

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ПОКАЗАНИЙ И МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПЕРИОД НАЛИЧИЯ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА

Т.Г. Хмыз

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме. В статье рассмотрена целесообразность лечения мезиальной окклюзии в период временного прикуса. Представлена клиническая оценка применения капы Бынина для лечения пациентов с мезиальной окклюзией при обратном резцовом перекрытии более $\frac{1}{3}$ высоты коронки в период наличия временного прикуса.

Ключевые слова: мезиальный прикус, временный прикус, капа Бынина.

Возрастные показания к устранению различных аномалий прикуса до сих пор являются одним из спорных вопросов в ортодонтии. Некоторые авторы считают ненужным или даже вредным ортодонтическое лечение детей с молочным прикусом, другие предлагают начинать лечение 4–6-летних детей, третьи – в начальный период смены зубов, четвертые в 9–11 лет, и, наконец, в литературе можно встретить мнения сторонников лечения в 12–14-летнем возрасте – после установления постоянного прикуса [2, 3, 5, 6, 7]. Противники лечения маленьких детей считают, что аномалии молочного прикуса не имеют особого значения, так как молочные зубы со временем сменяются постоянными. Кроме того, они предполагают, что аномалии могут исправиться после смены зубов путем саморегуляции, поэтому не следует тратить время и средства на их лечение.

Следует прислушаться к утверждению Angle, которое относится к началу прошлого столетия (1908, 1913 гг.) и находит подтверждение и последователей до настоящего времени, что возраст 4–6 лет является благоприятным для лечения аномалий, так как лицевой скелет подвергается изменениям уже при наличии молочного прикуса, и лечение в этом возрасте подготавливает почву для формирования правильного постоянного прикуса [4].

Мы придерживаемся мнения, что к лечению следует приступать сразу после установления аномалии развития зубочелюстной системы вне зависимости от возраста. Чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее. Возникшая аномалия последовательно изменяет функции жевания, речи, мимики и дыхания, что отражается на дальнейшем росте и развитии лицевого скелета. Возникающие при этом коррелятивные особенности лицевого скелета и моторного аппарата приобретают определенную устойчивость. Эта устойчивость тем более значительна, чем больше времени прошло с момента возникновения аномалии, так как ее выработка происходит в период роста и развития органов челюстно-лицевой области. Степенью устойчивости коррелятивных приспособлений можно объяснить возникновение рецидивов после лечения. Поэтому целью ортодонтического лечения является не только исправление

положения отдельных зубов или соотношения зубных рядов, но и предупреждение стойких морфологических и функциональных преобразований, имеющих в основном условно-рефлекторный характер, что наиболее достижимо и эффективно при раннем вмешательстве. Учитывая, что окончательно установить наличие или отсутствие аномалии развития зубочелюстной системы можно только после прорезывания всех зубов, так как возникновение и продолжение развития аномалии возможно в разные периоды роста и развития челюстно-лицевой области, важно проводить ортодонтическое лечение поэтапно и последовательно, с учетом ряда факторов, а именно: этиологии, выраженности и стойкости ненормального развития зубочелюстно-лицевой системы, особенностей периода ее роста, общесоматического здоровья ребенка и степени развития его психики. Так, при обозначившейся аномалии прикуса молочных зубов предупреждение отрицательных условно-рефлекторных изменений возможно путем устранения вредных привычек, сошлифовывания бугров зубов, ведущих к вынужденному положению нижней челюсти, санации носоглотки, исправления соотношений между зубными рядами и т. д. В прикусе периода смены зубов, когда аномалии более или менее устойчивы, основная лечебная роль отводится различным ортодонтическим аппаратам. При сформированном постоянном прикусе, когда аномалия сформирована и устойчива, лечение часто бывает комбинированным: ортодонтическое лечение сочетается с хирургическим вмешательством.

При мезиальном прикусе у детей дошкольного возраста не отмечают грубых нарушений конфигурации лица. Небольшое западение верхней губы, сглаженность подбородочной складки, выпячивание нижней губы не делают лицо ребенка безобразным, существенно не нарушают эстетику лица малыша. Массивный подбородок и существенная нижняя прогнатия в период наличия временных зубов не наблюдаются, что связано с возрастными особенностями роста челюстей. В 5–6 лет отклонения в развитии лицевого скелета у детей с протеническим прикусом более существенны: уменьшаются по сравнению с нормой средняя треть лица и высота

альвеолярного отростка верхней челюсти, увеличиваются нижняя треть лица и высота альвеолярного отростка нижней челюсти, выражена задержка в развитии верхнего зубного ряда в сагиттальном направлении, характерно углубление небного свода, нижний зубной ряд удлиняется во фронтальном участке и расширяется в области клыков, первых и вторых моляров.

В период сменного прикуса признаки патологии нарастают, и к 12–14-ти годам лицо приобретает типичные признаки, свойственные мезиальному прикусу, а именно: западение средней части лица, глубокие носогубные складки, сглаженность подбородочной складки, массивная нижняя челюсть, тяжелый выступающий подбородок. В случаях умеренного роста эти особенности придают лицу волевое выражение, а в случаях чрезмерного роста лицо приобретает характерную некрасивость.

При мезиальном прикусе отмечается задержка физиологического роста краниальной части лицевого скелета, по сравнению с нормой задерживаются физиологический прирост длины тела верхней челюсти, мезиальное перемещение верхней зубной дуги, физиологический наклон зубов верхней челюсти, запаздывают рост апикального базиса верхней зубной дуги и вертикальное перемещение зубов, что указывает на задержку роста верхней челюсти. В процессе роста нижней челюсти вперед и вниз удлиняется ее апикальный базис, что в норме не наблюдается, перемещается вперед зубная дуга на величину в два раза большую, чем в норме, однако ее длина сохраняется в пределах нормы. Все это приводит к увеличению высоты нижней трети лица. Происходит оральный наклон нижних резцов, вместо их физиологического вестибулярного отклонения появляется сагиттальная щель между резцами. Нижняя челюсть занимает переднее положение по отношению к верхней челюсти и переднему основанию черепа, лицо уплощается и становится вогнутым [2, 3, 5, 8, 9].

При тяжелых формах прогенического прикуса резко выражены функциональные расстройства, что выражается в снижении жевательной эффективности, нарушении функции речеобразования. Снижается по сравнению с нормой тонус собственно жевательных мышц, заметно меняется их биоэлектрическая активность [1, 3, 8].

Цель данной статьи – представить клиническую оценку применения капы Бынина для лечения пациентов с мезиальной окклюзией при обратном резцовом перекрытии более $\frac{1}{3}$ высоты коронки в период наличия временного прикуса.

В период наличия временного прикуса оптимальной является каповая фиксация съемного пластиночного аппарата. На наш взгляд, оптимальным для лечения пациентов с мезиальной окклюзией с обратным резцовым перекрытием более $\frac{1}{3}$ высоты коронки в период временного прикуса является аппарат с наклонной плоскостью, т. е. съемная капа Бынина [4, 10] (рис. 1).

Конструкция аппарата представлена пластмассовой капой на нижнем зубном ряду (накрывает все зубы до уровня десны). По принципу действия это аппарат функционального действия, по способу и месту действия – одночелюстной, межчелюстного действия, по виду опоры – стационарный, по месту расположения – внутриротовой, на зубный, по способу фиксации – съемный, по виду конструкции – каповый, по назначению – лечебный. Аппарат позволяет перемещать нижнюю челюсть дистально (кзади), а верхние фронтальные зубы – вестибулярно.

Основная особенность этого аппарата состоит в том, что он не имеет источника внешней силы, а его действие осуществляется за счет целенаправленной передачи силы сокращения жевательных мышц на фронтальный участок верхнего зубного ряда. При этом

другие участки, наоборот, разгружаются. Аппарат действует прерывисто, т. е. только в момент смыкания зубных рядов. Наклонная плоскость создает повышенную нагрузку на фронтальные зубы верхней челюсти. Сила сокращения жевательных мышц регулируется рецепторами пародонта.

Наклонная плоскость, расположенная под углом 45° , должна касаться небной поверхности передних зубов верхней челюсти. При смыкании зубных рядов возникают два вектора силы: один действует на зубы в вестибулярном направлении, другой – в вертикальном. Действие указанных сил приводит к различным изменениям: нижняя челюсть смещается дистально, передние зубы верхней челюсти отклоняются вестибулярно и одновременно «внедряются», а жевательные зубы в связи с разобщением выдвигаются навстречу друг другу, что приводит к уменьшению глубины резцового перекрытия. Капа не влияет на положение фронтальных зубов нижней челюсти. В процессе лечения, когда боковые зубы начинают касаться капы, ее жевательные поверхности сошлифовываются, что обеспечивает повторное разобщение боковых зубов и продолжение действия аппарата. При смыкании зубных рядов верхние передние зубы скользят по небным поверхностям по наклонной поверхности капы, перемещаясь вестибулярно. Применение этого аппарата показано при небном положении верхних резцов в сочетании с глубоким резцовым перекрытием и правильным расположением резцов нижней челюсти. Хороший эффект дает применение капы при исправлении прогенического прикуса, осложненной глубоким резцовым перекрытием и обусловленной мезиальным смещением нижней челюсти. Ее применение при небольшом перекрытии может привести к возникновению открытого прикуса во фронтальном участке.

Во время лечения необходимо пользоваться аппаратом круглосуточно, обеспечивая соответствующий гигиенический уход за полостью рта и за аппаратом в течение дня. Лечение заканчивается после образования множественных контактов между зубными рядами. В процессе лечения следует шлифовать нестершиеся бугры временных зубов (особенно клыков). Средний срок лечения от 2-х до 6-ти месяцев. Наблюдение за больными следует проводить не реже одного раза в 3–4 недели.

После припасовки аппарата следует обучить пациента правильно располагать верхние зубы на наклонной плоскости аппарата, не выдвигая нижнюю челюсть, и разговаривать, не размыкая зубы.

В течение недели ребенок должен употреблять размягченную пищу и принимать ее, не снимая аппарат. После вестибулярного отклонения верхних резцов, достижения перекрытия ими нижних и появления множественных контактов между боковыми зубами использование аппарата прекращают. Зубы в новом положении будут удерживаться за счет появившегося нормального перекрытия. Далее целесообразно использование миотерапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка И. 4,5 лет с фронтальной формой мезиального прикуса и обратным резцовым перекрытием на всю высоту коронки, развившимся на фоне близкого к норме развития верхней и нижней челюстей: правильное мезиодистальное соотношение моляров, режущий край верхнего клыка расположен в межзубном пространстве между зубом-антагонистом и первым моляром, нижние резцы перекрывают верхние, между нижними резцами тремы и диастема, верхние фронтальные зубы не имеют промежутков, глубина обратного перекрытия во фронтальном участке на всю высоту коронки (фото 1). Проведено шлифование бугров временных клыков и лечение капой Бынина (фото 2, 3).



Рис. 1. Капа Бынина.



Рис. 2. Пациентка И. до лечения.



Рис. 3. Пациентка И. после лечения.



Рис. 4. Пациентка И. через два года после окончания лечения.



Рис. 4. Пациентка И. через два года после окончания лечения.

ВЫВОДЫ

1. Начало лечения мезиальной окклюзии в период ее клинического проявления, а также своевременное устранение предрасполагающих факторов позволят предотвратить формирование тяжелой аномалии, которая требует сложного, травматичного и дорогостоящего лечения в будущем.
2. К лечению мезиального прикуса следует прибегать как можно раньше, в период временных наличия зубов. Раннее лечение обеспечивает в последующем лучшие условия для размещения постоянных зубов и морфофункционального формирования челюстно-лицевой области в целом.
3. В период наличия временного прикуса оптимальной является каповая фиксация съемного пластиночного аппарата. Оптимальным для лечения пациентов с мезиальной окклюзией с обратным резцовым перекрытием более $\frac{1}{3}$ высоты коронки в период временного прикуса является съемная капа Бынина.
4. Наиболее сложными проблемами, связанными с данным аппаратом, являются недостаток сотрудничества со стороны пациента, сложный дизайн, приводящий к затруднениям при приеме пищи и речевом образовании.
5. Непродолжительный период лечения (2–6 месяцев) и довольно быстрый видимый позитивный результат позволяют мотивировать родителей пациента на сотрудничество в период лечения и последующего диспансерного наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов С., Андреишев А. Коррекция скелетных нарушений класса. Комбинированный подход // ДентАрт. – 2004. – № 1. – С. 27–31.
2. Гюева Ю.А. Диагностика и лечение мезиального прикуса у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Всесоюзное научно-производственное объединение «Стоматология» МЗ СССР. – М., 1991. – 24 с.
3. Григорьева Л.П. Прикус у детей. – Полтава, 1998. – 232 с.
4. Курляндский Ю.В. Ортопедическая стоматология. – М.: «Медицина», 1969. – 495 с.
5. Оспанова Г.Б., Богатырьков Д.В., Абрамова О.Ю., Аманатиди С.Е. Применение ортопедической лицевой маски при лечении пациентов с мезиальной окклюзией // Клиническая стоматология. – 2002. – № 2. – С. 48–52.
6. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Перевод с англ.; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.

7. Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., Фадеев Р.А., Бржезовская Е.Ю., Рижинашвили И.В., Гинзбург Д.Л. Взгляд на границы ортодонтической терапии // Институт стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 44–45.
8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 554 с.
9. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубно-челюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. Книга 3. – М.: ООО «Ортодент-Инфо», 2001. – 174 с.
10. Фліс П.С., Власенко А.З., Чуліна А.О. Технологія виготовлення ортодонтичних та ортопедичних конструкцій у дитячому віці. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВІКОВИХ ПОКАЗАНЬ І МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ЛІКУВАННІ МЕЗІАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ В ПЕРІОД ТИМЧАСОВОГО ПРИКУСУ

Т.Г. Хмиз

Резюме. У статті розглянуто доцільність лікування мезіальної оклюзії в період присутності тимчасового прикусу. Представлена клінічна оцінка застосування капи Бініна для лікування пацієнтів з мезіальною оклюзією при зворотному різцевому перекритті більш $\frac{1}{3}$ висоти коронки в період присутності тимчасового прикусу.

Ключові слова: мезіальний прикус, тимчасовий прикус, капа Бініна.

SUBSTANTIATION OF AGE INDICATIONS AND THE METHOD OF CHOICE IN THE TREATMENT OF MESIAL OCCLUSION DURING TEMPORARY OCCLUSION

T. Khmiz

Summary. The article considers the benefits of treating mesial occlusion during temporary occlusion. Clinical evaluation of application of Bynin's gum shield for patients with mesial occlusion and reverse overlap of incisors on full height of the crown is presented.

Key words: mesial occlusion, temporary occlusion, Bynin's gum shield.

*Хмыз Татьяна Григорьевна – к.мед.н.,
Харьковский национальный медицинский университет,
доцент кафедры стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии.
Адрес: 61022, г. Харьков, пр. Ленина, 4.
Моб. тел.: (057) 756-99-56.
E-mail: Khmiz@ukr.net.*

VITAPLANT®

ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



Знания, доступные всем.
Технологии, доступные каждому.

Имплантаты от 220грн.



(061)212-22-03
(091)324-50-01
(067)611-04-50

www.vitaplant.pro
mail@vitaplant.pro

69035, г. Запорожье, ул. 40 лет Сов. Украины, 76а, офис 3