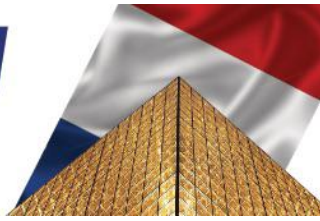


ГЛУБОКИЙ ПРИКУС У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

Нигматов Рахматилла Нигматович
, Ханова Дилбархон Нодирхановна.
Кафедра ортодонтии и зубного протезирования
Ташкентского государственного медицинского университета

Актуальность. Глубокий прикус является одной из распространённых аномалий вертикального направления окклюзии и характеризуется чрезмерным вертикальным перекрытием нижних резцов верхними. Данная зубочелюстная аномалия может формироваться в период развития временного, сменного и постоянного прикуса и при отсутствии своевременной ортодонтической коррекции способна приводить к функциональным и морфологическим нарушениям. Этиология глубокого прикуса является многофакторной. В его формировании определённое значение имеют наследственные факторы, особенности роста и развития челюстей, нарушения прорезывания и положения зубов, изменение высоты зубоальвеолярных отростков, функциональные нарушения жевания и глотания, вредные оральные привычки, нарушения носового дыхания, заболевания ЛОР-органов, а также преждевременная потеря временных зубов и отсутствие своевременного ортодонтического лечения. Клинические проявления глубокого прикуса разнообразны. У пациентов может отмечаться выраженное вертикальное перекрытие резцов, уменьшение высоты нижней трети лица, изменение профиля, нарушение контакта между зубами, травматизация слизистой оболочки и перегрузка отдельных участков зубочелюстной системы. В тяжёлых случаях возможно развитие функциональных нарушений жевания, глотания и речи, а также патологической стираемости зубов. Актуальность проблемы определяется необходимостью раннего выявления аномалии и определения её характера. Чем раньше установлен механизм формирования глубокого прикуса, тем более эффективно возможно использование роста ребёнка для коррекции зубоальвеолярных и скелетных нарушений.

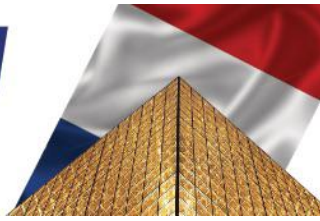
Цель исследования. Изучить клинические особенности глубокого прикуса у детей, совершенствовать подходы к его диагностике и определить основные



принципы индивидуализированного ортодонтического лечения с учётом возраста и характера зубочелюстной аномалии.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование детей с глубоким прикусом, находившихся на ортодонтическом лечении. Диагностический комплекс включал сбор анамнеза, клиническое обследование, оценку состояния зубных рядов и окклюзии, определение степени вертикального резцового перекрытия, изучение формы зубных дуг и положения отдельных зубов. Проводилось также фотометрическое исследование лица и внутриротовых фотографий. Оценивали профиль лица, высоту нижней трети лица, положение губ, симметрию и особенности зубных рядов. Для уточнения характера зубочелюстных нарушений использовали ортопантомографию и телерентгенографию. Цефалометрический анализ позволял определить особенности положения верхней и нижней челюстей, положение резцов, направление роста лицевого скелета и соотношение скелетных и зубоальвеолярных компонентов аномалии. При составлении диагноза учитывали возраст ребёнка, период формирования прикуса, выраженность вертикального перекрытия, состояние зубов и пародонтальных тканей, характер окклюзионных контактов, функциональное состояние жевательного аппарата и наличие сопутствующих аномалий.

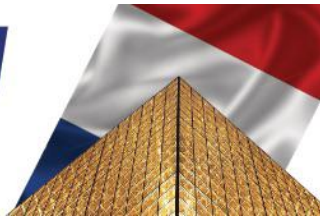
Результаты. В ходе обследования установлено, что глубокий прикус у детей характеризуется значительным клиническим разнообразием. У части пациентов аномалия преимущественно обусловлена изменением положения и наклона фронтальных зубов, у других выявляются признаки нарушения вертикального развития зубоальвеолярных отделов и изменения скелетных взаимоотношений. Наиболее информативным для определения степени выраженности аномалии является комплексный анализ вертикального резцового перекрытия в сочетании с оценкой положения резцов, окклюзионной плоскости, высоты нижней трети лица и цефалометрических показателей. При клиническом обследовании у детей с выраженным глубоким прикусом могут выявляться уменьшение высоты нижней трети лица, усиление подбородочной складки, изменение профиля, глубокая кривизна линии Spee и нарушение оптимальных окклюзионных контактов. В отдельных случаях отмечаются признаки травматического воздействия нижних резцов на слизистую оболочку нёба. Особое внимание следует уделять функциональному обследованию. Нарушение функции жевания,



глотания, мышечного равновесия и положения языка может способствовать сохранению или усугублению сформированной аномалии. Поэтому диагностика должна включать не только морфологическую, но и функциональную оценку. Выбор метода лечения зависел от возраста ребёнка, стадии формирования прикуса, выраженности глубокого перекрытия и характера выявленных нарушений. В период сменного прикуса основное внимание уделяли устранению функциональных факторов, нормализации мышечного равновесия и направлению роста зубочелюстной системы. С этой целью применяли миогимнастику, функциональные и съёмные ортодонтические аппараты, а также накусочные площадки. При наличии постоянного прикуса и необходимости перемещения зубов применяли несъёмную ортодонтическую технику. Использование брекет-систем в сочетании с окклюзионными накладками или bite turbos позволяло контролировать вертикальное положение зубов и постепенно уменьшать глубину резцового перекрытия. При сочетанных формах глубокого прикуса лечение проводили комплексно с учётом изменений в сагиттальной и трансверзальной плоскостях. Такой подход позволяет не только уменьшить вертикальное перекрытие резцов, но и восстановить функциональные и окклюзионные взаимоотношения.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что глубокий прикус нельзя рассматривать исключительно как локальное нарушение положения фронтальных зубов. В его формировании могут принимать участие различные морфологические и функциональные факторы, поэтому диагностика должна быть комплексной. Особое значение имеет раннее выявление аномалии у детей в период активного роста. На данном этапе возможно воздействовать на функциональные факторы и направлять развитие зубоальвеолярных структур, что потенциально позволяет снизить выраженность аномалии и предупредить формирование более тяжёлых форм. Современный подход к лечению глубокого прикуса предусматривает индивидуальный подбор ортодонтических методов. Необходимо учитывать не только величину вертикального перекрытия, но и характер роста челюстей, положение резцов, состояние боковых зубов, функциональное состояние мышц и наличие сопутствующих зубочелюстных аномалий.

Заключение. Глубокий прикус у детей представляет собой сложную зубочелюстную аномалию, формирование которой связано с сочетанием



морфологических и функциональных факторов. Эффективная коррекция данной патологии требует своевременной диагностики, определения её этиологических и патогенетических особенностей и индивидуального выбора метода ортодонтического лечения. Комплексное клиническое, функциональное, фотометрическое и рентгенологическое обследование позволяет повысить точность диагностики, определить ведущий механизм формирования аномалии и выбрать рациональную лечебную тактику. Раннее ортодонтическое вмешательство в период роста ребёнка создаёт благоприятные условия для нормализации окклюзии, улучшения функции зубочелюстной системы и профилактики осложнений.