



Тошкент Фармацевтика
Институту



"Учинчи Ренессансда
Ибн Сино Издошлари"



Самарқанд Давлат
Тиббиёт Институту

"УЧИНЧИ РЕНЕССАНСДА ИБН СИНО ИЗДОШЛАРИ"

мавзусидаги талабалар учун
Республика илмий амалий масофавий
конференцияси тўплами.



ЭТИОЛОГИЯ И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА

Нигматова И.М., Аралов М.Б.

(Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ)

Резюме

Открытый прикус - это патологический прикус, возникающий в вертикальной плоскости, характеризующийся отсутствием вертикального перекрытия между верхнечелюстными и нижнечелюстными зубами. Передний открытый прикус, особенно скелетный открытый прикус, называют "стигматами неправильного прикуса". Различные этиологические особенности открытого прикуса рассматриваются в данной статье. Открытый прикус легко диагностировать, но трудно удержать.

Ключевые слова: Открытый прикус, этиология, план лечения.

Открытый прикус - это патологический прикус, возникающий в вертикальной плоскости, характеризующийся отсутствием вертикального перекрытия между верхней и нижней челюстью зубами. Открытый прикус может возникать в передней и боковой области и называются передним открытым прикусом и боковым открытым прикусом соответственно.

Диагностика, лечение и успешная ретенция вылеченных аномалий открытого прикуса представляют собой вызов для технических способностей и навыков клиницистов. Существуют много потенциальных этиологических факторов, включая наследственность, неблагоприятные особенности роста, привычки сосания пальцев, аномальное функционирование языка и орофациальных мышц, орофациальные функциональные матрицы и их взаимодействие со скелетными компонентами, дисбаланс между положением челюстей, окклюзионными и эруптивными силами и положением головы. Детальное понимание этиологии и процесса развития, таким образом, является важным в его лечения.

Передний открытый прикус можно определить как отрицательный прикус между резцовыми краями верхнечелюстными и нижнечелюстными передними зубами, с боковыми зубами в окклюзии. Таким образом, при переднем открытом прикусе нет вертикального перекрытия между верхними и нижними передними зубами. Передний открытый прикус эстетически непривлекателен, особенно во время речи когда язык зажат между зубами и губами. Передний открытый прикус, особенно скелетный открытый прикус называют "стигматами неправильного прикуса".

Этиология переднего открытого прикуса. Этиология переднего открытого прикуса является многофакторной. Передний открытый прикус может возникать из-за различных наследственных и ненаследственных факторов. Открытый прикус является результатом взаимодействия между этими факторами.

Вредные привычки. Длительная привычка сосать большой палец является одним из главных этиологических факторов открытого прикуса. Позиция расположения большого пальца, интенсивность, и частота сосания, все это оказывают влияние характер и тяжесть открытого прикуса.

Выдвижение языка также связано с открытым прикусом. Выдвижение языка может развиваться как осложнение привычки сосание большого пальца. Иногда западение языка развивается как компенсаторный механизм для существующего открытого прикуса. Таким образом, вопрос о том, птенец появляется первым или яйцо - это вопрос вопрос спорный.



Скелетальный передний открытый прикус связано с зарастанием или недостаточным зарастанием одного или нескольких альвеолярных сегментов. При переднем открытом прикусе наблюдается недостаточный рост переднего сегмента с чрезмерный рост задней части альвеолярного отростка.

Классификация переднего открытого прикуса:

Передний открытый прикус можно классифицировать как :

- a. Скелетный передний открытый прикус
- b. Дентальный передний открытый прикус

Они могут быть односторонними или двусторонними

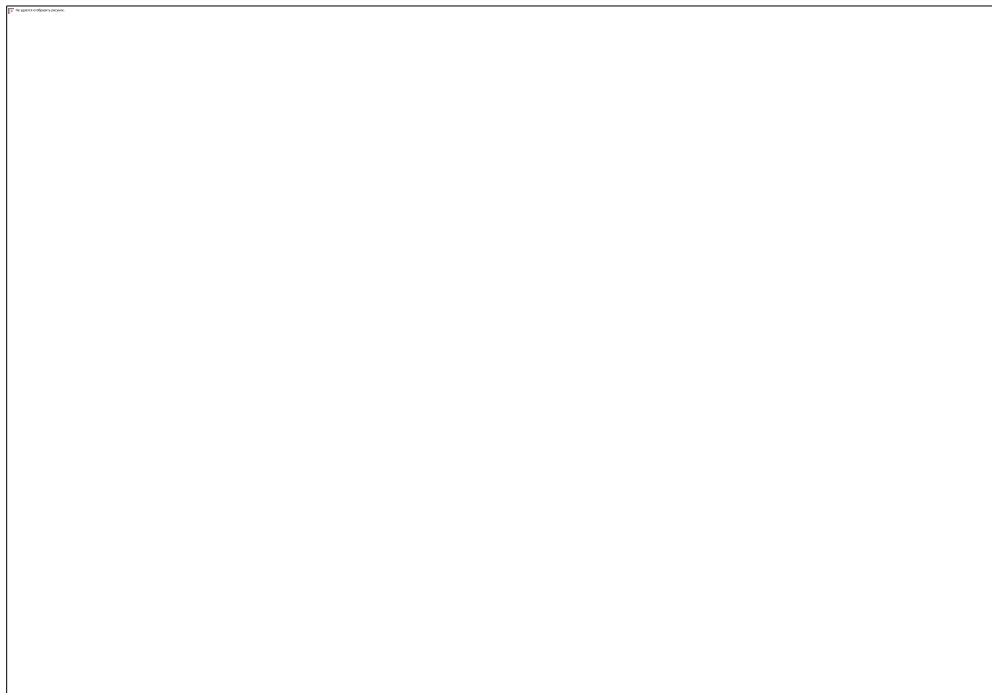
Особенности скелетного переднего открытого прикуса. Передний скелетный открытый прикус называется Апертогнатия. Эта проблема связана со скелетными основаниями. Пациент с передним скелетным открытым прикусом характеризуется следующим:

- a. Пациент часто имеет длинное и узкое лицо с выраженным выпуклым профилем, эстетика нарушена. Пациент со скелетными основаниями III класса может иметь вогнутый профиль;
- b. У пациента может быть короткая верхняя губа с чрезмерным обнажением верхнечелюстных резцов;
- c. Увеличение высоты нижней трети части лица и уменьшение высоты верхней трети части лица;
- d. Крутой угол нижнечелюстной плоскости (высокий угол). Таким образом, угол FMA увеличен и превышает 30 градусов.

Дентальный передний открытый прикус не сопровождается со скелетными осложнениями, которые упомянуты выше. Ниже перечислены особенности открытого прикуса:

- a. Проксимальные верхние передние зубы;
- b. Верхние и нижние передние зубы не перекрывают друг друга;
- c. У пациента может быть узкая верхнечелюстная дуга из-за опущенного положения языка, которое вызванное вредными привычками.

Другие особенности. Могут наблюдаться дефекты речи с осиплостью голоса. Могут быть сопутствующие инфекции верхних дыхательных путей. Осиплость голоса, связанная с передним открытым прикусом и промежутками, называется межзубным сигматизмом.



Диагностика. Диагностика должна включать тщательный анамнез болезни, критическое обследование на наличие любых этиологических факторов, таких как вредные привычки. Следует отметить наследственность, если она присутствует.

Лечение переднего открытого прикуса. Диагностика и лечение этого патологического прикуса до сих пор остается спорным. Многие авторы согласны с тем, что врач должен уметь отличать открытый прикус дентоальвеолярного происхождения от скелетного открытого прикуса, чтобы лечение было направлено на причину проблемы. Передний открытый прикус в молочном прикусе является наиболее частым дефектом, связанный с постоянным сосанием зубов и пустышки. Открытый прикус, который был диагностирован в результате вредных привычек, таких как сосание большого пальца или высовывание языка, требуют устранения их с помощью пассивных приспособлений для устранения привычек. Аппараты для устранения вредных привычек могут быть либо съемными или несъемными. Наличие аномальной носоглоточной патологии следует исключить после направления пациента к отоларингологу. Для контроля этих факторов следует уделить должное внимание, прежде чем спешить с исправлением существующего открытого прикуса.

Ортодонтическое лечение. Открытый прикус от легкой до умеренной степени тяжести можно успешно лечить с помощью фиксированных механических приспособлений в сочетании с эластичными. Эта форма эластичной аппликации состоит из резинки, которая растягивается между верхним и нижним передними частями челюстей. Это вызывает экструзию верхних и нижних передних зубов. Этот вид терапии может не дать положительных результатов при тяжелых скелетальных открытых прикусах.

Заключение. Ретенционный период. Постоянство этиологических факторов является основной причиной рецидива в случаях открытого прикуса. Второй фактор - непрерывный рост моляров в небольшой степени и интрузивное воздействие этиологических факторов на резцы - еще одна причина рецидива. Для долгосрочной ретенции показано использование активатора открытого



прикуса или бионатора с задними прикусными блоками. Также можно использовать головной редуктор с высоким тяговым усилием со стандартным фиксатором, но это практически невозможно.

Список литературы:

1. Хабилов Н.Л., Шомухамедова Ф.А., Арипова Г.Э., Муртазаев С.С., Насимов Э.Э., Мирсалихова Ф.Л. "Ортодонтия с детским зубном протезированием" Тошкент 2015й. 211стр.
2. Окушко В.П. Аномалии зубо-челюстной системы, связанные с вредными привычками, и их лечение. М. 1975
3. Персин Л.С. Ортодонтия 1-2 том, М., 1996, 1998 г
4. Нигматов Н.Р., Муртазаев С.С., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Рузметова И.М., Юлдашев О.Т. Разработка тактики лечения при случаях редко врожденной олигодентии. Журнал "Стоматология" Среднеазиатский научно- практический журнал. –Т. -№1-2, 2015. С-142-144.
5. Гонтарев С.Н. Распространенность основных заболеваний временных зубов среди детей. Рос.мед-биол. вестн.им.акад. И.П. Павлова. -2007.-№2.-С. 44-49.7
6. Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., Раззаков Ш.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалий и деформация зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Среднеазиатский научно-практический журнал "Стоматология" –Т. -№3-4, 2013. С-73.