

Открытый прикус.

Виды.

Этиопатогенез.

Клиника.

Открытый прикус относится к вертикальным аномалиям и характеризуется наличием вертикальной щели при смыкании зубных рядов в переднем или боковом участках.

Л.С. Персин считает, что «прикус открытым быть не может, т.к. нет смыкания зубов» (1996). Такое состояние он называет дизокклюзия.



Популяционная частота открытого прикуса невелика и в возрасте от 3 до 27 лет составляет 1,9%. Наиболее высокая частота открытого прикуса выявлена у детей 7-11 мес. – 18,51%. Прикус у детей данного периода находится в начальном периоде формирования, прорезываются первые молочные зубы, которые еще не вступили в контакт. У детей в периоде временного прикуса распространенность данной аномалии колеблется от 2,3% до 5,6%. У детей 6-12 лет (сменный прикус) его распространенность составляет 1,6%, а 13-14 лет и подростков (16-18 лет) - 1,3%. Частота открытого прикуса у школьников 7 – 16 лет составляет 1,12%, в структуре зубочелюстных аномалий – 2,37%.



Этиология и патогенез открытого прикуса.



- наследственность,
- болезни матери в период беременности (токсикозы, инфекционные, вирусные заболевания, заболевания эндокринной системы, сердечно-сосудистой системы и др.),
- атипичное положение зачатков зубов,
- болезни раннего детского возраста (особенно рахит),
- нарушение функции эндокринных желез, минерального обмена,
- носового дыхания, функции и величины языка,
- неправильное положение ребенка во время сна (запрокинутая голова),
- вредные привычки (сосание пальцев, языка, кусание ногтей, карандашей и различных предметов, прокладывание языка между зубными рядами в области дефекта после ранней потери временных или постоянных зубов и др.),
- травматическое повреждение челюстей,
- расщелина альвеолярного отростка и неба.

Виды открытого прикуса

- В зависимости от этиологии и патогенеза Д.А. Калвеллис различает две основные формы открытого прикуса:
 - истинный (рахитический);
 - ложный (травматический).

Истинный (рахитический) открытый прикус

Этиология рахита

- 1. Дефицит солнечного облучения и пребывания на свежем воздухе.
- 2. Пищевые факторы: а) неадаптированные для ГРУДНЫХ Детей смеси (в которые, в частности, не добавлен витамин Д₃, б) длительно находящиеся на молочном вскармливании; в) позднее введение докорма и прикормов; г) получение преимущественно вегетарианские прикормы (каши, овощи).
- 3. Перинатальные факторы. а) недоношенность (в 26 недель прирост Са в организме плода 100 -120 мг/кг/сутки, Р- 60 мг/кг/сутки, а в 36 недель Са-120-150мг/кг/сутки, а Р-85 мг/кг/сутки) и ребёнок менее 30 недель гестации уже при рождении имеет часто остеопению. б) плацентарная недостаточность (активации секреции паратгормона для поддержания кальциевого баланса)
- 4. Недостаточная двигательная активность (отсутствия в семье элементов физического воспитания (массаж и гимнастика и др.), ибо кровоснабжение кости существенно повышается при мышечной деятельности
- 5. Дисбактериоз кишечника с диареей.
- 6. Противосудорожная терапия, назначаемая длительно (фенобарбитал, дифенин и др.) способствует ускоренной метаболизации обменно активных форм витамина Д.
- 7. Синдромы нарушенного всасывания (целиакия, муковисцидоз и др.), хронические заболевания печени и почек, приводящие к нарушению образования обменно-активных форм витамина Д.
- 8. Наследственные аномалии обмена вит. Д и кальциево-фосфорного обмена.
- 9. Экологические факторы. Избыток в почве и воде, продуктах стронция, свинца, цинка и др. приводящие к частичному замещению кальция в костях.

- Рахит проявляется формированием истинного открытого (рахитического) прикуса (рис. 122).

Внешне у такого пациента наблюдается несоответствие во взаимоотношениях между лицевыми и черепными костями. Лицо маленькое в сравнении с черепом, выглядит инфантильно. Нижняя треть лица увеличена (рис. 123).

Угол нижней челюсти расположен дальше чем обычно, так что только задние зубы контактируют, получается открытый прикус. Действие жевательной мускулатуры больше отражается на нижней челюсти, которая является опорной костью всей жевательной мускулатуры и поддающаяся силам давления и растяжения.



Рис. 122. Истинный рахитический открытый прикус.



Рис. 123. Внешний вид пациентки при открытом рахитическом прикусе

- Нижний зубной ряд теряет свою параболическую форму: фронтальный участок зубной дуги утрачивает свою округлость и уплощается, что в свою очередь приводит к скученному расположению нижних фронтальных зубов.

По Н.И. Агапову, рахитическая нижняя челюсть характеризуется трапециевидной формой альвеолярной дуги (рис. 124).

Короткой стороной трапеции являются фронтальные зубы, которые стоят по прямой линии, боковыми сторонами — жевательные зубы, расположенные при выраженной деформации также по прямой линии. Эта форма челюсти — признак рахита. Если нижняя челюсть так деформирована, что нижние моляры получают наклон в сторону языка под действием челюстно-подъязычной мышцы, то такая рахитическая нижняя челюсть указывает на поздний рахит.

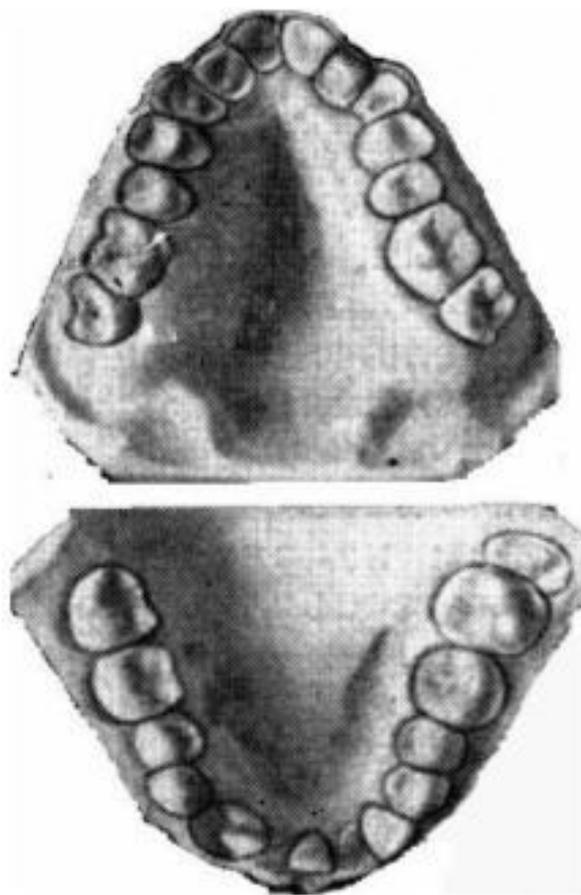


Рис. 124. Рахитические челюсти

- Рахит также обуславливает неблагоприятное влияние жевательной мускулатуры на развитие верхней челюсти: мускулатура, прикрепленная в участке височной кости, челюстного бугорка и крыловидного отростка, тянет вниз альвеолярные отростки и прилегающие к ним ткани и косвенным образом влияет на участок верхних премоляров и моляров.

Щечная мускулатура также сужает эти участки, в результате чего получается компрессия челюсти и сдвиг премоляров небно.

Верхняя челюсть вытягивается в участке фронтальных зубов, увеличивается в длину, и небо приобретает форму лиры. Нижняя челюсть укорачивается в сагитальном направлении, дуга уплощается в участке фронтальных зубов и разветвляется в участке клыков.

Травматический (ложный)

Травматический (ложный) открытый прикус возникает в результате действия хронической или острой травмы. Хроническая травма возникает вследствие действия вредных привычек (сосание пальцев, губ, щек, языка, кусание ногтей, карандашей, сон с запрокинутой назад головой). Промежуток между зубами обычно соответствует форме «предмета», который сосал ребенок



Рис. 125. Вредные привычки в этиологии ложного открытого прикуса: а) сосание языка; б) и в) инфантильный тип глотания

*Открытый прикус может возникнуть в результате неправильного сопоставления отломков при лечении переломов челюстей.

- Шварц разделяет открытый прикус на две формы: зубоальвеолярную и гнатическую. Зубоальвеолярная форма характеризуется укорочением корней зубов и альвеолярных частей.
- При гнатической форме обнаруживается резкое искривление тела нижней челюсти (выпуклое в боковых участках и вогнутое в переднем) с развернутым углом нижней челюсти. Ветви могут быть укорочены. Во многих случаях отмечается высокое расположение суставов в черепе без укорочения ветвей нижней челюсти.

Зубоальвеолярная

Зубоальвеолярная форма открытого травматического прикуса развивается в основном вследствие вредных привычек, о которых говорилось выше. Промежуток между зубами обычно соответствует форме предмета, который сосет ребенок. При резко выраженном открытом прикусе, когда между фронтальными зубами образуется значительное расстояние (0,5÷1,0см и больше), внешне определяется типичное нарушение соотношений между отдельными частями лица. Нижний отдел лица обычно чрезмерно велик по отношению к верхнему отделу



Рис. 126. Лицо при открытом прикусе

- При осмотре профиля отмечается опускание подбородка по сравнению с уровнем стояния угла нижней челюсти.
- Верхняя губа укорочена или натянута, носогубные и подбородочные складки сглажены, рот всегда несколько приоткрыт, губы смыкаются с трудом.
- К внутриротовым признакам открытого прикуса относятся – щель между фронтальными зубами по вертикали. При осмотре зубных рядов и их соотношений часто обнаруживаются другие осложнения, такие как: боковая компрессия, аномальное расположение зубов, деформация формы коронок зубов.
- Зубные дуги сужены, особенно верхняя, передние зубы расположены тесно, на твердых тканях зубов определяется гипоплазия. Режущие края фронтальных зубов часто располагаются по вогнутой кривой.
- Язык обычно увеличен, на нем имеются продольные и поперечные борозды, сосочки сглажены, иногда заметны точечные кровоизлияния на кончике. В области верхних, а иногда и нижних передних зубов десневые сосочки гипертрофированы, отечны, кровоточат, нередко наблюдаются отложения зубного камня.
- Во многих случаях развивается генерализованная кариозная болезнь.

Гнатическая

Для гнатической формы открытого прикуса характерно изменения формы нижней челюсти. Отмечается углубление на ее нижнем крае впереди места прикрепления собственно жевательных мышц. Зубоальвеолярная высота в переднем участке меньше, а в боковых обычно больше нормы. Нижняя часть лица удлинена, базальный угол $B > 200$, углы нижней челюсти увеличены ($G_o > 1230$), направление задних контуров ветвей иногда бывает нормальным. Край нижней челюсти имеет почти отвесное направление.

Височно-нижнечелюстные суставы расположены высоко. Соотношение передней высоты челюстей и высоты носовой части при открытом прикусе нарушено в результате увеличения высоты челюстей (3:2 по сравнению с 5:4 в норме). Передняя высота челюстей больше задней иногда в 2 раза и больше. Передние зубы нередко отклонены вестибулярно, межрезцовый угол уменьшен ($i\ddot{i} < 1400$).

Профилактика

В профилактике открытого прикуса основное внимание следует уделять оздоровлению беременной женщины, соблюдению ею здорового образа жизни, профилактике рахита и других заболеваний ребенка, предупреждению возникновения и устранению вредных привычек, нормализации носового дыхания, артикуляции языка при разговоре и глотании. При короткой уздечке языка необходимо провести ее пластику.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ