Мiністерство молоді та спорту України <http://dsmsu.gov.ua/>

Київський медичний Університет Української Асоціації Народної Медицини

РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ: «Перехресний прикус. Етіологія, патогенез, лікування»

Виконала Бондар Наталія

Київ 2015

План

1. Поняття про перехресний прикус

. Причини розвитку перехресного прикусу

. Клінічна картина перехресного прикусу

. Лікування перехресного прикусу

Література

1. Поняття про перехресний прикус

Перехресний прикус це трансверзальна аномалія взаємини зубних рядів, яка є однією з найважчих, що потребують тривалого активного лікування і довгого ретенційних періоду. Частота перехресного прикусу, за даними літератури, складає 26%

Він обумовлений невідповідністю трансверсальних розмірів і форми зубних рядів. Частота перехресного прикусу, за даними літератури, неоднакова в різному віці: у дітей та підлітків - від 0,39 до 1,9%, у дорослих - близько 3%. Застосовують різні терміни, що характеризують перехресний прикус: косою, латеральний, букальний, вестибуло-, Буккі-й лінгвоокклюзія, бічний примушений прикус, суглобової перехресний прикус, латерогнатія, латерогенія, латероверсія, латеродевіація, латеродісгнатія, латеродіскінезія, латеропозиції, екзо-і ендоокклюзія.

Розвиток перехресного прикусу можуть обумовлювати такі причини: спадковість, неправильне положення дитини під час сну (на одному боці, підкладання руки, кулака під щоку), шкідливі звички (підпирання щоки рукою, смоктання пальців, щік, мови, коміра), атипове розташування зачатків зубів і їх ретенція, затримка зміни тимчасових зубів постійними, порушення послідовності прорізування зубів, нестершіеся горби молочних зубів, нерівномірні контакти зубних рядів, раннє руйнування і втрата молочних молярів, порушення носового дихання, неправильне ковтання, бруксизм, некоордінірованная діяльність жувальних м'язів, порушення кальцієвого обміну в організмі, геміатрофія особи, травма, запальні процеси і обумовлені ними порушення росту щелепи, анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба, одностороннє вкорочення або ріст тіла щелепи, затримка росту, залишкові дефекти на небі після уранопластікі, новоутворення та ін Враховуючи різноманітність клінічної картини перехресно прикусу, доцільно розрізняти наступні його форми (Ужумецкене І. І., 1967).

Перша форма - букальний перехресний прикус.

. Без зміщення нижньої щелепи в сторону:

а) односторонній, обумовлений одностороннім звуженням верхнього зубного ряду або щелепи, розширенням нижнього зубного ряду або щелепи, поєднанням цих ознак;

б) двосторонній, обумовлений двостороннім симетричним або асиметричним звуженням верхнього зубного ряду або щелепи, розширенням нижнього зубного ряду або щелепи, поєднанням цих ознак.

. Із зсувом нижньої щелепи в сторону:

а) паралельно серединно-сагітальній площині;

б) діагонально.

. Поєднаний букальний перехресний прикус - поєднання ознак першої та другої різновидів.

Друга форма - лінгвальний перехресний прикус.

. Односторонній, обумовлений односторонньо розширеним верхнім зубним рядом, односторонньо звуженим нижнім або поєднанням цих порушень.

. Двосторонній, обумовлений широким зубним рядом або широкою верхньою щелепою, звуженої нижньої або поєднанням цих ознак.

Третя форма - поєднаний (Буккальная-лінгвальний) перехресний прикус.

. Зубоальвеолярное - звуження або розширення зубоальвеолярное дуги однієї щелепи; поєднання порушень на обох щелепах.

. Гнатіческій - звуження або розширення базису щелепи (недорозвинення, надмірний розвиток).

. Суглобовий - зміщення нижньої щелепи в сторону (паралельно серединно-сагітальній площині або діагонально).

Перераховані різновиди перехресного прикусу можуть бути односторонніми, двосторонніми, симетричними, асиметричними, а також поєднаними (рис. 16.38). Поданим Л.В. Ільїної-Маркосян (1959), А.П. Кібкало (1971), G. Korkhaus (1939), E. Reichenboch і Н. Bruckl (1957), перехресний прикус частіше (77%) пов'язаний з бічним зміщенням нижньої щелепи.

Нерідко порушується функція скронево-нижньощелепних суглобів, особливо при аномалії прикусу зі зміщенням нижньої щелепи в сторону.

Клінічна картина кожного різновиду перехресного прикусу має особливості. При буккальном перехресному прикусі без зміщення нижньої щелепи в сторону можлива асиметрія особи без зміщення серединної точки підборіддя, що визначають по відношенню до серединної площини. Середня лінія між верхніми і нижніми центральними різцями зазвичай збігається. Однак при тісному положенні передніх зубів, їх зміщенні, асиметрії зубних дуг вона може бути зміщена. У таких випадках визначають розташування підстав вуздечок верхньої та нижньої губ, язика.

Ступінь порушення співвідношень зубних дуг в прикусі буває різною. Щокові горби верхніх бічних зубів можуть знаходитися в Бугрова контактах з нижніми зубами, можуть розташовуватися в поздовжніх борознах на їх жувальної поверхні або не стикатися з нижніми зубами.

При буккальному перехресному прикусі із зсувом нижньої щелепи в сторону спостерігається асиметрія обличчя, зумовлена бічним зміщенням підборіддя по відношенню до серединно-сагітальній площині.

Правий і лівий профіль у таких пацієнтів зазвичай розрізняється за формою і лише у дошкільнят асиметрія обличчя малопомітна через пухких щік. З віком вона прогресує. Середня лінія між верхніми і нижніми центральними різцями зазвичай не збігається в результаті зміщення нижньої щелепи, зміни форми і розмірів зубних дуг і нерідко щелеп. Крім зсуву паралельно серединно-сагітальній площині, нижня щелепа може зміщуватися в бік по діагоналі. Положення суглобових головок нижньої щелепи в суглобі при бічному її зсуві змінюється, що відбивається на мезіодістальном співвідношенні бічних зубів у прикусі. На стороні зміщення виникає дистальне співвідношення зубних дуг, на протилежній - нейтральне або мезиально. При пальпації області скронево-нижньощелепних суглобів під час відкривання і закривання рота на стороні зміщення нижньої щелепи визначають нормальне або слабковиражене рух суглобової головки, на протилежній стороні - більш виражене. При відкриванні рота нижня щелепа з бічної позиції може переміщатися в центральну, при закриванні - повертатися у вихідне положення. У деяких пацієнтів відзначається підвищення тонусу власне жувальної м'язи на стороні зміщення нижньої щелепи і збільшення її обсягу, підсилює асиметрію обличчя.

Для визначення зміщення нижньої щелепи в сторону застосовують третю і четверту клінічні функціональні проби по Ільїної-Маркосян і Кібкало; пацієнтові пропонують широко відкрити рот і вивчають особові ознаки відхилень. Асиметрія особи посилюється, зменшується або зникає в залежності від зумовлюючої її причини (третя проба). Після цього нижню щелепу встановлюють у звичній оклюзії, а потім без звичного зміщення нижньої щелепи оцінюють гармонію особи з естетичної точки зору, виявляють ступінь зміщення нижньої щелепи, величину межокклюзіонного простору в області бічних зубів, ступінь звуження (або розширення) зубних рядів, асиметрію кісток лицьового скелета і ін (четверта проба).

При вивченні прямої рентгенограми голови нерідко встановлюють асиметричне розвиток лицьових кісток правої і лівої сторони, неоднакове їх розташування у вертикальному і трансверсальному напрямках, діагональне бічний зсув нижньої щелепи. Відзначають вкорочення тіла нижньої щелепи або її гілки на стороні зміщення і потовщення тіла цієї щелепи і підборіддя на протилежній.

При лінгвальних перехресному прикусі на підставі огляду особи у фас і профіль нерідко виявляють зсув нижньої щелепи, сплощення підборіддя.

. Причини розвитку перехресного прикусу

Причини розвитку перехресного прикусу найрізноманітніші: запальний процес і обумовлене ним порушення росту щелепи, зниження жувальної функції (мляве жування) або жування на одній стороні (при множинному карієсі, ранньому видаленні зубів), порушення термінів і послідовності прорізування зубів, нестершіеся горби молочних зубів і нерівномірні контакти зубних рядів, порушення носового дихання, неправильне ковтання; загальні захворювання, пов'язані з порушенням кальцієвого обміну; уроджені ущелини піднебіння, порушення міодінаміческого рановесія, наслідки травм.

А.А. Левенець і Є.Г. Перова вважають, що порушення в опорно-рухового апарату (зміна постави і сколіоз), що відносяться до диспластичним захворювань, дозволяють припустити можливість системного ураження всього скелета, в тому числі і зубощелепного апарату. За їх даними зубощелепної аномалії у таких хворих зустрічаються в 1,6 рази частіше. Серед них на першому місці глибокий прикус, потім аномалії зубних рядів і дистальна оклюзія.

. Клінічна картина перехресного прикусу

Клінічна картина перехресного прикусу вельми неоднозначна і кожна різновид має свої особливості. Може бути порушена форма обличчя, обмежені рухи нижньої щелепи, що призводять до зниження жувальної ефективності, а іноді до травматичної оклюзії і захворювань пародонту. Відзначається зміщення нижньої щелепи при широкому відкриванні рота, тобто можливий симптом девіації (відхилення).

Опорним ознакою є наявність перехрещування (перетину) зубних рядів, тобто перехід зі звичайного змикання зубних рядів в зворотне. Серед форм даної аномалії виділяються (Трезубов В.М.) односторонній (правий чи лівий) перехресний прикус, коли верхній і нижній зубні ряди перетинаються в одному пункті.

Двосторонній перехресний прикус характеризується "подвійним перехрещенням" і може мати два різновиди. При першій зазначається ортогнатіческій перекриття зубів у передньому відділі, а в бічних відділах - зворотне, характерне для нижньої макрогнатії. При другій, навпаки, в бокових відділах нормальне взаємовідношення, а в передньому зворотне перекриття верхніх зубів нижніми різцями.

Перехресний прикус може бути при нормальних параметрах верхньої щелепи (зубоальвеолярное форма), або поєднуватися з аномаліями IIIII класів. Якщо ширина неба відповідна з шириною зубного ряду в області перших молярів, тобто М1М2 ~ B-B1, то це зубоальвеолярное форма. Якщо ж М1-М2 значно більше В-В2, то звуження відбулося на скелетному рівні. Наявність перехресного прикусу при вузькому глибокому небі і нормальному або вестибулярному нахилі зубів також свідчить за скелетну диспропорцію (Proffit W.).

Л.В. ІльінаМаркосян виділяє перехресний прикус без зміщення нижньої щелепи в сторону (співвідношення зубних рядів у бічних ділянках по I кл. Е.Енгля). При цьому наголошується одне або двостороннє сплощення середньої частини обличчя та верхньої губи. Перехресний прикус може бути і з бічним зміщенням нижньої щелепи. Цей різновид являє собою односторонню аномалію третього класу по Е.Енглю і, на думку автора, може розглядатися як варіант "помилкової прогенії", тобто вимушено прикусу.

Крім зсуву нижньої щелепи в сторону, паралельного средінносагіттальной площині, вона може бути зміщена в бік по діагоналі (діагональне зміщення нижньої щелепи). Останнє відбувається значно частіше. При такому перехресному прикусі нижні бічні зуби одного боку, перебуваючи у зворотному взаємовідносини, розташовуються дистальніше (по II кл. Енгл), ніж з іншого. Співвідношення щелеп при цьому різко асиметрична, значно порушені оклюзія і зовнішній вигляд.

При зовнішньому огляді нерідко спостерігається різке порушення конфігурації особи: підборіддя зрушать убік, відзначається западіння верхньої губи на цій же стороні, а на протилежній сплощення нижньої частини обличчя. Кути нижньої щелепи також змінюються: зазвичай на стороні зміщення він ближче до прямого, а на протилежній стороні розгорнуті до 135 - 140 °. Може бути вкорочення тіла і гілки нижньої щелепи на стороні зміщення.

Для визначення зміщення нижньої щелепи можна застосувати функціональні проби по Л.В. Ільїної-Маркосян.

При всіх формах перехресного прикусу значно порушена функція жування, що обумовлено зменшенням площі оклюзійних контактів, прикушення слизової оболонки щік. При лінгвальних перехресному прикусі обмежена можливість бічних рухів нижньої щелепи. Відзначається також порушення мови, що пов'язано зі зміною положення язика при вимові звуків. Для визначення неправильної мовної артикуляції слід прислухатися до мови обстежуваного, якому пропонують вимовляти фрази з великою кількістю зубних і шиплячих звуків.

Велике значення для диференціальної діагностики має рентгенологічне дослідження вісочночелюстних суглобів. При перехресному прикусі без зміщення нижньої щелепи обидві суглобові головки розташовуються симетрично і найчастіше в глибині суглобових ямок. При зсуві ж нижньої щелепи вони можуть бути розташовані асиметрично. Нормальна функція вісочноніжнечелюстних суглобів часто порушена, що в подальшому може стати причиною їх захворювання у вигляді деформуючого артрозу.

. Лікування перехресного прикусу

Перехресний прикус необхідно усувати якомога раніше (особливо букальний, зі зміщенням нижньої щелепи в сторону), щоб уникнути асиметричного формування і розвитку лицьового скелета і вісочночелюстних суглобів. Слід проводити лікування всіх форм перехресного прикусу в будь-якому віці з метою поліпшення функцій жування, дихання, ковтання, мови, зміни зовнішнього вигляду і створення умов для раціонального протезування при дефектах зубного ряду. Тому багато клініцистів не випадково зазначають, що результати виправлення аномалії більш стабільні, якщо лікування проведено в молочному прикусі. Необхідно усунення по можливості шкідливих звичок. Слід навчити дитину інтенсивно жувати на деформованої стороні. При односторонньому перехресному прикусі можна сошлифовать горбки молочних молярів, щоб вивести зубні ряди з неправильного змикання. Це можна зробити лише при незначному зворотному перекритті.

При симетричному звуженні верхнього зубного ряду дитина зазвичай зрушує нижню щелепу латерально при закриванні рота, для отримання контакту бічних зубів з одного боку, що призводить до одностороннього перехресному прикусу. Досить виміряти ширину між молочними іклами і молярами, щоб визначити звуження. При нормальній величині цих параметрів можна сошлифовать молочні ікла, а якщо ширина зменшена, то необхідно розширювати зубний ряд верхньої щелепи.

У ортодонтії застосовується швидке і повільне розширення верхньої щелепи. Швидке розширення характеризується застосуванням великої розширює сили ортодонтичного апарату. Необхідне розширення щелеп цим методом досягається в короткий період часу шляхом розкриття серединного піднебінного шва, з подальшим його заростанням нової кісткової тканиною. Це підтверджується рентгенологічно в клініці і гістологічно в експериментах.

І при швидкому і при повільному розширенні точкою прикладання сили є зуби, але розширення щелепи в залежності від клінічної картини має відбуватися не лише шляхом зміни їх нахилу, але і за рахунок розкриття піднебінного шва. Запропоновано апарати, які нормалізують форму зубного ряду з одночасним розкриттям піднебінного шва.

У період молочних зубів при лінгвальних перехресному прикусі, обумовленому надмірним зростанням верхньої щелепи, можна накладати давящую позаротові пов'язку на цю область, розширювати нижній зубний ряд (при його звуженні), з одночасним роз'єднанням прикусу. У період молочного прикусу небажано застосування великих сил, оскільки форсоване, швидке розширення може відбитися на структурних елементах носа. При передозуванні сили дії апарату можуть виникнути неприємні відчуття в області перенісся.

Вивчення динаміки морфологічних змін в області серединного піднебінного шва при розширенні верхньої щелепи дозволило встановити певну закономірність, що виражається в послідовних чотирьох фазах (Логановський А.Я.).

Для першої фази, яка починається з моменту фіксації активованого апарату і триває, приблизно протягом трьох діб, характерно натяг колагенових волокон у напрямку діючої сили, здавлення кровоносних судин. На рентгенограмах у ці терміни не вдається відзначити змін з боку серединного піднебінного шва. В кінці цієї фази зубці протилежних сторін обох половин верхньої щелепи роблять один на одного тиск, в результаті чого виникають вогнища крововиливу з подальшою резорбцією здавлених ділянок. Лише після цього механічний зв'язок між двома половинами верхньої щелепи порушується і відбувається розкриття піднебінного шва. Освіта звивистості піднебінного шва відбувається через нерівномірний (остеофітіческого) росту кісткової тканини.

Таке явище досить часто зустрічається в клінічній практиці, коли при розширенні щелепи у хворих, незважаючи на їх дисциплінованість, систематичне користування ортодонтичним апаратом і значну його силу, тривалий час не відзначається розширення щелепи. І тільки в певному періоді настає активне розширення: між центральними різцями верхньої щелепи з'являється діастема, а на рентгенограмі можна виявити щілину по ходу піднебінного шва. Цей момент і відповідає морфологічним змінам, що відбуваються в кінці першої фази.

Друга фаза триває приблизно від 3 до 15 діб і характеризується початком освіти молодої кісткової тканини на кордонах розширюється шва. Важливо відзначити, що між центральними різцями в ці терміни з'являється діастема, і на рентгенограмі, особливо у фронтальному ділянці щелепи, видно щілину, яка свідчить про початок відкриття шва. З моменту появи діастеми при розширенні верхньої щелепи у дітей силу апарату слід зменшити, оскільки його подальше активне дія може призвести до патологічних процесів. Тим часом поступове зменшення розширює сили апарату сприяє побудові нової кісткової тканини.

Наступні фази характеризуються все наростаючою організацією кісткової тканини по краях шва і при цьому механічна зв'язок між обома половинами щелепи зменшується. Третя фаза період активного побудови кісткової тканини настає слідом за другий і триває від 15 до 30 діб. У цей період йде інтенсивне побудова молодий кісткової тканини, але на рентгенограмах можна відзначити лише подальше розширення серединного піднебінного шва. Це, очевидно, пов'язано з тим, що молода кісткова тканина вільно пропускає рентгенівські промені.

Четверта фаза остаточного побудови кістки в області розширеного серединного піднебінного шва, настає приблизно через 30 діб і триває до 2 місяців і більше. На рентгенограмах можна відзначити утворення нової кісткової тканини, яка виглядає у вигляді зубців, спрямованих до середини шва.

При повільному ортодонтичному лікуванні необхідне розширення верхньої щелепи досягається протягом 2-3 місяців до 12 років. Рентгенологічно це констатується не завжди і виявити незначне розширення шва можна в основному в його передній частині, де сполучнотканинна прошарок рентгенологічно більш чітко простежується ще до початку розширення щелепи. При подальшому розширенні щелепи ширина шва не збільшується, а навпаки, на третьому місяці і пізніше спостерігається деяке його звуження.

Сліди нової кісткової тканини в області розширеного шва рентгенологічно виявлені після трьох місяців від початку розширення і пізніше. Зазвичай розширення виробляється за допомогою гвинтових експандерів зі швидкістю 0,5-1,0 мм, при силовому впливі 4,5-6,0 кг. Можна активувати гвинт щодня на 1/2 обороту. Після кожного повороту гвинта слід перевірити реакцію пацієнта і розширення продовжувати в тому випадку, якщо хворобливі відчуття локалізуються тільки в області серединного піднебінного шва і проходять через 30-50 хвилин після розкручування гвинта (Ільїна-Маркосян Л.В.).

При більш повільному розширенні з силою в 1-2 кг розкриття шва відбувається близько 1,0 мм в тиждень за рахунок щелепних і зубних елементів при їх співвідношенні 1:1 (Proffit WR). Це співвідношення може бути й іншим залежно від поставленої мети лікування, тому при його плануванні слід заздалегідь вирішувати питання про доцільність попереднього виправлення зубоальвеолярних компонентів при розширенні зубного ряду. Слід уникати розширення верхньої щелепи за рахунок надмірного нахилу молярів і краще це робити шляхом їх корпусного переміщення. Для цього необхідно, щоб на зуби діяла пара сил, протилежно спрямованих. Тому до пластинковим механічно діючих апаратів з гвинтом додають пелоти, що стосуються мовній поверхні нижніх премолярів. Пелоти допомагають розподілити навантаження між верхніми і нижніми зубами. У цих випадках верхні зуби повільно переміщаються без зміни торку. Крім того, пелоти запобігають прокладання язика між зубними рядами верхньої та нижньої щелеп, завдяки чому здійснюється безперешкодне зубоальвеолярное подовження в області молярів.

Повільне розширення (~ 1 мм / тиждень), в порівнянні з швидким (~ 4мм/неделя) розкриттям серединного піднебінного шва, дозволяє отримати однаковий кінцевий результат, але з великим (в 3-4 рази) часом і меншою травмою кісткової лунки і періодонта. Слід зазначити, що загальний час лікування (активна фаза + період ретенції) однаково як при швидкому розширенні, так і при повільному. Справа в тому, що часу для утворення нової кістки та заповнення отриманої в результаті інтенсивного розширення щілини потрібно набагато більше, ніж при повільному розширенні.

Вивчаючи тканинні перетворення, С. С. Райзман, Д. А. Калвеліс, Н. Ziebe та ін дійшли висновку, що швидке розширення верхньої щелепи із застосуванням великої розширює сили все таки викликає травму тканин пародонта і піднебінного шва: спостерігаються утиск періодонта і крововиливи в тканинах піднебінного шва, що перешкоджають його заростання нової кісткою. Отже, повільне розширення менш травматично і тому воно переважно.

При зворотному співвідношенні бічних зубів, коли щічні горбки верхніх артикулюють з поздовжньою межбугорковой фіссурах нижніх, розширення зубного ряду верхньої щелепи без роз'єднання неможливо, оскільки необхідно подолати схил горбків нижніх зубів. Коли немає змикання зубних рядів, під дією апарату верхня щелепа буде розширюватися, але при кожному зіткненні зуби стануть зміщуватися назад за принципом похилій площині. Необхідно зробити дезокклюзіі за допомогою капи з гладкою жувальною поверхнею на нижніх зубах або з додаванням майданчика до розширює платівці на верхню щелепу.

При двосторонньому лінгвальної перехресному прикусі слід виготовити капу на нижні зуби з розширеною майданчиком, що створить умови для розширення нижнього зубного ряду і можливого звуження верхнього. Коли причиною перехресного прикусу є одностороннє недорозвинення верхньої щелепи, то на стороні неправильного змикання виготовляють капу на нижню щелепу з похилою площиною, яка заходить під верхні зуби з піднебінної сторони і при змиканні сприяє їх зміщення в бік, одночасно стимулюючи зростання альвеолярного відростка верхньої щелепи. У процесі лікування похила площина при необхідності коригується. У цьому періоді можна застосовувати активатори різних конструкцій. Зокрема, акті вато Andresen з оклюзійними накладками на стороні правильно змикаються зубів. До активатору можна додати пружини, гвинти для переміщення бічних зубів. У даному випадку прикус нормалізується без розкриття піднебінного шва, а за рахунок виправлення положення зубів, зсуву нижньої щелепи (якщо він є), зростання її суглобового відростка і гілки (Хорошилкіна Ф.Я.). Зубоальвеолярного форму перехресного прикусу можна практично виправити будь-яким знімним або незнімним апаратом відповідної конструкції. Односторонній перехресний прикус або зворотне змикання окремих зубів можна виправити застосуванням еластичних тяг, що фіксуються до піднебінної поверхні верхнього зуба і вестибулярної нижнього, де приклеюються брекети з кнопками або гачками.

перехресний прикус клінічний лікування

Література

1. Головко Н. В. Ортодонтія. - Полтава, 2003. - 296 с.

. Посібник з телерентгенографії. /Під редакцією проф. Фліса П. С. - Львів, 2000 р.

. Аникиенко А. А., Камышева Л. И. Сравнительная характеристика интенсивности возрастных изменений продольных и вертикальных параметров верхней и нижней челюсти в норме и при сагиттальных аномалиях прикуса //Новое в стоматологии. - 1997. - Вып. 1 (51).-С. 17-23.

. Арсенина О. И., Оспанова Г. Б., Абрамова О. Ю. Применение композитных материалов в орто- донтии //Новое в стоматологии. - 1997. - Вып. 1 (51).-С. 24-31.

. Белый А. М. Лечение дистального прикуса функционально-действующими ортодонтичес- кими аппаратами //Новое в стоматологии. - 1997.-Вып. 1 (51).-С. 38-41.