

Глубокий прикус

Выполнил: Мынжасаров Е.

В норме верхние передние зубы перекрывают нижние на $1/3$ высоты коронки, при этом определяется их режуще-бугорковое смыкание





При увеличении глубины перекрытия в области передних резцов более чем на $1/3$ высоты коронки, а также нарушении их правильного смыкания формируется аномалия окклюзии в вертикальном направлении



Чрезмерная глубина резцового перекрытия с сохранением режуще-бугоркового контакта резцов верхней и нижней челюстей - глубокая резцовая окклюзия



При отсутствии режуще-бугоркового контакта - глубокая резцовая дизокклюзия.

Различают три степени глубокого резцового перекрытия, которые определяют по отношению к высоте коронок центральных резцов:

- от $1/3$ до $2/3$ их высоты,
- от $2/3$ до $3/3$
- больше $3/3$

оценивают три степени резцового перекрытия (в мм)


- до 5 мм
- от 5 до 9 мм
- больше 9 мм

Причины глубокого прикуса

- **кариозное или некариозное поражение** твердых тканей боковых зубов, неравномерная их стираемость, ранняя потеря временных моляров, первых постоянных моляров или других боковых зубов.
- **вредные привычки сосания и прикусывания пальцев,** различных предметов вызывают отклонение передних зубов, нарушение их проксимальных контактов с противостоящими зубами, что приводит к снижению высоты прикуса, установлению первых постоянных моляров на неправильном окклюзионном уровне и недоразвитию альвеолярных отростков в боковых участках.
- **нарушение контактов между передними зубами** обуславливает зубоальвеолярное удлинение в этой области. Изменению расположения передних зубов, потере их опоры и зубоальвеолярному удлинению способствуют нарушения функций дыхания, глотания, речи.

Причины глубокого прикуса


- **увеличения одного из зубных рядов** при наличии сверхкомплектного зуба, диастемы, задержавшихся временных моляров, индивидуальной макродентии или уменьшения одного из зубных рядов при ретенции или адентии отдельных зубов (чаще вторых премоляров), микродентии на одной челюсти, нарушения последовательности смены верхних и нижних временных зубов или сроков прорезывания постоянных зубов.
- **протрузия и ретрузия передних зубов** на одной челюсти либо изменение их расположения на обеих челюстях, смещение нижней челюсти, неравномерное развитие базисов челюстей, укорочение ветвей нижней челюсти, уменьшение величины ее углов.



Клинические проявления глубокого
резцового перекрытия зависят от его
сочетания с нейтральным, дистальным или
мезиальным прикусом.

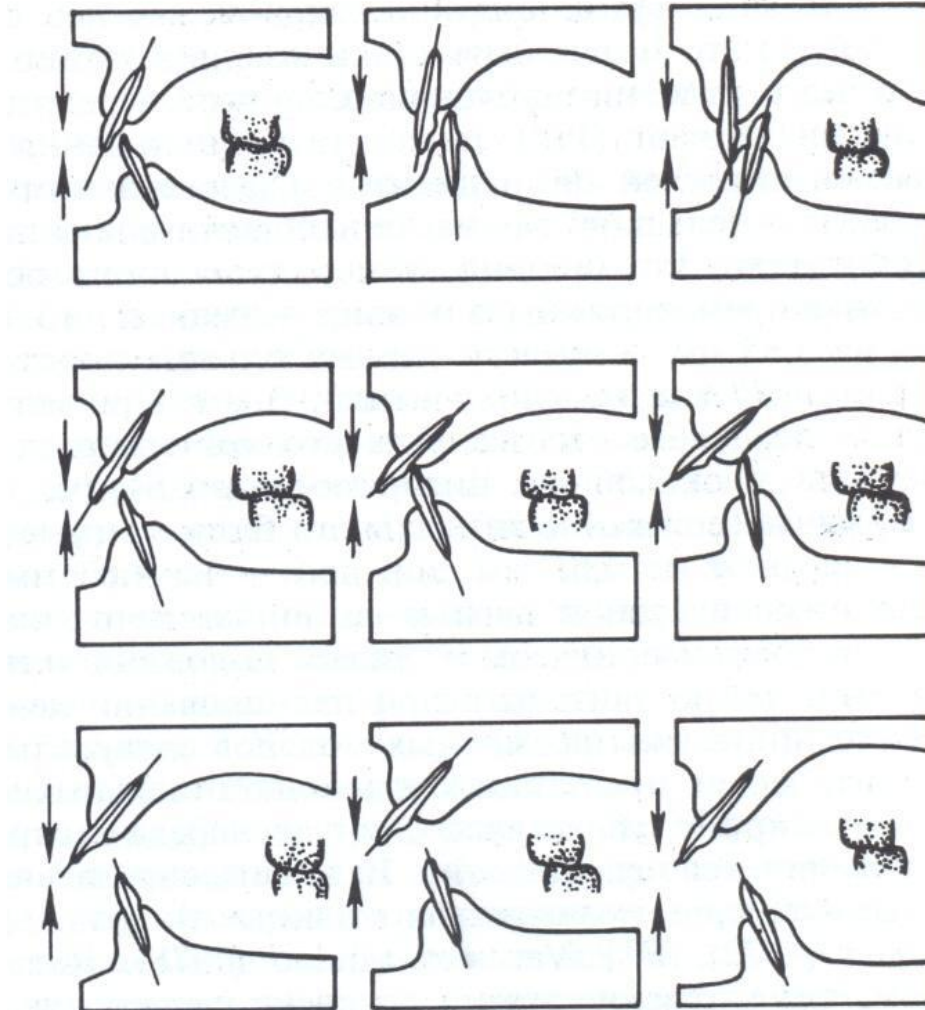


Лицевые признаки бывают выражены в виде укорочения нижней части лица, углубления супраментальной борозды, утолщения нижней губы и сопутствующих нарушений, характерных для дистального или мезиального прикуса.



Изменения формы зубных дуг при
глубоком резцовом перекрытии
зависят от вида прикуса

Виды глубокой резцовой окклюзии в зависимости от вестибулярного наклона осей зубов



При нейтральном прикусе


- отмечают уплощение зубных дуг и тесное расположение передних зубов или протрузию верхних резцов и ретрузию нижних.
- при резко выраженных нарушениях нижние передние зубы упираются режущими краями в слизистую оболочку твердого неба, повторяя его форму
- верхние передние зубы травмируют межзубные десне вые сосочки с вестибулярной стороны нижних зубов и способствуют их отслоению.

При дистальном прикусе, сочетающемся с протрузией верхних передних зубов

- нижние резцы нередко травмируют слизистую оболочку неба, реже не соприкасаются с ней
- при дистальном прикусе, сочетающемся с ретрузией верхних передних зубов, зубные дуги обычно укорочены (блокирующий)
- выдвигание нижней челюсти становится ограниченным, что отражается на функции жевательных мышц.

При мезиальном прикусе и обратном резцовом перекрытии

- форма зубных дуг зависит от степени развития базисов челюстей, альвеолярных дуг, расположения зубов, смещения нижней челюсти.
- глубина резцового перекрытия зависит также от величины базального и гониальных углов.




Межокклюзионное пространство между передними и боковыми зубами при положении нижней челюсти в покое иногда (особенно при бруксизме у взрослых) отсутствует.

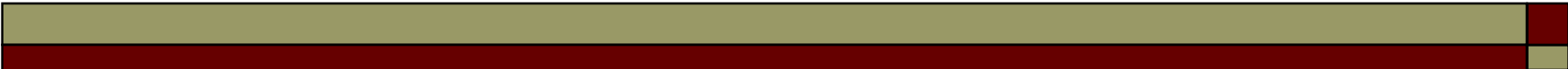


При резко выраженной кривой Шпее расстояние между зубными рядами в покое достигает 9 мм (средняя норма 2 мм).

Это свидетельствует о значительном нарушении функции жевательных мышц




Лечение глубокого прикуса наиболее эффективно в периоды прорезывания временных зубов, первых постоянных моляров, смены временных резцов постоянными, прорезывания вторых постоянных моляров




Нарушения устраняют различными способами и методами с учетом вызвавших их причин, периода формирования прикуса, его соответствия возрасту и полу пациента.

Лечение глубокого прикуса у подростков и взрослых

- следует перестраивать миотатические рефлексy,
- устранять бруксизм и другие парафункции,
- следить за равномерным смыканием зубных дуг при различных видах окклюзии,
- избирательно пришлифовывать бугры отдельных зубов
- в процессе лечения стремятся достигнуть множественных контактов между зубными рядами



В периоде постоянного прикуса, в возрасте старше 12 лет, для устранения резко выраженных зубочелюстных аномалий, сочетающихся с глубоким резцовым перекрытием, показано использование внутриротовых несъемных вестибулярных дуговых ортодонтических аппаратов с межчелюстной тягой (аппараты Энгла простой или сложной конструкции, Джонсона, Бегга и др.). Эти аппараты применяют, как и в предыдущем периоде, в сочетании со съемной пластинкой для верхней челюсти

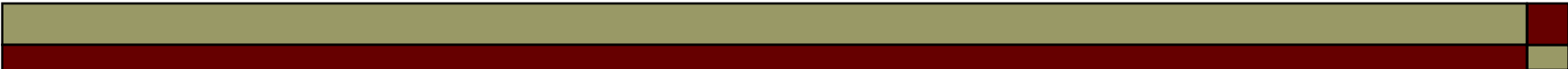


Прогноз лечения благоприятный, если оно предпринято в начальном периоде сменного или постоянного прикуса, в процессе лечения устранены не только морфологические, но и функциональные нарушения и глубокое резцовое перекрытие не является семейной особенностью

Длительность ретенции после завершения ортодонтического лечения зависит

- от периода формирования прикуса,
- применения функциональных или механических методов лечения: после достижения множественных контактов между зубными рядами с помощью активатора, бионатора, регулятора функций и других функционально-действующих аппаратов ретенционный период не требуется. После механически-действующих аппаратов следует пользоваться ретенционными аппаратами.
- наличия неустраненных функциональных нарушений и достигнутых результатов лечения.

Длительность применения аппаратов индивидуальна; в среднем она равна периоду активного ортодонтического лечения.



При лечении глубокого резцового перекрытия чаще встречаются следующие ошибки:

- Разобшение передних зубов и первых постоянных моляров с помощью коронок, укрепленных на временных молярах, съемных каппах, соединенных бюгелем, съемной пластинке с окклюзионными накладками на боковые зубы. В результате разобщения передних зубов в детском возрасте происходит быстрое и значительное зубоальвеолярное удлинение в этой области. Под влиянием коронок, капп или окклюзионных накладок на временных молярах происходят стирание бугров противостоящих зубов и нередко зубоальвеолярное укорочение. Такие ошибки приводят к углублению резцового перекрытия.