

Тема заняття № 15

Етіологія і патогенез зубощелепно-лицевих аномалій та деформацій.

Визначення поняття: «аномалія», «деформація», «вроджена», «набута»,
«спадкова»

Зміст теми:

Розвитку зубощелепних аномалій і деформацій сприяють різні фактори, як місцевого, так і загального характеру, але частіше всіх це з'єднання декількох факторів. Залежно від механізму дії їх розділяють на три групи:

Спадкові;

Діючі під час внутрішньоутробного розвитку (антенатальні)

Діючі після народження дитини (постнатальні).

Крім спадкування або тих або інших захворювань дитина може успадкувати від батьків або найближчої родички особливості розвитку черепа (тип особи, розмір щелеп і їх розташування, кількість, розміри, форму зубів і т.д.). Друга група факторів приводить до формування вроджених зубощелепних аномалій і пороків розвитку, третя - придбаних зубощелепних аномалій. Перші дві групи факторів недостатньо вивченої.

До постнатальних факторам, які сприяють розвитку зубощелепних аномалій і деформацій відносять наступні:

1. Неправильне штучне вигодовування.
2. Тривале застосування соски.
3. Захворювання раннього дитячого віку –(рахіт).
4. Порушення в термінах прорізування зубів.
5. Адентія.
6. Надкомплектні зуби.
7. Ретензовані зуби.
8. Абсолютна або відносна (індивідуальна) макродентія.
9. Мікродентія.
10. Порушення функцій зубощелепної системи:
- Ссання;

- Змикання губ;
- Дихання;
- Жування;
- Ковтання;
- Мови.

- 11.Порушення міодинамічної рівноваги м'язів, що оточують зубні ряди.
- 12.Порушення статури: сутулість; лордоз; кіфоз; сколіоз ;.
- 13.Множинне каріозні руйнування апроксимальних поверхонь зубів.
- 14.Рання втрата тимчасових або постійних зубів.
- 15.Дисфункція або захворювання СНЩС.
- 16.Травми щелепно-лицьової області.
- 17.Запальні й пухлинні захворювання щелеп.
- 18.Укорочені губи (переважно верхня).
- 19.Порушення розташування й артикуляції язика.
- 20.Аномалії прикріплення м'яких тканин порожнини рота (вуздечок губ, язика, дрібний переддень порожнини рота.
- 21.Шкідливі звички ссання соски, пальців, губ, язика, щік і сторонніх предметів.
- 22.Патологічне стирання твердих тканин зубів.
- 23.Нерівномірне стирання твердих тканин тимчасових зубів.
- 24.Відсутність фізіологічного стирання твердих тканин тимчасових зубів.
- 25.Неправильні позотонічні рефлекси.
- 26.Наявність аденоїдних розростань.
- 27.гіпертрофія піднебінних мигдалин.
- 28.Захворювання верхніх дихальних шляхів.
- 29.Оперативні втручання в щелепно-лицьовій ділянці.
- 30.Загальні захворювання.
- 31.Екологічні особливості навколишнього середовища.

У цей час в основу поняття "норма" покладене поняття про "оптимальну індивідуальну норму", тобто стан достатньо гарантованої, протягом тривалого часу морфологічної, функціональної та естетичної рівноваги в зубо-щелепній системі й лицевому скелеті в цілому, до якого необхідно прагнути в процесі ортодонтичного лікування (Ю.М. Малигін, 1978).

Під аномалією (від грецк. *anomalía*) розуміють вроджене стійке, що звичайно не прогресує відхилення від нормальної структури й функції, властиве даному біологічному виду (органу та ін.).

Під деформацією розуміють зміну форми або розмірів фізичного об'єкта, що прогресує, у разі якщо дія сили не припинена. Інакше кажучи, деформація це прогресуючі, згодом, зміни розмірів або форми тіла під впливом зовнішніх або внутрішніх факторів, що приводять до порушення функції.

Аномалійний прикус це прикус, при якому відмічається аномалійне положення окремих зубів, деформація зубних дуг або їх неправильне співвідношення.

Патологічним вважається прикус при якому значні морфологічні порушення прикусу приводять до стійких порушень функції й естетики.

В.П. Окушко у своїй класифікації розглядає тільки ті види шкідливих звичок, які приводять до розвитку різних видів ЗЩА й розподіляє їх на 3 групи:

I. Звички ссання (зафіксовані рухові реакції):

- 1) звичка ссання пальців;
- 2) звичка ссання й прикушування губ, щік, предметів;
- 3) звичка ссання й прикушування язика.

II. Аномалії функції (зафіксовані функції, які неправильно протікають):

- 1) порушення функції жування;
- 2) неправильне ковтання й звичка тиску на зуби язиком;
- 3) ротовий тип дихання.

4) неправильна мовна артикуляція.

III. Зафіксовані позотонічні рефлексі, які визначають неправильне положення частин тіла в спокої:

- 1) неправильна поза тіла й порушення постави;
- 2) неправильне положення нижньої щелепи й мови в спокої.

Групи ризику по стоматологічним захворюванням:

1. Діти, що народилися від матерів з екстрагенітальною патологією (пороками серцево-судинної системи, гіпертонією, нефропатією, цукровим діабетом, туберкульозом, токсикозом вагітності і т.д.).

2. Діти в одного з батьків яких, визначається декомпенсована форма перебігу карієсу (III ступінь активності).

3. Діти, які народилися недоношеними.

4. Діти, що перенесли в період народження й у грудному віці гемолітичну хворобу, пневмонію, гнійно-септичні захворювання, рахіт, гіпервітаміноз Д, більш ніж 4 рази на рік хворіють респіраторними захворюваннями

Робота з дітьми раннього віку починається з 3-літнього віку, визначенням етіологічних факторів і попередженням розвитку зубощелепних аномалій, цим займаються дитячий стоматолог і ортодонт.

Т. Ф. Виноградова запропонувала розподіляти дітей, що підлягають диспансеризації на три групи залежно від кількості оглядів у рік (1 - 2 - 3 рази), позначаючи їх і п'ять груп здоров'я. Склад груп здоров'я трактувався в такий спосіб:

I група - здорові діти, рідко хворіють.

II група - здорові діти з обтяженим біологічним і соціальним анамнезом, (часто хворіють, 4 рази у рік і більше) або, що довгостроково хворіють гострими захворюваннями, або з ризиком виникнення хронічної патології.

III група - діти із хронічними захворюваннями або вродженою патологією в стані компенсації (з рідкими й не важкими загостреннями, без

вираженого порушення загального стану й самопочуття), з рідкісними,інтеркурентними, захворюваннями.

IV група - діти із хронічними захворюваннями й пороками розвитку в стані субкомпенсації (із частими загостреннями основного захворювання, з порушенням загального стану й самопочуття після загострення) із затяжним реконвалесцентним періодом після захворювань, а також з вираженими ознаками незрілості.

V група - діти, що страждають важкими хронічними захворюваннями, з важкими пороками розвитку в стадії декомпенсації, тобто з погрозою інвалідності й інваліди.

У виборі критеріїв для поділу дітей по диспансерних групах Т.Ф. Виноградова не виділяє групи ризику які по своїй суті є перехідними формами між здоров'ям і компенсованою патологією. Ризик стоматологічного захворювання помічається буквою "Р".

Н. Г. Снагіна (1978) запропонувала розподіляти дітей з факторами ризику зубощелепних аномалій на дві групи, різні по ступеню вірогідності виникнення патології прикусу.

Перша група (ризик аномалій - РА) представлена сьомома факторами, наявність яких ускладнюється аномалією розвитку в незначній кількості випадків навіть при відсутності профілактичних заходів:

- 1) аномалії прикріплення м'яких тканин до альвеолярного відростку;
- 2) дефект зубних рядові при видаленні одного зуба до початку резорбції кореня;
- 3) карієс бічних зубів з руйнуванням контактних поверхонь або поверхонь змикання;
- 4) порушення строків і послідовності зміни тимчасових зубів;
- 5) захворювання органів зору, які обумовлені змінами форми очниці (короткозорість), часто сполучається з деформацією нижньої щелепи;
- 6) рахіт (в анамнезі) і хронічні соматичні захворювання;
- 7) спадковість.

Наступну групу становлять діти з такими активно діючими причинами аномалій, не усунення яких ускладнюється недоліками розвитку в більшості випадків. Наявність таких факторів називають "переданомалією" або "стану функціональної готовності" до розвитку аномалії. Переданомалії позначають як ПА й вони наступні:

- 1) порушення функції жування;
- 2) порушення функції ковтання;
- 3) порушення функції дихання;
- 4) дитячі шкідливі звички;
- 5) повільне стирання тимчасових зубів після 4-х років, утруднене блоком горбків іклів і молярів;
- 6) раннє, до строків фізіологічної резорбції коренів, видалення (двох або більше) поруч розташованих зубів, перенесені травми, оперативні втручання й запальні захворювання, які вплинули на розвиток і ріст щелеп та м'яких тканин;
- 7) порушення опорно-рухового апарата й постави.

Між факторами ризику й переданомалією є відмінності, що важливо як для прогнозу, так і для визначення тактики лікаря-ортодонта. При перших імовірність розвитку аномалій низька й функція стоматолога полягає в особистому спостереженні із залученням до співробітництва відповідних фахівців, або без необхідності невідкладної допомоги. При інших - розвиток аномалії буде обов'язковим і функція стоматолога полягає в наданні активної допомоги - нормалізація порушених функцій, усунення шкідливих звичок, пришліфовування зубів, корекція постави, профілактичне зубне протезування, призначення профілактичних ортодонтичних апаратів і т.п.

Оскільки огляд усіх дітей і масова профілактика зубощелепних аномалій для ортодонта складна. Оскільки кількість ортодонтів в 8 раз менша, ніж дитячих стоматологів, то ці функції можуть виконувати останніх. Тому під спостереженням дитячого стоматолога перебувають діти з ТА й ЙА, а ортодонт забезпечує по направленню дитячого стоматолога

диспансеризацію дітей з ПА-ШЗ, проводить апаратурне лікування й профілактичне зубне протезування.

Л. Б. Лепорска на підставі вивчення впливу етіологічних факторів на ріст особи й формування прикусу в дітей розробила методику прогнозування ймовірності виникнення зубощелепних аномалій. При цьому виділяються два такі аспекти:

- 1.Прогноз імовірності появи зубощелепної аномалії в дитини в результаті поєднаної дії патогенетичних факторів на момент обстеження (ситуаційний прогноз).

- 2.Прогноз розвитку зубощелепної системи протягом певного часу, відбувається в певних умовах.