

Государственное бюджетное образовательное
учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС

**Выполнила: ординатор кафедры-клиники
стоматологии ИПО Федорова В.П.**

Год обучения: 2

Красноярск 2018

АКТУАЛЬНОСТЬ:

- Широко распространенной аномалией ротовой полости считается открытый прикус. У взрослых феномен встречается редко, не более 2% всех патологий. Остальные 20% приходится на ранний детский возраст до года. Формирование такой аномалии резко снижается к 6 годам, остается только 6%.



ЦЕЛЬ:

- Изучить этиологию, клинику, диагностику и комплексные методы лечения пациентов с открытым прикусом.



ЗАДАЧИ:

- Проанализировать влияние различных факторов на формирование открытого прикуса.
- Изучить клинику открытого прикуса.
- Изложить принципы лечения и профилактики открытого прикуса.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

- Данные по распространенности открытой дизокклюзии свидетельствует о том, что настоящая аномалия встречается не столь часто, как сагиттальные аномалии и в частности дистальная окклюзия. В среднем, по данным отечественных и зарубежных авторов, она имеется у детей и подростков в 5 % случаев (1,5 - 7,5 %).

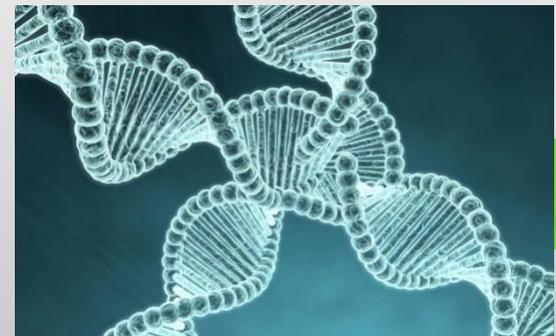


- **Открытый прикус** – нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, характеризующееся отсутствием контакта в области фронтальных или боковых зубов при смыкании челюстей. Открытый прикус проявляется наличием щели между зубными рядами, несмыканием губ, отчего рот пациента всегда полуоткрыт или открыт.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА:

- наследственность,
- болезни матери в период беременности
- атипичное положение зачатков зубов,
- болезни раннего детского возраста (особенно рахит),
- нарушение функции эндокринных желез, минерального обмена,
- Нарушение носового дыхания, функции и величины языка,



- неправильное положение ребенка во время сна (запрокинутая голова),
- вредные привычки (сосание пальцев, языка, кусание ногтей, карандашей и различных предметов, прокладывание языка между зубными рядами в области дефекта после ранней потери временных или постоянных зубов и др.)
- травматическое повреждение челюстей,
- расщелина альвеолярного отростка и неба.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА:

по локализации

**в области
передних зубов**



**в области
боковых зубов**



- Выделяют также симметричный или асимметричный открытый прикус.
- Целесообразно выделить открытый прикус верхнечелюстной, нижнечелюстной и комбинированные формы.



По этиологии



**Истинный
(рахитический)**



**Ложный
(травматический)**



Открытый прикус



СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА:

- **I степень** – вертикальная щель до 5 мм; отсутствие контакта в области фронтальных зубов (резцов и клыков);
- **II степень** - вертикальная щель от 5 до 9 мм; отсутствие контакта в области фронтальных зубов и премоляров;
- **III степень** - вертикальная щель более 9 мм; отсутствие контакта в области фронтальных зубов, премоляров и первых моляров.



СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (по ВАСИЛЕВСКОЙ З.Ф.)

- I - не смыкаются только центральные резцы, латеральные резцы, клыки;
- II - не смыкаются центральные резцы, латеральные резцы, клыки, первые и вторые премоляры,
- III – смыкаются только последние моляры.



КЛИНИКА:

- Открытый прикус характеризуется отличительными лицевыми, внутриротовыми и функциональными признаками. К лицевым симптомам открытого прикуса относятся удлиненная нижняя треть лица, полуоткрытый или открытый рот, сглаженная подбородочная складка, скошенный подбородок.



- Верхняя губа, как правило, вялая и укороченная, не смыкается с нижней; из-под нее видны нижние края передних зубов и язык, который прикрывает щелевидное отверстие между зубными рядами. В других случаях пациент пытается плотно сжать губы из-за стремления скрыть свой эстетический недостаток.





- Основным ротовым признаком открытого прикуса служит отсутствие контакта фронтальных или боковых зубов с зубами-антагонистами и наличие между ними щели различного размера. При травматическом открытом прикусе форма щели повторяет положение предмета, который ребенок привык держать во рту.



- Передние зубы при открытом прикусе обычно расположены скученно, часто поражаются кариесом, имеют признаки гипоплазии эмали и неровный (волнистый) контур режущего края, большое количество зубных отложений (зубного налета и зубного камня). Нередко отмечается отечность, кровоточивость и разрастание десневых сосочков, свидетельствующие о гипертрофическом гингивите.



- Функциональные нарушения, сопутствующие открытому прикусу, включают затруднения при откусывании, жевании, глотании пищи; нарушения речи (механическая дислалия); ротовое дыхание. Нарушение эффективности жевания приводит к развитию дисфункции ВНЧС, пародонтоза.



- Основным дефектом звукопроизношения при открытом прикусе является межзубный сигматизм, также страдает произношение губных и язычных фонем. Сужение и асимметрия зубных дуг сопровождаются изменением формы верхнего нёба, дна полости носа, нарушением развития придаточных пазух. Ротовое дыхание обуславливает сухость слизистой оболочки полости рта.

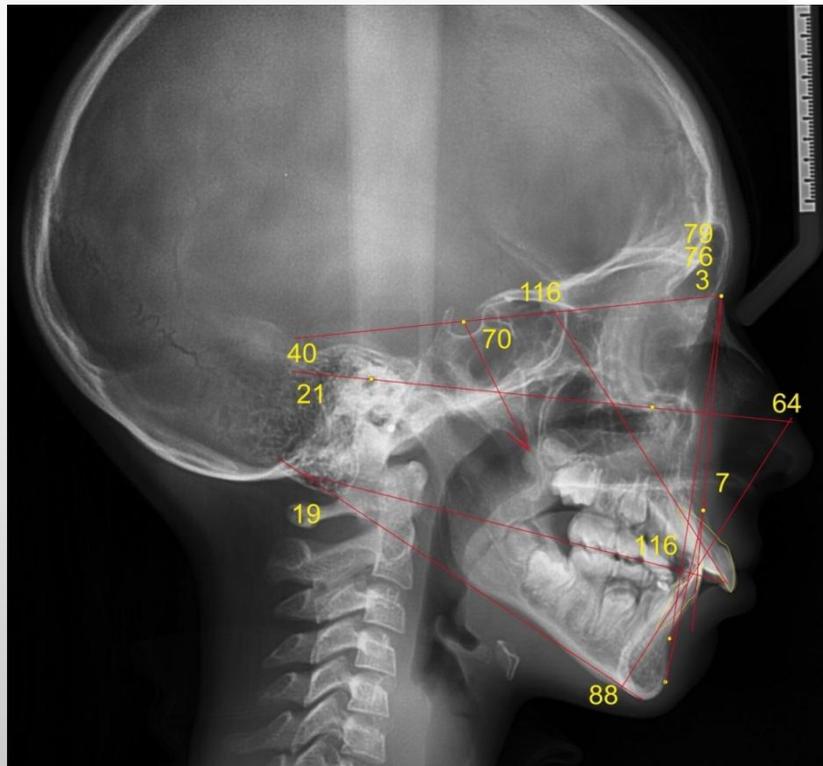


ДИАГНОСТИКА:

- При изучении диагностических моделей челюстей можно выявить нарушения поперечных и продольных размеров зубных дуг и их апикальных базисов. Так, применив метод Пона, диагностируют сужение верхней челюсти чаще в области премоляров. С помощью метода Корхауза можно установить, что длина переднего отрезка верхней зубной дуги может быть уменьшена. Для исключения мезиального смещения боковой группы зубов на верхней челюсти применяют метод Шмута.



- На основании данных изучения диагностических моделей челюстей установлено, что при открытой окклюзии имеется деформация зубных рядов на верхней и нижней челюсти при недостаточном развитии их апикальных базисов. Значительно информативным является цефалометрический метод исследования.



ЛЕЧЕНИЕ:

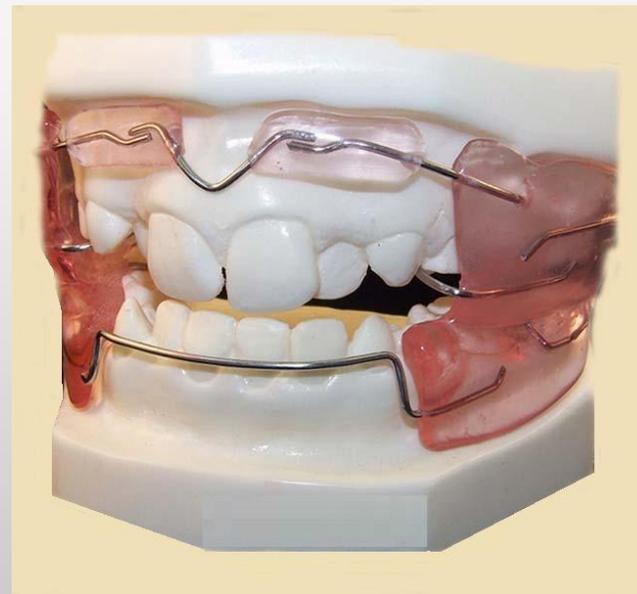
- Выбор метода лечения и конструкции аппарата зависит от формы, разновидности открытой окклюзии, а также от степени выраженности морфологических и функциональных нарушений и от степени оссификации скелета в целом и лицевого отдела черепа в частности.



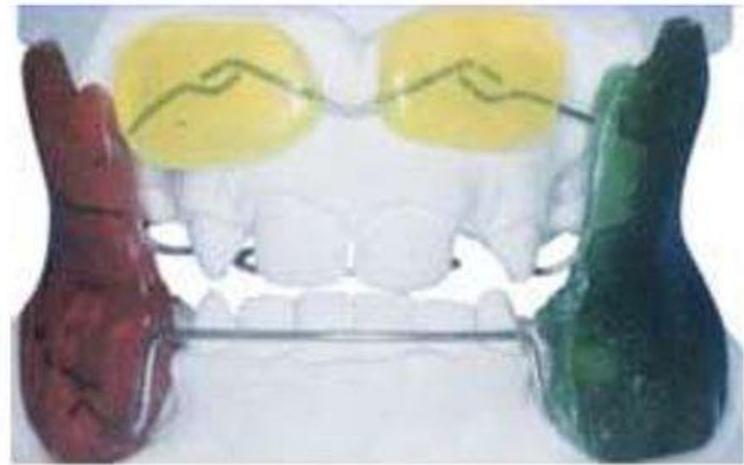
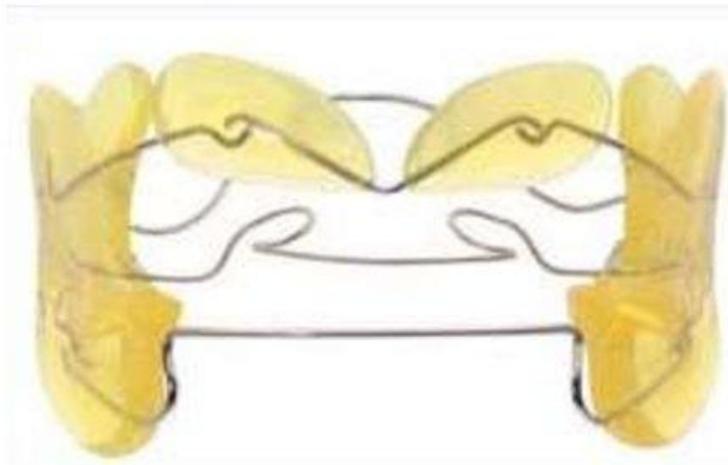
- ***В период временного прикуса*** целью ортодонтического лечения должно являться устранение вредных привычек, достижение смыкания губ, нормализация носового дыхания, устранение инфантильного типа глотания. При необходимости рекомендуют занятия у логопеда. В подготовительном периоде по показаниям выполняют пластику уздечки языка. Для устранения вредных привычек сосания языка, губ, пальцев и других предметов применяют вестибулярные пластинки как функционально действующие ортодонтические аппараты (конструкции Крауса или Шонхера).



- В этот период важно следить за правильным положением головы во время сна, тренировкой круговой мышцы рта с помощью миогимнастических упражнений, упражнений с вестибулярной пластинкой или активатором Дасса. Показано применение активаторов конструкций Андресена - Хойпля, Кламмта и др., с учетом сочетания открытого прикуса с сагиттальными аномалиями прикуса. Для нормализации роста челюстей применяют регулятор функции Френкеля, особенно в возрасте 5,5 - 9 лет.



Регулятор функции Френкеля

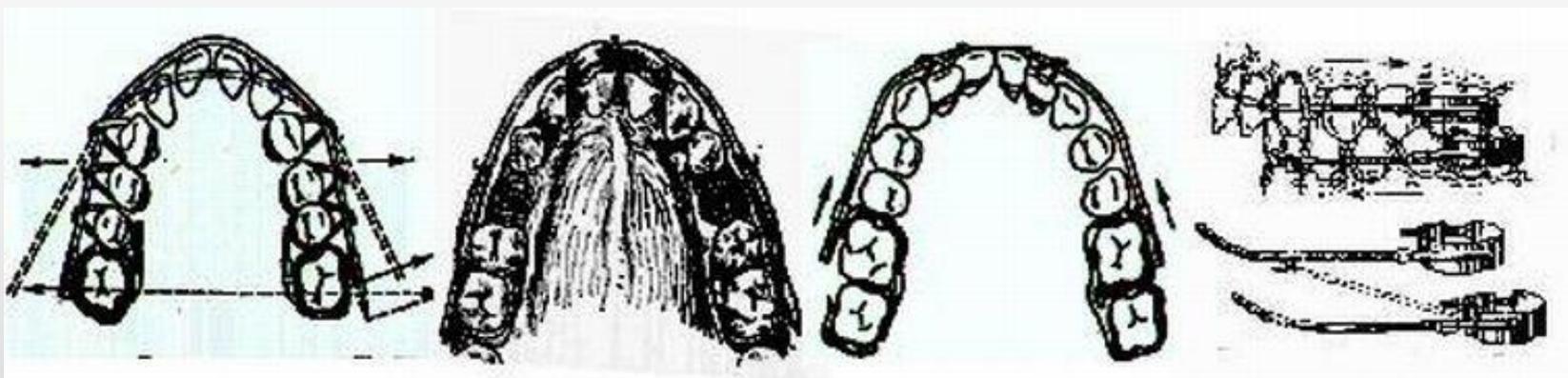


- ***В период смешанного прикуса*** показано применение тех же аппаратов, что и в период временного прикуса. Однако, если имеется зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов, целесообразно применить вертикальную внеротовую тягу с опорой на теменную часть головы и подбородочную область. С этой целью используют головную шапочку с подбородочной пращей и резиновой тягой (внеротовая активная ортопедическая система) с одновременным повышением прикуса на боковых зубах с помощью окклюзионных накладок

**Подбородочная праща с
головной шапочкой**



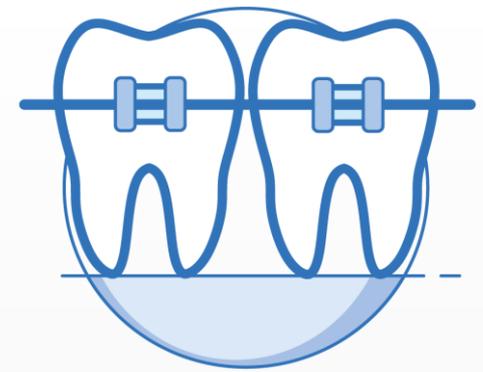
- ***В период постоянного прикуса*** целесообразно применение механически действующих ортодонтических аппаратов, в основном несъемных. В этом периоде используют аппарат Энгля в виде 2-х стационарных дуг, фиксированных к зубам с помощью лигатур и резиновых эластических колец, накладываемых вертикально между перемещаемыми зубами.



Аппараты Энгля: а) экспансивный; б) скользящий; в) стационарный; г) два стационарных аппарата с межчелюстной кривой эластичной тягой

Вывод:

- При лечении открытой окклюзии и прогнозировании результатов лечения важно помнить, что чем раньше начинается ортодонтическое лечение, тем короче сроки лечения и более благоприятен прогноз. В период временного прикуса комплексное лечение аномалии занимает в среднем от 6 мес. до 1 года. Более благоприятные прогнозы при пользовании ортодонтическими аппаратами в период прорезывания первых постоянных моляров. Если при устранении морфологических нарушений удалось достичь функционального оптимума в зубочелюстно-лицевой области, то прогноз более благоприятный.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия: практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544с.
2. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы / Л. С. Персин, М. Н. Шаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 354 с.
3. Фадеев, Р. А. Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественной оценки зубочелюстно-лицевых аномалий / Р.А. Фадеев, А.Н. Исправникова. - М.: Н-Л, 2011. - 68 с.
4. Уильям, Р. Профпит Современная ортодонтия / Уильям Р. Профпит. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 560 с.
5. Уидмера, Р. Справочник по детской стоматологии / Под редакцией А. Камерона, Р. Уидмера. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 392 с.
6. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия / СпецЛит, 2007. – 234 с.
7. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 224 с.

