

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/nauchno-issledovatel'skaya-rabota/116023>

Тип работы: Научно-исследовательская работа

Предмет: Медицина

Содержание

Введение 3

1. Основные понятия о лечении и диагностике зубоальвеолярных удлинений 5

1.1. Понятие о феномене Попова-Годона 5

1.2. Понятие «врач-ортодонт» и особенности его работы 10

2. Практические аспекты диагностики и лечения альвеолярного удлинения 18

2.1. Диагностика заболеваний в практике ортодонта 18

2.2. Результаты анкетирования ортодентов по проблеме выявления зубоальвеолярных удлинений 24

Заключение 27

Список литературы 28

Введение

Стандарты современной жизни диктуют стереотип, что белоснежные, ровные зубы указывают на красоту, здоровье и составляют образ современного человека. Обладая безукоризненной улыбкой, люди ощущают себя намного смелее и решительнее тех, у кого нет подобного достоинства. Избавиться от кривизны зубов сегодня с внедрением новейших разработок возможно в любом возрасте.

Как заявляют современные врачи стоматологи и ортодонты современные технологии позволяют разрешать практически любые стоматологические проблемы и дефекты в развитии ротовой полости. К сожалению, главная проблема здесь заключается в стоимости такого лечения.

В современной медицине зубоальвеолярное удлинение получило название синдром Попова-Годона. Его смысл состоит в том, что в ротовой полости пациента происходит аномальное смещение зубов после того как пациент лишился пар зубов-антагонистов и отказался от проведения необходимого лечения.

Проблема здесь состоит в том, что изначально люди редко замечают благополучие в своей ротовой полости. В лучшем случае человек может жевать жевательную резинку или освежающие пилюли для улучшения свежести дыхания. Потерю же зуба или нескольких зубов большинство людей так же не воспринимают трагически. В конце концов, во рту еще остается 28 зубов, а потеря пары не критична.

На самом деле это критично. Челюсть человека – это самоподдерживающаяся система. Пары верхних/нижних зубов четко поддерживают друг друга и таким образом контролируют положение во рту за счет равномерного распределения давления по всей длине челюсти. Потеря хоть одного зуба из ряда ведет к тому, что зуб антагонист лишается такой поддерживающей пары.

Как итог такой потери становится начала процесса смещения, «выпадения» и т.д. зуба лишившегося пары. Такой процесс ведет к нарушению линии прикуса, а так же начинает сказываться на анатомии всей ротовой полости.

Самым большим мифом в данном вопросе является лечение данного синдрома. Чаще всего в случае своевременного обращения такое лечение может быть терапевтическим. Другими словами пациенту может быть предложено размещение импланта на месте потерянного зуба или установку заменяющих зуб конструкций и т.д.

Еще один вариант – это хирургическое лечение. Здесь врач-ортодонт может проводить операции по стачиванию надкостницы, иссекать кости верхней и нижней челюсти, альвеолярную кость и т.д. Так же врач-ортодонт может удалять или поднимать коронки и т.д.

Проблема же исследования состоит в том, что эффективного метода диагностики данной ортодонтической проблемы не существует. По сути все зависит от своевременной реакции на потерю зуба со стороны самого пациента.

Цель исследования – установить особенности диагностики зубоальвеолярных удлинений.

Объект исследования – зубоальвеолярные удлинения.

Предмет исследования – диагностика зубоальвеолярных удлинений.

Задачи исследования:

1. Дать определение термину зубоальвеолярное удлинение;
2. Дать характеристику работы врача-ортодонта;
3. Рассмотреть основные методы лечения и диагностики заболеваний у врача-ортодонта;
4. Рассмотреть практический аспект работы врача-ортодонта;
5. Сделать выводы по итогам исследования.

1. Основные понятия о лечении и диагностике зубоальвеолярных удлинений

1.1. Понятие о феномене Попова-Годона

Феномен Попова-Годона – зубочелюстная патология, выражающаяся в аномальных зубных сдвигах, спровоцированных экстракцией зуба и отказом от своевременного протезирования дефекта (потеря элемента зубного ряда).

Первоначально синдром зафиксирован в 1880 г. В.О. Поповым. Затем в 1904 г. Годон тоже заметил модификацию зубных рядов из-за утраты некоторых звеньев. Зачастую зубы, лишённые противоположных аналогов, сдвигаются довольно ощутимо и чуть ли не соприкасаются со слизистой оболочкой отростка альвеолы противоположной стороны. Тут же блокируется работа мышц нижней челюсти [11].

Результаты анализов говорят о том, что подобный синдром перестраивает альвеолярные кости у зубных единиц, оставшихся без противоположных аналогов: сужается периодонтальная щель, переменяются маршруты коллагеновых волокон. Вместе с тем в пульпе происходят определённые дистрофичные преобразования.

Подобные ситуации случаются неоднократно и осложняют процесс протезирования и поэтому созданы ортодонтические аппараты, конструирующиеся исходя из категории съёмных или несъёмных протезов. Посредством их в окклюзию допускаются зубы, лишённые антагонистов, наряду с синхронным разъединением прочих звеньев.

При заметном сдвиге зубной единицы из него извлекают пульпу и урезают в рамках кривой окклюзии. Существенное обнажение цемента провоцирует его извлечение. При необходимости ношения пластинок 18 часов в сутки лечение будет длиться не менее чем полгода и зависит от сложности каждого отдельного случая. При менее положительном эффекте ортодонтического лечения осуществляется протезирование [4]. Около 30% населения, удалив зуб, часто даже не думают о его восстановлении, объясняя это несогласием портить соседние звенья. Физиологи, благодаря исследованиям, выявили, что при потере зубной единицы человек вовсе не лишается возможности качественно пережёвывать еду. Но организм не мирится с пустотой, и соседствующие зубы, сдвигаясь, пытаются скрыть пробел, провоцируя возникновение щелей между собой.

Ещё серьёзнее ситуация, где зубной аналог с противоположного участка растёт в сторону пустоты, препятствует правильному жеванию и усиливает функциональную нагрузку, способствующую модификации прикуса [1].

Основываясь на материалах исследований симптоматики синдрома Попова-Годона, В.А. Пономарева обозначила две формы феномена. Одна выделяется тем, что помимо сдвига зубной единицы, образуется заметное возрастание отростка альвеолы, хотя при этом не обнажается зубной корень и не образуется десневой карман [12].

Вторая форма предусматривает зубной сдвиг, сопровождающийся омертвением пародонтальных тканей и оголением корневого цемента. Она включает две подгруппы. В первой отмечается прирост отростка альвеолы, если рассасывание пародонта малозначительно. В другой подгруппе подобное явление не наблюдается; резорбция пародонтальных тканей располагается на уровне не менее половины величины корня.

Диагностировать частичную адентию, усугублённую синдромом Попова – Годона позволяют определённые признаки. Главные [10]:

- фрагментная утрата зубов;
- модификации окклюзионной поверхности;
- понижение высоты окклюзии не наблюдается;
- сокращение дистанции (либо отсутствие) от поверхности окклюзии смещённого звена до отростка альвеолы противоположной челюсти.

Второстепенные [2]:

- повышение величины отростка альвеолы;
- присутствие либо отсутствие резорбции амфодонта сдвинувшихся элементов;
- неизменность структуры твердых тканей и пародонта естественных зубов.

Отличать синдром от других разновидностей адентии позволяет изучение корреляции совокупности зубов при том, что нижняя челюсть находится в положение покоя. На этот случай, определив основное челюстное соотношение, диагностические модели фиксируются в окклюдаторе, исследуются отклонения окклюзии, интервал между зубными единицами, оставшимися без противолежащих аналогов, и отростком альвеолы отсутствующего фрагмента.

Рассмотрим методы лечения зубоальвеолярных удлинений. Частичную адентию, усугублённую искривлением зубных единиц, устраняют поочерёдно: сначала исправляют кривизну, потом регенерируют. От синдрома избавляются разными приемами, опираясь на тип, стадии и выраженность аномальных искривлений [7]:

- метод сошлифовывания;
- метод последовательной дезокклюзии;
- аппаратно-хирургический;
- хирургический метод.

Рассмотрим каждый из них в отдельности. Сошлифовывание. Чаще всех востребованным в ликвидации синдрома Попова-Годона считается метод сошлифовывания. Он подходит больным от 35 лет со смещением не больше чем на 1/2 высоты зуба. Метод предусмотрен к применению при втором виде синдрома и безрезультатном использовании дезокклюзионного приема.

При расчете степени сошлифовывания прежде нужно проанализировать диагностические модели либо боковые экстраоральные рентгенограммы и телерентгенограммы. Определив окклюзионную

Список литературы

1. Бредфорд М. Ортодонтология. Диагностика на ранних этапах. Пер с англ. Фомина О.С. – Кострома: Рубикон, 2015. – 1167 с.
2. Виллсон Ф. Стоматология и ортодонтология. Методология сонации и диагностики. Пер с англ Бортник С.И. – Саратов: Континент, 2017. – 480 с.
3. Власова А.О. Современная ортодонтология. – Владивосток: Фортуна, 2016. – 674 с.
4. Горман Т, Филиппс М. Справочник врача-ортодонта. Пер с англ Сергеев Н.А.– Н. Новгород: Азимут, 2015. – 1336 с.
5. Земская Е.А., Китайгородская М.В., Ширяев Е.Н. Общие вопросы ортодонталогии. – Самара: Сван, 2015. – 573 с.
6. Картер Дж. Современные и перспективные методы диагностики и сонации заболеваний в ортодонтологии. Пер с англ. Васильева О.В. – Барнаул: Литавры, 2014. – 563 с.
7. Леонтьев В.О. Ортодонтология. История развития и современное состояние. – Воронеж: Форум, 2016. – 368 с.
8. Макловски Т., Кляйн М. Ортодонтология. Современное состояние и перспективы развития. Пер с англ Попов А.С. – Томск: Элемент, 2015. – 320 с.
9. Николсон П. Тактики лечения ортодонтологических заболеваний в клинике. Пер с англ Давыдова А.С.– Екатеринбург: Пальмира, 2017. – 1912 с.
10. Роджерс С. Диагностика зубоальвеолярного удлинения. Пер с англ Михайлов Д.А. – Казань: Спутник, 2016 – 917 с.
11. Терентьев А.М. Справочник стоматолога-ортодонта. – Тверь: Континент, 2017 – 1095 с.
12. Федорова Н.М. Современные методы диагностики, лечения и профилактики ортодонтических заболеваний. Монография. – Воронеж: Альянс, 2016. – 974 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/nauchno-issledovatel'skaya-rabota/116023>