

Клініка та діагностика відкритого прикусу

Зміст теми:

Виділяють дві основні форми відкритого прикусу по його локалізації:

- відкритий прикус в області передніх зубів;
- відкритий прикус в області бічних зубів (односторонній, двосторонній).

А також симетричний або асиметричний відкритий прикус. Доцільно виділити відкритий прикус верхньощелепний, нижньощелепний і комбіновані форми. Ступінь вираженості відкритого прикусу доцільно визначати за величиною вертикальної щілини (Богацький В.А.):

I ступінь — до 5 мм,

II ступінь — від 5 до 9 мм,

III ступінь — більше 9 мм.

Незалежно від етіологічного фактора і форми відкритий прикус поділяють за ступенями тяжкості (Василевська З.Ф.):

I - не замикаються тільки центральні різці, латеральні різці, ікла;

II - не замикаються центральні різці, латеральні різці, ікла, перші і другі премоляри;

III - змикаються тільки останні моляри.

Крім зубоальвеолярного вкорочення (частіше передніх верхніх зубів) спостерігається найбільше випадків зубоальвеолярного подовження в бічних ділянках верхньої щелепи; нерідко збільшується кут нижньої щелепи (більше 135 °).

Шварц розділяє відкритий прикус на дві форми:

- зубоальвеолярну;
- гнатичну.

Зубоальвеолярна форма характеризується вкороченням коренів зубів і альвеолярних частин. При гнатичній формі виявляється різке викривлення тіла нижньої щелепи (опукле в бічних ділянках та увігнуте у фронтальній) з розгорнутим кутом нижньої щелепи. Гілки можуть бути вкорочені. У багатьох випадках, однак, відзначається високе розташування суглобів в черепі без вкорочення гілок нижньої щелепи.

Клініка відкритого прикусу.

Лицеві ознаки відкритого прикусу характеризуються збільшенням нижньої частини обличчя, згладженістю носо-губних та підборідної складок, часто спостерігається незмикання верхньої і нижньої губ у стані спокою (внаслідок недорозвинення колового м'яза рота). Якщо губи зімкнуті, то при видовженій нижній частині обличчя його вираз напружений, видовжений. При поєднанні відкритого прикусу з сагітальними аномаліями ознаки характерні для дистального або мезіального прикусу.

У порожнині рота спостерігається відсутність контактів між зубами верхньої і нижньої щелеп. При відкритому прикусі зубні дуги, особливо верхня, звужені, передні зуби розташовані тісно, нерідко виявляють гіпоплазію емалі постійних передніх зубів, множинне каріозне руйнування передніх зубів,

премолярів і молярів (частіше перших). Язик зазвичай збільшений, на ньому є поздовжні і поперечні борозни, сосочки згладжені, іноді помітні крапчасті крововиливи на його кінчику. В ділянці верхніх, а іноді і нижніх передніх зубів ясенні сосочки гіпертрофовані, набряклі, кровоточать, нерідко помітні відкладання зубного каменю.

Внаслідок парафункції язика та щік, звички всмоктувати щоки у порожнину рота, прокладати язик між зубними рядами у ділянці дефекту, а також при недорозвитку верхньої щелепи та її деформації, обумовленої вродженим незрощенням губи, альвеолярного відростка і піднебіння, розвивається односторонній або двосторонній, а при геміатрофії обличчя - односторонній відкритий прикус.

Відкритий прикус викликає значні функціональні порушення: утруднене відкушування їжі, жування, ковтання, вимова зубних і шиплячих звуків (хворі шепелявлять), змінюється дихання, що викликає сухість слизової оболонки, сприйнятливість до інфекційних хвороб і схильність до захворювань пародонту.

Діагноз ставлять на підставі:

- клінічного обстеження;
- фотометричного обстеження обличчя;
- вивчення діагностичних моделей щелеп;
 - ортопантомограм щелеп;
 - бокових ТРГ голови.

На підставі результатів телерентгенографічного обстеження голови визначають зубоальвеолярну і гнатичну форми відкритого прикусу.

Для зубоальвеолярної форми на телерентгенограмах характерно: різці відхилені вестибулярно, кут нахилу їхніх осей щодо площини основи верхньої щелепи зменшений.

При гнатичній формі відкритого прикусу помітна зміна конфігурації тіла нижньої щелепи, відмічено значне поглиблення її на нижньому краї, по переду місця прикріплення власне жувальних м'язів. Зубоальвеолярна висота у фронтальній ділянці менша норми, а в бокових ділянках - більша норми. Кут В збільшений, кути нижньої щелепи збільшені (понад 135°), край нижньої щелепи має майже прямовисний напрям. Співвідношення МТ1-МТ2 у межах норми. Скренево-нижньощелепні суглоби розташовані високо.

Зубоальвеолярна форма відкритого травматичного прикусу розвивається в основному внаслідок шкідливих звичок. Проміжок між зубами зазвичай відповідає формі предмета, який смоче дитина. При різко вираженому відкритому прикусі, коли між фронтальними зубами утворюється щілина ($0,5 \div 1,0$ см і більше), зовні визначається типове порушення співвідношень між окремими частинами обличчя. Нижній відділ обличчя надмірно великий по відношенню до верхнього відділу.

При огляді профілю відзначається подовження підборіддя в порівнянні з рівнем положення кута нижньої щелепи. Верхня губа вкорочена або натягнута, носогубні та підборідні складки згладжені, рот завжди здебільшого відкритий, утруднене змикання губ. До внутрішньоротових ознаками відкритого прикусу

відносять – щілину поміж фронтальних зубів по вертикалі. При огляді зубних рядів та їх співвідношень часто виявляються інші ускладнення, такі як: бічна компресія, аномалійне розташування зубів, деформація форми коронок зубів. Зубні дуги звужені, особливо верхня, передні зуби розташовані тісно, на твердих тканинах зубів визначається гіпоплазія. Ріжучі краї фронтальних зубів часто мають форму ввігнутої кривої. Язик збільшений, на ньому є поздовжні і поперечні борозни, сосочки згладжені, іноді помітні точкові крововиливи на кінчику. В області верхніх, а іноді і нижніх передніх зубів сосочки ясен гіпертрофовані, набряклі, мається крововилив, нерідко спостерігається відкладення зубного каменю. У багатьох випадках розвивається генералізована форма карієсу.

З віком у груп антагоністів жувальних зубів значно стираються жувальні бугри. Має місце компенсаторна макрогლოსія. Відкритий прикус може утворюватися за рахунок деформації однієї або обох щелеп.

Аналіз діагностичних моделей щелеп при відкритому прикусі показує, що зубні ряди верхньої та нижньої щелеп, як правило, деформовані при недостатньому розвитку їх апікальних базисів. При зубоальвеолярній формі відкритого прикусу верхні різці нерідко відхиляються вестибулярно, кут нахилу їх осей по відношенню до площини основи верхньої щелепи (SpP) зменшується. Гальмується ріст фронтальної ділянки верхньої щелепи. Величина базального кута в межах середньої величини ($B = 200$). Прогноз при лікуванні такої аномалії прикусу сприятливий.

Відкритий прикус внаслідок рахіту може бути зубоальвеолярної або гнатической форми. Зубоальвеолярна форма відкритого прикусу нерідко поєднується з дистальним прикусом, звуженням верхнього зубного ряду і протрузією верхніх фронтальних зубів.

Для рахітичної форми відкритого прикусу характерно:

- збільшення базального кута ($B > 200$) та зубоальвеолярне вкорочення в області як верхніх, так і нижніх фронтальних зубів;
- зігнутість коренів різців та їх вкорочення, в результаті чого порушується співвідношення висоти 1: 6 і 1: 6 зубів.

Для гнатичної форми відкритого прикусу характерно зміна форми нижньої щелепи. Відзначається поглиблення по її нижньому краю попереду місця прикріплення власне жувальних м'язів. Зубоальвеолярна висота в передній ділянці менше, а в бічних зазвичай більше норми. Нижня частина обличчя подовжена, базальний кут B збільшений ($B > 200$), кути нижньої щелепи збільшені ($Go > 123^\circ$), напрямок задніх контурів гілок іноді буває нормальним. Сконево-нижньощелепні суглоби розташовані високо. Співвідношення передньої висоти щелеп і висоти носової частини при відкритому прикусі порушено в результаті збільшення висоти щелеп (3: 2 в порівнянні з 5: 4 в нормі). Передня висота щелеп більше задньої іноді в 2 рази та більше. Передні зуби нерідко відхилені вестибулярно, міжрізцевий кут зменшений ($i_i < 140^\circ$).

Функціональні порушення.

Відкритий прикус призводить до значних функціональних порушень (утруднене відкушування їжі, жування, неправильне ковтання, порушення мови, дихання).

При фронтальному відкритому прикусі порушено відкушування продуктів оскільки фронтальна група зубів виключена з контакту. Це призводить до перевантаження зубів, що залишилися і до зниження жувальної ефективності. У дітей з малою кількістю пар антагонуючих зубів вакті подрібнення їжі бере участь язик, в результаті чого він стає надмірно розвиненим і сильним та збільшується в обсязі (гіпертрофія язика).

При відкритому прикусі має місце неправильне ковтання (В.П. Окушко). При нормальному способі ковтання губи спокійно складені, зуби стиснуті, а кінчик язика впирається в тверде піднебіння за верхніми різцями; при неправильному - зуби розімкнуті, а кінчик язика відштовхується при ковтанні від губ і щік. Це і може привести до роз'єднання передніх зубів.

Спостерігається нечітка вимова мовно-зубних і губних шиплячих звуків «п», «б», «в», «м», «ф», «з», «ш», «ч», «р».

Язик під час розмови, як правило, прослизає в наявну щілину (неясна мова, шепелявість). Недолік в артикуляції звуків діти прагнуть при розмові компенсувати звуженням ротової щілини або наближенням кінчика язика до нижнього зубного ряду, цим пояснюється своєрідна міміка при розмові.

Тип дихання при відкритому прикусі переважно ротовий. М'язи ротової та позаротової області зазвичай малорухомі, це пояснюється умовно-рефлекторною реакцією на з'явлення ротової щілини, прагненням приховати дефект зморщення губ. При ротовому диханні має місце порушення загального характеру. При цьому не відбувається достатнього змішування залишкового повітря з приливним, що має дуже велике значення для нормальної вентиляції легенів. Крім того, проходження струменю повітря через ніс стимулює дихальні м'язи. При цьому виділяється значно менше вуглекислоти, ніж при носовому. За ротової гіпервентиляції підвищується вміст вуглекислого газу в крові та знижується вміст кисню. Навіть при мінливому ротовому диханні кров втрачає половину окислювальної здатності. Біохімічні порушення в плазмі призводять до підвищення вмісту глюкози, кальцію. Клінічний аналіз крові показує в таких випадках зниження вмісту гемоглобіну, лейкоцитоз із зсувом вліво, непостійну ШОЕ. Ротове дихання погіршує відток венозної крові і порушує діяльність центральної нервової системи. Дихання поверхневе. Застійні явища в легенях.

Постановка діагнозу.

Діагноз ставлять на основі клінічного обстеження, фотометричного обстеження обличчя, вивчення діагностичних моделей щелеп, ортопантограм щелеп, бокових ТРГ голови. На основі результатів ТРГ визначають зубоальвеолярну або гнатичну форми відкритого прикусу. При діагностиці відкритого прикусу необхідно встановити, чи є дана патологія самостійною або поєднується з іншими аномаліями. Оскільки відкритий прикус, як самостійна форма аномалії спостерігається досить рідко. Вирішальним для постановки діагнозу є співвідношення бічних зубів. Так,

якщо змикання бокових зубів правильне (І клас за Енглем), ставлять діагноз «відкритий прикус». Якщо контакт бічних зубів відповідає картині дистального прикусу (ІІ клас за Енглем) і відсутнє змикання фронтальної групи зубів, діагностується дистальний прикус, ускладнений відкритим.