

Аномалії прикусів

Аномалії прикусу в сагітальному напрямку

Мезіальний прикус

Існує декілька причин виникнення даних деформацій:

- внутрішньоутробні чинники;
- спадковість;
- порушення функцій внутрішньої секреції;
- захворювання та запалення перенесені в ранньому дитинстві, що безпосередньо вплинули на розвиток щелеп;
- порушення носового дихання;
- рання втрата молочних та постійних зубів;
- шкідливі звички (сон на спині зі схиленою на груди головою, прикушування верхньої губи та інш.);

Клініка: лицеві признаки: висунення підборіддя, середня частина обличчя якби западає. Спостерігається виставлення нижньої губи з широкою червоною каймою. У деяких випадках нижня щелепа значно збільшена в розмірі.

Існує **2 форми** мезіального прикусу.

1 форма характеризується перекриттям верхніх зубів нижніми у фронтальній ділянці з можливим недорозвиненням верхньої щелепи (частіше у фронтальній ділянці).



Ця форма отримала назву „хибна” прогенія, бо хворий може відсунути щелепу в оральний бік до змикання передніх зубів ріжучими краями.

2 форма характеризується зворотнім змиканням зубних рядів: нижні зуби перекривають як у бічних, так і у фронтальних ділянках.



У багатьох випадках спостерігається звуження верхньої щелепи чи надзвичайний розвиток нижньої щелепи. Хворий може зсунути нижню щелепу до контакту ріжучих країв, але це різко порушує функцію жування і запобігає використанню апаратів з похилою площиною.

Лікування для першої форми мезіального прикусу:

Краще починати з молочного прикусу. Воно полягає в усуненні причин, які викликали цю деформацію та санацію порожнини рота. Ефективним є застосування міогімнастики.

З п'ятирічного віку можна використовувати апаратне лікування, яке вибирається лікарем-ортодонтом з урахуванням клінічної форми прогенії. При перекритті більше ніж 2 мм на нижню щелепу виготовляється назубна капа з похилою площиною, яка підходить під верхні зуби, а бічні при цьому не змикаються через розмежування на кутніх зубах.

Для лікування звуженої верхньої щелепи в змінному та постійному прикусах використовується брекет-система, знімні та незнімні розширювальні апарати.

Для виведення фронтальних зубів від зворотного перекриття в період змінного прикусу використовується ортодонтична пластинка з гвинтом (1 чи 2) та секторальними розпилами з

обов'язковим розмежуванням на кутніх зубах. Після розширення звуженої верхньої щелепи в період постійного прикусу використовується апарати, які зміщують верхні фронтальні зуби вестибулярно, а відповідно нижні – орально.

Лікування для другої форми мезіального прикусу, на думку багатьох авторів недоцільне, бо при ньому не порушуються функції жування, мови та забезпечується стійкість зубів. Лікування даної форми прогенії пов'язане із значними труднощами і перша з них полягає в збільшених розмірах нижньої щелепи. Лікування в даній ситуації буває ефективним, якщо його розпочати в ранньому дитинстві.

Особливу увагу в молочному прикусі потрібно приділяти заходам, які припиняють ріст нижньої щелепи. Це міогімнастика та використання в нічний час підборідної праці, яка фіксується гумовою тягою в передньо-задньому напрямку.

В змінному прикусі краще використовувати механічно діючі апарати, за допомогою яких можна розвинути доволі велику силу. Доцільне використання брекет-системи, при чому лікування необхідно проводити на обох щелепах.

Звужену верхню щелепу можна розширити за допомогою піднебінної пластинки, але лікування даної патології прийдеться проводити в 2 етапи, що займає багато часу. Другий етап даного лікування буде полягати у виведенні фронтальних зубів із зворотного перекриття.

У період постійного прикусу використовують усі види вказаних вище апаратів, але в окремих випадках вдаються до комплексного лікування, яке полягає у видаленні окремих зубів при необхідності скорочення зубного ряду.

Дистальний (прогнатичний) прикус

Прогнатичний (дистальний) прикус характеризується зміщенням верхнього зубного ряду вперед відносно нижнього.

Причини виникнення:

- спадкові;
- вроджені;
- набуті.

Останні зумовлені неправильним штучним годуванням, коли дитина отримує їжу без звичайного акту смоктання, через що створюються умови для затримки розвитку (росту) нижньої

щелепи. Також появу цієї аномалії спричиняє відсутність у раціоні дитини твердої їжі, яку треба ретельно пережовувати. Велику роль у виникненні даної деформації відіграють:

- Захворювання, перенесені в ранньому дитинстві (зокрема рахіт);
- порушення носового дихання (ротове дихання викликає подовження та звуження кісток верхньої щелепи; відкритий рот викликає напругу щічних м'язів, які тиснуть на бічні ділянки зубних дуг);
- шкідливі звички (смоктання пальців, язика, різних предметів; закушування зубами нижньої губи, сон на спині з закиненою назад головою);
- рання втрата молочних чи постійних зубів (особливо нижніх молярів, що призводить до скорочення чи затримки росту нижньої щелепи).

У дистальному прикусі існує **2 форми** деформацій.

1 форма полягає в нахилі верхніх фронтальних зубів уперед з утворенням проміжку між фронтальними зубами, так званої, сагітальної щілини. Ріжучі краї нижніх різців травмують слизову оболонку твердого піднебіння. Дуже часто має місце звуження верхньої щелепи в бічних ділянках.



2 форма характеризується тим, верхні фронтальні зуби нахилені орально і ріжучими краями травмують ясна біля шийок нижніх зубів, фронтальні ділянки зубних дуг щелеп сплюснені. Нижня щелепа часто недорозвинута.



При двох формах дистального прикусу спостерігається обов'язкове порушення фісурно-горбикового контакту зубів. Нижній зубний ряд зміщений дистально. Для даної патології характерні порушення функцій мови, дихання, жування через недорозвиток м'язів, що висовують нижню щелепу вперед. Переважають вертикальні рухи нижньої щелепи.

Лікування в молочному прикусі полягає в:

1. правильному повноцінному годуванні
2. попередженні та усуненні шкідливих звичок
3. міогімнастиці.

У змінному прикусі при наявності глибокого перекриття нижніх фронтальних зубів верхніми, що обмежує ріст нижньої щелепи, розмежують прикус за допомогою знімної піднебінної пластинки з назубними капами в бічних ділянках та з вестибулярною дугою для зміщення орально фронтальних зубів. Для усунення шкідливих звичок можна виготовити в передній ділянці даної пластинки заслон з дроту чи пластмаси для язика.

Для розширення верхньої щелепи в бічних ділянках вищепи-сану пластинку можна доповнити ортодонтичним двосторон-

нім гвинтом. При сплюснені фронтальної ділянки верхньої щелепи (*друга форма* дистального прикусу) використовують піднебінну пластинку з гвинтами (з одним чи двома) та секторальними розпилами для зміщення верхніх фронтальних зубів вестибулярно.

Для зміщення верхніх зубів орально використовують брекет-систему, ортодонтичну пластинку з вестибулярною дугою.

У дорослих після закінчення росту щелеп для покращення ортодонтичного лікування показане хірургічне втручання. Для зменшення розмірів верхньої щелепи видаляють верхні перші премоляри та використовують брекет-систему.

Аномалії прикусу у вертикальному напрямі **Глибокий прикус**

Характеризується тим, що верхні фронтальні зуби перекривають однойменні нижні майже повністю (не менше $\frac{1}{2}$ висоти коронки).



Їх ріжучий край може торкатись слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи. Ріжучий край нижніх різців також травмує слизову оболонку твердого піднебіння.

Особливістю глибокого прикусу є те, що альвеолярний відросток виражений і високо розташований у фронтальній ділянці, а в бічних ділянках він маленький. Таке викривлення обмежує бічні рухи нижньої щелепи.

Причинами виникнення можуть бути:

- затримка росту чи дистальний зсув нижньої щелепи,
- порушення носового дихання,
- адентія бічних зубів та інші причини.

Лікування в молочному прикусі полягає в лікуванні та зберіганні молочних зубів; міогімнастиці.

Деякі автори рекомендують з 5-річного віку використовувати *піднебінну пластинку з накушувальною* площиною в ділянці різців.

Цей апарат підвищує прикус на різцях та розмежує моляри, які можуть рости у вертикальному напрямі. При необхідності, накушувальну площину слід піддавати корекції.

У змінному прикусі приділяють увагу лікуванню молочних зубів, які залишилися і протезуванню знімними конструкціями при їх видаленні, щоб забезпечити ріст коронок постійних молярів у період їх прорізування.

У змінному та постійному прикусах використовується піднебінна пластинка з накушувальною площиною для підвищення прикусу на нижніх різцях.

Відкритий прикус

Характеризується відсутністю контакту у вертикальному напрямку, найчастіше в ділянці фронтальних зубів.



При огляді зубних дуг слід відмітити викривлення оклюзійної площини, збільшення вертикальних розмірів альвеолярних

відростків у бічних ділянках та зменшення вертикальних розмірів у фронтальних. Така аномалія створює переважанню жувального тиску на кутні зуби, що призводить їх до швидкого паталогічного стирання, відмічається сухість слизової оболонки, внаслідок ротового дихання.

Виділяють **3 форми** відкритого прикусу:

- не змикається частина чи усі фронтальні зуби;
- не змикаються фронтальні зуби і премоляри;
- змикаються тільки 2 та 3 моляри.

Причини виникнення даної патології:

- рахіт;
- патологія верхніх дихальних шляхів;
- ендокринні захворювання;
- шкідливі звички (смоктання пальців, різних предметів).

Лікування в молочному прикусі полягає:

- в усуненні причин виникнення,
- своєчасному лікуванні молочних зубів,
- боротьба зі шкідливими звичками, яка полягає у виготовленні піднебінної пластинки з заслоном для язика, якщо дитина смокче язик,
- міогімнастика,

У постійному прикусі лікування проводять механічно-діючою апаратурою. Якщо відкритий прикус поєднується зі звуженням верхньої щелепи, то використовують піднебінні розширюючі пластинки з активною вестибулярною дугою для зміщення фронтальних зубів в оральному напрямку.

Аномалії прикусу в трансверзальному напрямку

Перехресний прикус

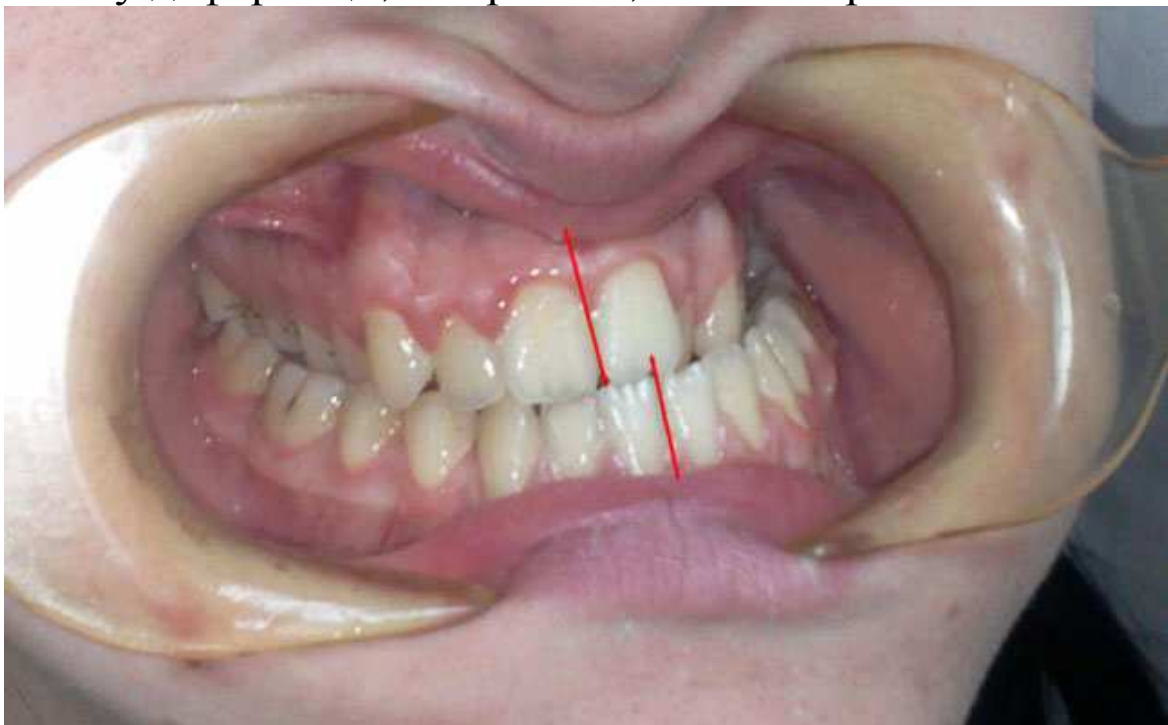
Ця аномалія є однією з найскладніших, вона потребує тривалого лікування та довгого ретенційного періоду. Перехресний прикус буває односторонній та двосторонній.

При односторонньому постійному прикусі спостерігається асиметрія обличчя, тобто одна сторона часто сплющена за рахунок звуження верхньої щелепи, де на місці деформації спостерігається зворотне перекриття верхніх зубів нижніми (у бічних ділянках, на відміну від протилежної сторони, де, як

зазвичай, спостерігається правильне змикання бічних зубів, при якому щічні горби нижніх зубів попадають у фісури верхніх.



Середня лінія між центральними різцями часто не співпадає і зміщена в бік деформації. Контакт між фронтальними зубами з боку деформації, як правило, не спостерігається.



Двосторонній перехресний прикус характеризується зміщенням усієї нижньої щелепи по трансверзалі, тобто змикання зубів порушене з обох боків. При тяжких формах прикусу на одній стороні щічні горби нижніх зубів заходять на піднебінні горби верхніх, а з другого боку щічні горби верхніх жувальних зубів ковзають по язичним поверхням нижніх. Спостерігається змінена форма альвеолярних дуг.

Причинами виникнення деформацій є як зовнішні, так і внутрішні фактори:

- захворювання в дитинстві (рахіт, інфекційні захворювання, запальні процеси нижньої щелепи та скронево-нижньощелепного суглобу);
- шкідливі звички (смоктання язика, щік, нігтів);
- рання втрата молочних зубів чи перших постійних молярів (при цьому дитина під час жування висовує нижню щелепу вперед і вбік, така оклюзія часто закріплюється).

Лікування:

Перехресний прикус лікувати слід у молодшому віці, адже в старшому віці навіть при ліквідації неправильного змикання зубів асиметрія обличчя може залишитися. У молочному прикусі слід починати з профілактичних заходів, таких як:

- лікування супутніх хвороб,
- боротьба зі шкідливими звичками,
- потрібно дитину навчити жувати на деформований бік.

При односторонньому перехресному прикусі зішліфовуються горбики молочних молярів, щоб вивести зуби з неправильного змикання.

При змінному прикусі після прорізування бічних зубів (10-12 років) вдаються до механічних апаратів.

Деформовану верхню щелепу можна лікувати при односторонньому перехресному прикусі за допомогою піднебінної розширювальної пластинки з гвинтом із секторальними розпилами та розмежуванням на кутніх зубах.

У постійному прикусі кращі результати отримують при використанні брекет-системи, яка використовується для лікування одностороннього перехресного прикусу. З боку правильного змикання дугу фіксують на кількох коронках, які при значному перекритті мають оклюзійні накладки для розмежування прикусу. З деформованого боку дугу кріплять до однієї коронки. Пружні властивості дуги зміщують зуби в щічний бік.

При двосторонньому перехресному прикусі краще користуватися знімними чи незнімними апаратами з похилою площиною. Розміри і межі капи та місця її укріплення визначає лікар-ортодонт, який робить висновки, виходячи з характеру аномалії та перекриття зубів. В основному капа виготовляється на нижню щелепу з обов'язковим розмежуванням на кутніх зубах.