

Тема заняття № 7

Комплексне лікування пацієнтів із мезіальним прикусом

Зміст теми:

Лікування мезіального прикусу і його прогноз багато в чому залежать від етіологічних факторів і можливості їх усунення, а також від ступеня вираженості морфологічних і функціональних порушень, труднощі їх усунення в різних вікових періодах.

У періоді тимчасового прикусу основну увагу приділяють нормалізації росту альвеолярних відростків і щелеп при прорізуванні передніх зубів. Якщо у новородженого виявлено недорозвинення верхньої щелепи і збільшення розміру нижньої, то слід робити масаж альвеолярного паростка верхньої щелепи в передній ділянці для стимулювати його зростання. Необхідно стежити за прорізуванням верхніх різців і їх встановленням в прикусі з нижніми. При вкороченій вуздечці язика виконують пластичну операцію, при ослабленні організму застосовують загальнозміцнюючі і проти рахітичні заходи. У разі штучного вигодовування дитини звертають увагу на правильність його годування.

У періоді тимчасового прикусу основне завдання лікування - усунення шкідливих звичок у дітей та нормалізація функцій дихання, ковтання, мови, жування (навчання використання жорсткої їжі). Щоб відучити дитину від ротового дихання, смоктання пальців, верхньої губи, різних предметів у віці від 2 до 5 років можна рекомендувати вестибулярну пластинку (стандартну або індивідуально виготовлену), при шкідливій звичці смоктання язика - вестибулооральну пластинку з упором для язика. Приєднуючи пластмасовий упор до вестибулярної пластинки, прагнуть так розмістити відрізки сполучних дротів, щоб вони не перешкождали вестибулярному переміщенню верхніх зубів. Зазвичай їх розташовують між нижніми бічними різцями і іклами. Стежать, щоб під час сну голова дитини не була опущена на груди. За допомогою лікувально-гімнастичних вправ тренують круговий м'яз рота і прагнуть досягти змикання губ і носового дихання. З цією метою застосовують губні активатори, в тому числі активатор Дасса.

У віці 3-4 років при мезіальному прикусі, що поєднується зі зміщенням нижньої щелепи вперед, і незначному зворотному різцевому перекритті до 0,5 мм прагнуть усунути перешкоди для дистального зміщення нижньої щелепи і сприяти правильному розвитку зубних дуг. Для цього вибірково прішліфовують різучі краї верхніх і нижніх різців, а також горби іклів до тих пір, поки різці не будуть встановлені в крайовому змиканні. Надалі назначають масаж на область альвеолярного відростка з оральної сторони в передній його ділянці. Рекомендують робити масаж 2 рази на день (вранці і ввечері) по 2 хв з метою відхилення верхніх передніх зубів у вестибулярному напрямку. У процесі лікування досягають дистального переміщення нижньої щелепи і виправлення положення передніх зубів. Якщо при мезіальному прикусі, що поєднується з висуванням нижньої щелепи, є глибоке різцеве перекриття, то у віці 3-4 років можна змінити розташування осей верхніх різців, а за

показаннями і нижніх за допомогою апарату Брюкля. У періоді його застосування доцільно рекомендувати дітям користуватися шапочкою з підборідною пращею і позаротової тягою для дистального зміщення нижньої щелепи і попередження її висунення. В процесі вестибулярного відхилення верхніх різців глибина різцевого перекриття зменшується.

Під час лікування, що триває в цьому віковому періоді близько місяця, бажано користуватися апаратом Брюкля цілодобово, в тому числі і під час прийому їжі. Після їжі рот слід полоскати кип'яченою водою і мити апарат. Перед сном і після нього треба чистити апарат щіткою з зубним порошком або пастою. Лікування закінчують після досягнення множинних контактів між зубними рядами.

У початковий період змінного прикусу у віці 5,5 року починають проводити ті ж лікувальні заходи, що і в періоді тимчасового прикусу, однак способи лікування зубоальвеолярної і гнатично форм мезіального прикусу різні. Лікування зубоальвеолярної форми більш ефективно і менш тривале.

Вестибулярні пластинки призначають при лікуванні початкових форм мезіального прикусу, що розвиваються внаслідок смоктання пальця або верхньої губи.

Найкращим періодом для лікування є час до прорізування перших постійних молярів і різців. У процесі лікування слід зішліфувати нестерті горби тимчасових зубів (особливо іклів). Середній термін лікування від 4 місяців до 1 року. Швидше піддається лікуванню мезіальний прикус зі зміщенням нижньої щелепи вперед або в сторону, триваліше - пов'язаний з недорозвиненням верхньої зубної дуги. Слід зазначити, що за допомогою щитових апаратів можна зменшити або усунути сагіальну щілину між різцями, після чого для завершення лікування мезіального прикусу за показаннями застосовують інші ортодонтичні апарати. Спостереження за хворими, які користуються вестибулярними і вестибулооральними пластинками, слід проводити не рідше 1 разу на 3 тижні.

При цьому нижню щелепу переміщують дистально і фіксують в конструктивному положенні. Моделі складають, за відбитками зубів, і загіпсовують в окклюдаторі. Потім на вестибулярну поверхню верхнього зубного ряду і альвеолярний відросток до перехідної складки слизової оболонки нашаровують розм'якшений віск і вирівнюють щабель між ріжучими краями різців. Товщина воскового шару неоднакова в різних ділянках; його витончують над ріжучими краями нижніх різців і верхньої третю їх вестибулярної поверхонь, поки вони не розкриються. Вестибулярні пластинки вкладають дітям в рот на час сну. Необхідно враховувати, що наявність такої пластинки унеможливує ротове дихання, тому діти, які звикли дихати ротом, починають задихатися і відмовляються від користування апаратом. У зв'язку з цим в платівці слід робити отвори для проходження повітря. Вони повинні знаходитися на рівні змикання губ і мати діаметр до 7 мм. У міру освоєння пластинки і звикання до носового дихання просвіт отворів зменшують, а потім закривають швидкоотвердіючої пластмасою. Завдяки прилягання пластинки до вестибулярно відхилених нижніх різців відбувається

їх ретрузія під впливом сили скорочення кругового м'яза рота. У міру переміщення нижніх різців в язичному напрямку пластинка поступово переміщається назад і наближається до слизової оболонки альвеолярного відростка верхньої щелепи, що перешкоджає її зростанню. На цьому етапі лікування показана переробка апарату або його корекція швидкотвердіючої пластмасою.

Мезіальний прикус зі зміщенням нижньої щелепи вперед або в сторону іноді може самоусуватися при прорезуванні перших постійних молярів і фізіологічному підвищенні прикусу, що сприяє зменшенню зворотного різцевого перекриття. У цьому віці (6-7 років) ефективний масаж передньої ділянки альвеолярного відростка верхньої щелепи з його піднебінної сторони. Після випадання нижніх тимчасових центральних різців доцільно зішліфувати ріжучі краї бічних різців і горби іклів, щоб усунути зворотне різцеве перекриття. Масаж слід продовжувати і під час прорізування верхніх центральних різців. Пластинки для верхньої щелепи з протрагуючими пружинами, розташованими з піднебінної або вестибулярної поверхні коронок зубів, використовують для переміщення різців у вестибулярному напрямку при їх прорізуванні до появи контактів з нижніми різцями. Така пластинка повинна бути виготовлена з фіксуєчими пристосуваннями. Щоб забезпечити фіксацію пружин, виготовляють кільця з гачками, скобами, різними напайками, що укріплюються на зубах що переміщуються. одночасно створюють умови для дистального зсуву нижньої щелепи, зішліфовуючи горби тимчасових зубів.

Якщо ортодонтичне лікування починають після установа верхніх різців в зворотному перекритті до 2 мм з нижніми зубами, то до описаного вище апарату додають оклюзійні накладки, що дозволяють встановити різці встик або роз'єднати їх до 0,5 мм.

Апарат Брюкль показаний при більш вираженому зворотному різцевому перекритті (3 мм і більше). Він представляє собою пластинку для нижньої щелепи з кламерами на останні моляри, похилою площиною для вестибулярного відхилення верхніх різців, вестибулярної дугою в області нижніх передніх зубів для фіксації апарату або за показаннями, для ретрузії нижніх різців. Після припасування апарату слід навчити пацієнта правильно розташовувати верхні передні зуби на похилій площині апарату, не висуваючи нижню щелепу, і розмовляти, не розмикаючи зубів.

Застосування шапочки з підборіддя пращею і позаротовою гумовою тягою дозволяє усунути звичне висування нижньої щелепи. Користуватися цим пристосуванням доцільно одночасно з апаратом Брюкль протягом доби, потім апаратом Брюкль цілодобово, а пристосуванням з позаротовою тягою - 8-10 годин на добу. Протягом тижня дитина повинна вживати м'яку їжу і приймати її, не знімаючи апарату. Після вестибулярного відхилення верхніх різців та досягнення перекриття ними нижніх похилу площину знімають і рекомендують користуватися цим апаратом близько місяця для ретенції досягнутих результатів. Якщо після переміщення верхніх різців між бічними зубами зберігаються проміжки, що буває при лікуванні мезіального прикусу з

глибоким різцевим перекриттям, то слід виготовити ретенційну пластинку для верхньої щелепи з кламерами Адамса або круглими відкритими назад на 6 IV] IV 6. Піднебінну поверхню переміщених зубів слід максимально покрити пластиком для попередження рецидиву аномалії. У передній ділянці пластинки роблять накусочної майданчик для нижніх різців з урахуванням глибини досягнутого різцового перекриття.

Пацієнт повинен користуватися апаратом до тих пір, поки не з'являться контакти між бічними зубами за рахунок їх прорівнювання, що сприяє усуненню глибокого прикусу.

При гнатичній формі мезіального прикусу, обумовленого збільшенням розмірів нижньої щелепи, завданнями ортодонтичного лікування є затримка її зростання і створення умов для активного зростання верхньої щелепи.

Незнімний ортодонтичний апарат для лікування мезіального прикусу, запропонований в 1988 р Ф. Я. Хорошилкіна, Ю. М. Малигін, Е. А. Вольським, Л. В. Серікова, Ю. А. Гіоєвой, складається з опорних кілець на останні постійні моляри нижньої щелепи, припаяної до них назубних вестибулярної дуги, що передає тиск на бічні зуби нижньої щелепи в дистальному напрямку, і пружинячого вестибулоорального пристосування, припаяного до опорної дуги, що відхиляє при змиканні зубних рядів передні зуби верхньої щелепи в вестибулярному напрямленні.

Для лікування різко виражених зубоальвеолярних форм мезіального прикусу і особливо гнатичних застосовують функціонально-діючі апарати. Модифікації цих апаратів мають різні назви, що підкреслюють особливості їх дії; відмінність їх один від одного не завжди значне. Найчастіше вони являють собою поєднання елементів раніше відомих апаратів. Позитивною стороною таких апаратів є одночасний вплив на обидві щелепи.

Для витягнення верхньої щелепи вперед і вниз застосовують спеціальні лицьові маски, незнімні апарати для верхньої щелепи і позаротову тягу.

Активатор Андресена-Хойпля для лікування мезіального прикусу складається з двох базисних пластинок для верхньої і нижньої щелеп, з'єднаних між собою пластмасою в міжоклюзійному просторі. Апарат має відмінності від активатора, призначеного для усування дистального прикусу. При визначенні конструктивного прикусу нижню щелепу максимально переміщують назад, передні зуби встановлюють по можливості в крайовому змиканні або їх різучі краї на одному горизонтальному рівні. Прикус роз'єднують в передній ділянці зубних рядів за рахунок оклюзійних накладок на нижні бічні зуби. Такі накладки повинні стикатися з вершинами горбів верхніх бічних зубів, але не затримувати їх медіальне переміщення. Вестибулярну дугу розташовують в області нижніх передніх зубів. При наявності трем між ними її активують в процесі лікування, а пластмасу, прилеглу до язикової поверхні цих зубів, спилують. Для посилення протрузії верхніх різців до активатора додають гвинт; розпил роблять секторально. Застосовують також протрагуючі пружини або дуги.

Активатор ефективний при лікуванні мезіального прикусу при малому зворотному різцевому перекритті (до 1,5 мм) або при відкритому прикусі, що

поєднується зі шкідливою звичкою смоктання язика або прокладання його між зубними рядами в області дефекту. В останньому випадку застосовують також вертикально спрямовану позаротову тягу (шапочка з подборідною прасцею і гумовою тягою). Тривале користування таким активатором може привести до збільшення різцевого перекриття, тому в міру переміщення верхніх передніх зубів оклюзійні накладки спилують.

Активатор Вундерера складається з двох пластмасових пластинок для верхньої і нижньої щелеп, оклюзійних накладок на бічні зуби, розпиляних в горизонтальному напрямку, вестибулярної дуги в області нижніх передніх зубів, гвинта, розташованого в передній ділянці зубних рядів і з'єднує верхню частину апарату з нижньої. При активації гвинта тиск апарату на зуби верхньої щелепи передається в мезіальному напрямку, нижній - в дистальному. Найкращих результатів за допомогою цього апарату можна досягти при лікуванні мезіального прикусу, що сполучається з відкритим або незначним зворотним різцевим перекриттям, так як оклюзійні накладки на бокових зубах сприяють їх вколюченню. Гвинт займає багато місця в порожнині рота, що значно ускладнює руху язика і змінює його положення, тому апаратом важко користуватися тривалий час, особливо вдень.

Регулятор функцій Френкеля. Дія його заснована на принципі усунення тиску губ і щік на альвеолярні відростки і зубні ряди в ділянках їх недорозвитку, нормалізації змикання губ, положення язика, їх функцій і взаємин. При лікуванні за методом Френкеля основна мета - досягнення м'юдинамічної рівноваги в щелепно-лицевій системі, що сприяє виправленню прикусу в мезіодистальному, трансверсальному і вертикальному напрямках.

Для лікування мезіального прикусу призначений FR-III. Основні частини апарату - губні пелоти і щічні щити - розташовуються в присінку порожнини рота. Обсяг власне порожнини рота збільшується в результаті підвищення прикусу, що сприяє нормалізації становища і функції мови. Конструктивна відмінність даного апарату від регуляторів інших типів полягає в наступному: губні пелоти розташовують в області верхньої губи, вестибулярну дугу виготовляють для нижніх передніх зубів, піднебінну дугу - для протракції верхніх передніх зубів, оклюзійні накладки на бічні зуби - для роз'єднання прикусу і затримки росту нижньої щелепи

Губні пелоти повинні відстояти від альвеолярного відростка і апікального базису верхньої щелепи на 2-2,5 мм. З цією метою на гіпсову модель накладають воскову прокладку за формою пелотів, яка повинна повторювати форму альвео-лярного відростка. Віск нашаровують також на вестибулярну поверхню зубів і альвеолярного відростка верхньої щелепи в області розташування бічних щитів. Товщина воскового покриття залежить від індивідуальних особливостей розвитку верхньої щелепи в трансверсальному напрямку.

У період постійного прикусу лікування підлітків і дорослих представляє великі труднощі, так як порушення прикусу і деформації обличчя стають більш вираженими і стійкими. При лікуванні підлітків і дорослих з зубоальвеолярної формою мезіального прикусу використовують ті ж

механічно-діючі і функціонально-направляючі апарати, що і в період змінного прикусу, але перевагу віддають незнімним апаратам – брекет системам.

Міжщелепна і позаротова тяга по Опенгейму і Біро показана для зубоальвеолярної протрузії, стимулювання зростання верхньої щелепи і затримування росту нижньої щелепи. З цією метою застосовують назубну дугу для верхньої щелепи і капу на підборіддя. Назубну дугу роблять з дроту діаметром 1 - 1,2 мм. Її кінці згинають у вигляді гачків, які хворий вводить в опорні трубки на кільцях для молярів з дистальної сторони. Гачок для позаротової тяги розташовують в середині дуги. Підборідню капу виготовляють з пластмаси. В її середній частині зміцнюють один кінець штанги з дроту діаметром 2,5 мм. Інший її кінець розташовують на рівні змикання губ і закінчують гачком для накладення гумової тяги.

Для стимулювання росту верхньої щелепи назубну дугу закріплюють на одному кінці штанги з дроту діаметром 2,5 мм. Інший її кінець розташовують на рівні змикання губ і закінчують гачком для накладення гумової тяги.

Для стимулювання росту верхньої щелепи назубних дугу закріплюють в фіксують пристосування. Дугу розташовують на рівні шийок зубів. Для накладення позаротової тяги гачок, наявний в середній частині дуги, відгинають донизу і на рівні змикання губ виводять з порожнини рота. Для Вестібулярного переміщення верхніх зубів і одночасного затримання зростання нижньої щелепи підборідню капу поєднують гумовою тягою з верхньою назубною дугою і головною шапочкою.

У випадках скелетних форм 3-го класу після завершення росту щелеп ортодонтичне лікування поєднують із скелетною хірургією.