

Клініка та діагностика мезіального прикусу

Зміст теми:

Лицеві ознаки порушень при мезіальному прикусі зубоальвеолярної форми наступні. Верхня губа по відношенню до нижньої западає, підносова складка поглиблена, розова облямівка нижньої губи широка. При глибокому різцевому перекритті нижня частина обличчя вкорочена, у зв'язку з чим нижня губа потовщена. При збільшених нижньощелепних кутах і відкритому прикусі нижня частина обличчя подовжена, губи змикаються з напругою, ротова щілина нерідко з'яє. Якщо мезіальний прикус поєднується зі зміщенням нижньої щелепи вперед, то лицьові ознаки порушень бувають виражені різкіше. При цьому в зворотному перекритті можуть перебувати не тільки різці, а й ікла, іноді перші премоляри. Нижні різці зазвичай відхиляються вестибулярно, внаслідок чого між ними з'являються тріщини або вони чинять тиск на верхні різці, посилюючи їх піднебінний нахил. У бічних ділянках зубних дуг нерідко спостерігається вестибулярний перехресний прикус. Якщо пацієнт може змістити нижню щелепу назад до крайового змикання різців і при цьому співвідношення перших постійних молярів стає характерним для нейтрального прикусу, то діагностують зубоальвеолярну форму мезіального прикусу. Таку клінічну функціональну пробу використовують для диференціальної діагностики зубоальвеолярної і гнатичної форм мезіального прикусу.

У зв'язку зі зміщенням нижньої щелепи, функціональними порушеннями, зумовленими ненормальним розташуванням суглобових голівок нижньої щелепи в суглобових ямках, іноді виникають болі в суглобах, хрускіт, клацання і інші ускладнення.

На підставі аналізу бічних ТРГ голови встановлено, що мезіальний прикус може бути гнатичної форми і обумовлений заднім розташуванням верхньої щелепи в лицевому скелеті, недорозвиненням верхньої щелепи, надмірним розвитком нижньої щелепи (збільшення її тіла, гілок, нижньощелепних кутів або поєднанням цих порушень), переднім положенням нижньої щелепи в лицевому скелеті, низьким розташуванням скронево-нижньощелепних суглобів. Нерідко спостерігаються поєднання перерахованих порушень, які можуть комбінуватися зі зміщенням нижньої щелепи, аномалійно розташуванням зубів або груп, а також аномалійним їх співвідношенням в прикусі в вертикальному і трансверсальному напрямках.

Надмірний розвиток нижньої щелепи в ряді випадків супроводжує макроглосія, що в свою чергу підтримує відкритий прикус не тільки в передньому, але і в бічних ділянках зубних рядів. При гнатичній формі мезіального прикусу нерідко затруднене відкушування і пережовування їжі, мова шепелява. Порушується форма обличчя, що особливо помітно в старшому віці і після втрати бічних зубів. У зв'язку з язичним нахилом нижніх різців нерідко спостерігається значне зубоальвеолярне подовження в передній ділянці зубних дуг, що відбивається на формі кривої Шпее. Тісне

розташування нижніх передніх зубів поєднується з відкладенням зубного каменя, пришийковим карієсом, гінгівітом. В результаті неправильного жувального навантаження, що припадає на передні зуби, перевантажуються тканини пародонту, що призводить до передчасної втрати цих зубів.

Діагноз різних форм мезіального прикусу установлюють на підставі даних клінічного обстеження, результатів застосування клінічних функціональних проб для визначення зміщення нижньої щелепи вперед, вивчення діагностичних моделей щелеп і фотографій обличчя, аналізу даних ортопантомографічного дослідження щелеп, результатів вимірювання бічних ТРГ голови і томограм скронево-нижньощелепних суглобів.

Ступінь тяжкості мезіального прикусу визначають характером порушення росту щелеп, ступенем зворотного фронтального перекриття. Для аномалії 1 ступеня тяжкості характерне зворотне фронтальне перекриття з наявністю контактів між зубами або сагітальною щілиною до 2 мм та збільшенням нижньощелепних кутів до 131° . Для 2 ступеня характерно наявність сагітальної щілини до 10 мм та збільшенням нижньощелепних кутів до 133° . Для 3 ступеня сагітальною щілиною більше ніж 10 мм та збільшенням нижньощелепних кутів до 145° .