвячений детальному розгляду аномалій прикусу в трьох взаємоперпендикулярних площинах – сагітальній, вертикальній та трансверзальній. Сагітальні аномалії розподілені на мезіальний та дистальний прикуси. До вертикальних аномалій належать глибокий та відкритий прикуси, а у трансверзальній площині знаходяться різні варіації форм перехресного прикусу.

Слід звернути особливу увагу на те, що патології прикусів описані як окремі патології, а також, зважаючи на те, що більшість ортодонтичних аномалій і деформацій являються комбінованими, описана клінічна картина змішаних патологій. Подібне висвітлення даного питання відсутнє у фактично всіх вітчизняних та зарубіжних літературних джерелах.

Дистальний прикус є однією з найбільш поши­рених аномалій і складає в середньому від 3,6% до 65% серед різних видів патологічних прикусів. А.І. Бетельман дистальний прикус відносить до сагітальних аномалій і, в залежності від ступеня розвитку щелеп, виділяє чотири клінічні форми: нижня мікрогнатія, верхня макрогнатія, верхня макрогнатія та нижня мікрогнатія, верхньощелепна прогнатія зі звуженням у бокових ділянках.

Дистальний прикус має характерні лицеві та внутрішньоротові ознаки. Найбільш виразною його лицевою ознакою є висування верхньої щелепи та дистальне положення нижньої щелепи.

Лікування дистального прикусу являє собою складне завдання і залежить не тільки від клінічної форми та ступеня її виразності, але й від віку xвopoгo. Основні зусилля при лікуванні дистального прикусу повинні бути направлені на: уникнення гальмуючого впливу неправильного функціонування м'язів губ, щік, язика на ріст і формування щелеп, нормалізацію функцій зубощелепного апарату ­ дихання, ковтання, мови, жування, виправлення положення зубів, форми зубних рядів і прикусу, стимулювання росту апікального базису зубних дуг в ділянках затримки їх розвитку, стримування росту верхньої щелепи і стимулю­вання росту нижньої.

Частка мезіального прикусу серед всіх зубощелепних аномалій і деформацій складає від 1,9% до 18%. За класифікацісю А.І. Бетельмана, мезіальний прикус належить до аномалій у сагітальній пло­щині і мaє такі клінічні форми: мікрогнатія верхньої щелепи, макрогнатія нижньої щелепи, макрогнатія нижньої щелепи з мікрогнатією верхньої щелепи.

Мезіальний прикус частіше буває обтяжений звуженням верхньої щелепи, коли нижні бічні зуби переважають над верхніми. Верхня щелепа може бути сплощена у фронтальній ділянці. У бічних ділянках спостерігається одно-­ чи двостороннє перехресне співвідношення.

Лікування мезіального прикусу багато в чому залежить від етіологічних факторів і можливості їх усунення, а також від ступеня проявів морфологічних і функціональних порушень. Найкращим періодом для лікування є час до прорізування перших постійних молярів та іклів.

Глибокий прикус відноситься до вертикальних аномалій прикусу. Частота складає від 20 до 38%. Ф.Я. Хорошилкіна поділяє глибокий прикус на три ступені глибокого різцевого перекриття, які визначають за висотою коронок центральних різців: ­ від 1/3 до 2/3 їх висоти,­ від 2/3 до 3/3, ­ більше від висоти коронок зубів.

Клінічні прояви глибокого прикусу залежать від його сукупності з дистальним, мезіальним або перехресним прикусом, аномаліями зубних дуг і аномаліями зубів.

Лікування глибокого прикусу найефективніше в періоди прорізування постійних премолярів, що є авторським твердженням. Основне завдання лікування: усунення причин, що перешкоджають зубоальвеолярному подовженню в ділянці бокових зубів, створення перешкод для зубоальвеолярного подовження у ділянці передніх зубів, виправлення форми зубних дуг, положення окремих зубів і їх груп, нормалізація положення нижньої щелепи та її росту.

Відкритий прикус відноситься до аномалій по вертикалі. Частота його складає від 1,7% до 5,3% обстежених. Розрізняють фронтальний відкритий прикус та боковий відкритий прикус. Ф.Я. Хорошuлкіна класифікує відкритий прикус за величиною вертикального зазору: до 5 мм, ­ до 9 мм та­ більше 9 мм.

Лицеві ознаки фронтального відкритогo прикусу характеризуються збільшенням нижньої частини обличчя, згладженістю носо­гyбних і підборідної складок, часто спостерігається незмикання верхньої і нижньої гyб у стані спокою. Лицеві ознаки бокового відкритого прикусу можуть бути відсутні. В порожнині рота спостерігається відсутність контактів між зубами верхньої і нижньої щелеп.

Лікування відкритогo прикусу залежить від йогo різновиду, ступеня прояву і періоду фор­мування зубощелепного апарату. У періоді тичасового прикусу основне завдання лікування полягає в усуненні шкідливих звичок, нормалізації положення язика у спокої і під час функції, досягненні нocoвoгo дихання, змикання гyб, правильного ковтання і вимови звуків. У змінному періоді прикусу для нормалізації росту щелеп застосовують різновиди двощелепних функціональних апаратів. Лікування відкритого прикусу у підлітків і дорослих, повинно бути комплексним, включаючи: хірургічні заходи (пластика вкорочених вузде­чок язика, губ), навчання у логопеда, застосування лікувальної гімнастики для нормалізації функції ковтання, використання внутрішньоротових ортодонтичних апаратів з упором для язика, пристроями для зубоальвеолярного подовження в ділянці незмикання зубів і, за показаннями, ­ зубоальвеолярного вкорочення в ділянці бокових зубів, профілактичні заходи ­ відновлення коронок зубів при руйнуванні їх кapiєcом.

Перехресний прикус відноситься до трaнсвep­зальних аномалій. Частота перехресного прикусу неоднакова в різних вікових гpупах і становить від 0,39 до 1,9% у дітей та підлітків і біля 4% у дорослих.

Виділяють букальний, лінгвальний перехресний прикус та поєднані форми. При перехресному прикусі внутрішньоротові і позаротові ознаки залежать від форми і ступеня вираженості патології.

Лікування перехресного прикусу залежить від його різновиду, причин розвитку, ступеня вираженості, а також віку пацієнта. При виготовленні апаратів для лікування пеpexpecнoгo прикусу зі зміщенням нижньої щелепи визначають конструктивний прикус: роз'єднують зубні ряди на боці деформації і встановлюють нижню щелепу в правильному по­ложенні.

**Новизна** видання полягає у представлені власних конструкцій ортодонтичних пристроїв та авторських модифікацій вже існуючих поряд з висвітленням питань етіології, патогенезу, клінічної картини, діагностики, методів лікування та профілактики зубо-щелепних аномалій та деформацій. Авторами здійснений аналіз та обробка інформації літературних джерел та власних здобутків.

**Практична значимість** заключається в навчально-методичному аспекті цього видання та у можливості поділитися власними напрацюваннями та здобутками у методах діагностики та лікування з іноземними колегами з метою взаємообміну досвідом у вирішенні актуальних проблем ортодонтії в рамках інтеграції літературного інформаційного простору з європейськими закладами вищої освіти.

Підручник ілюстрований кольоровими рисунками та таблицями, що сприяє наочному представленню інформації та покращує її візуальне та логічне сприйняття. Після кожного розділу наведено тести, запитання для самоперевірки і ситуаційні задачі, що дозволяє студентам краще засвоювати матеріал та перевірити рівень знань.

**Колектив авторів:**

|  |  |
| --- | --- |
| д.мед.н., професор, завідувач кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця, заслужений діяч науки і техніки України, Почесний вчений Європи | Фліс П.С. |
| к.мед.н., доцент кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології  НМУ імені О.О. Богомольця, доцент | Леоненко Г.П. |
| к.мед.н., заступник декана стоматологічного факультету, доцент кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології  НМУ імені О.О. Богомольця | Філоненко В.В. |
| куратор Європейської кредитно-трансферної системи (заступник декана) стоматологічного факультету, асистент кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології  НМУ імені О.О. Богомольця | Дорошенко Н.М. |