

ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ



**д.м.н, профессор кафедры стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО КГМУ Хамитова Наиля Ханифовна**

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ

нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, характеризующееся отсутствием контакта в области фронтальных или боковых зубов при смыкании челюстей.

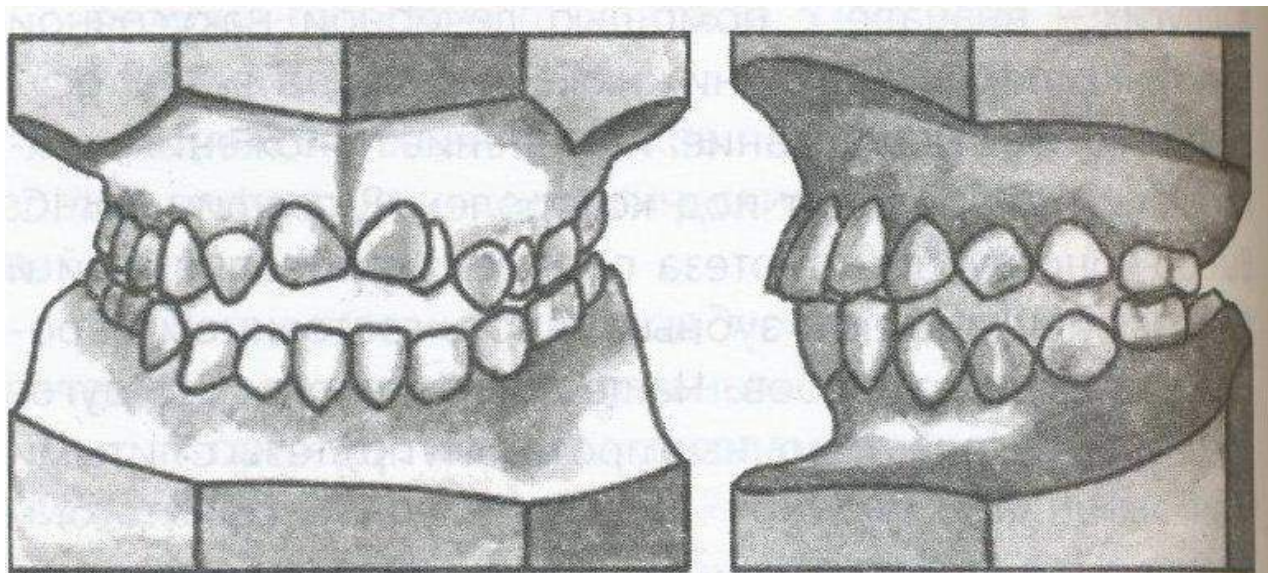


Рис. 46. Вертикальная резцовая дизокклюзия передних или боковых зубов



ЭТИОЛОГИЯ

- Вертикальная резцовая дизокклюзия полиэтиологична.
- I. ВРД, обусловленная нарушением роста челюстей при неблагоприятной наследственности
- II. Врожденная (болезни матери во время беременности, неправильное положение плода, родовая травма, нарушение роста верхней челюсти при врожденной расщелине губы, альвеолярного отростка, неба; макроглоссия; укороченная уздечка языка)
- III. Приобретенная: - травматическая (вследствие вредных привычек – сосание пальцев, языка, губ, щек, предметов; сон с запрокинутой головой; прокладывание языка между зубными рядами в области дефекта после ранней потери временных или постоянных зубов; затрудненное носовое дыхание, аденоиды, ротовое дыхание; инфантильный тип глотания; неправильная артикуляция языка с окружающими тканями и нарушения речи)
- - истинная (рахитический открытый прикус по классификации Калвеллиса, 1957г), ВРД при инфекционных, респираторных, эндокринных расстройствах.



ФОРМЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

- **Зубоальвеолярная форма** – при травматическом типе ВРД. Наблюдается зубоальвеолярное укорочение в области передних и боковых зубов, изогнутость корней резцов, укорочение корней (при рахитической зубоальвеолярной форме).
- **Гнатическая форма** – изменение тела нижней челюсти – значительное углубление на нижнем крае тела нижней челюсти впереди места прикрепления жевательной мышцы. Зубоальвеолярная высота в боковых участках больше нормы, в переднем участке меньше нормы. Угол нижней челюсти увеличен.



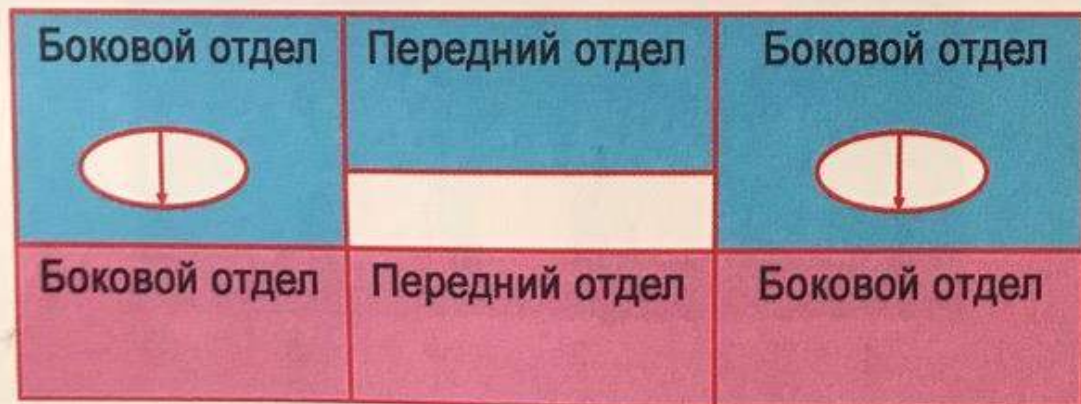
- 1. Задержка роста альвеолярного отростка верхней челюсти (в вертикальной плоскости) в области передних зубов при нормально развитых альвеолярных отростках в области боковых зубов;
- 2. Результат чрезмерного роста альвеолярного отростка верхней челюсти в области боковых зубов при нормальном его развитии в области передних зубов (в вертикальной плоскости)
- 3. Результат задержки роста альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтальных зубов и чрезмерного роста в области боковых зубов (в вертикальной плоскости)
- 4. Зубоальвеолярное укорочение в переднем отделе



а



б



в



г

СТЕПЕНИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

- В зависимости от величины вертикальной щели:
 - I. До 2 мм
 - II. 3-5 мм
 - III. Более 5 мм

- В зависимости от количества контактирующих пар зубов-антагонистов:
 - I. Контактуют премоляры и моляры
 - II. Контактуют моляры
 - III. Контактуют 2 или 3 постоянные моляры.

КЛИНИКА. ВНЕШНИЙ ОСМОТР

- Рот слегка открыт;
- Удлиненная нижняя треть лица;
- Носогубные и подбородочные складки сглажены;
- Лицо по сравнению с черепом выглядит мелко, вид у человека инфантильный;
- В случае смыкания губ на лице появляется сильно выраженная напряженность;
- Хорошо слышно, что человек шепелявит.



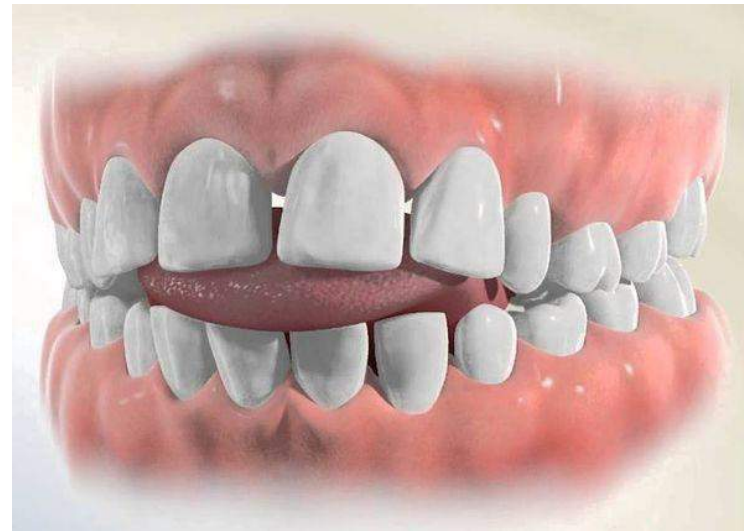
КЛИНИКА. ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

- ❖ Отсутствие контакта фронтальных или боковых зубов с зубами-антагонистами и наличие между ними щели различного размера;
- ❖ При травматическом открытом прикусе форма щели повторяет положение предмета, который ребенок привык держать во рту;
- ❖ Передние зубы обычно расположены скученно, часто поражаются кариесом, имеют признаки гипоплазии эмали и неровный (волнистый) контур режущего края, большое количество зубных отложений (зубного налета и зубного камня).
- ❖ Отмечается отечность, кровоточивость и разрастание десневых сосочков, свидетельствующие о гипертрофическом гингивите.
- ❖ Аномалии отдельных зубов;
- ❖ Язык больших размеров.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- Затруднения при откусывании, жевании, глотании пищи;
- Ротовое дыхание;
- Нарушение эффективности жевания приводит к развитию дисфункции ВНЧС, пародонтоза;
- Основным дефектом звукопроизношения при открытом прикусе является межзубный сигматизм, также страдает произношение губных и язычных фонем.



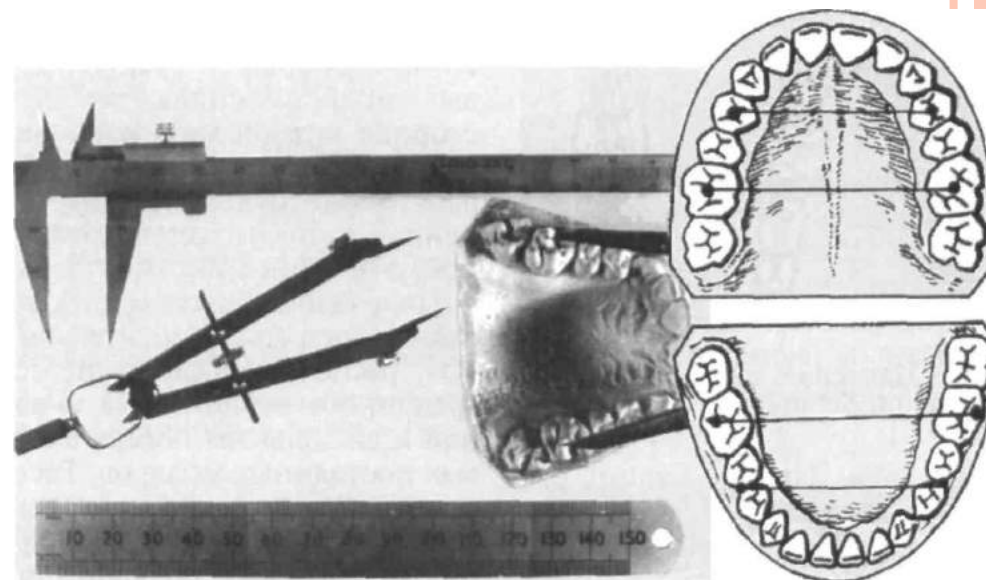
ДИАГНОСТИКА

- Диагноз открытого прикуса ставится на основании клинического и инструментального обследования. При первичном осмотре пациента проводится визуальная оценка лицевых и ротовых признаков открытого прикуса, измеряется расстояние между резцами-антагонистами, проводится беседа с пациентом.
- В дальнейшем установлению формы и степени открытого прикуса способствует фотометрическое исследование лица, выполнение и изучение результатов ОПТГ, КДМ, ТРГ головы. Пациенты с дефектами речи нуждаются в консультации логопеда, с нарушениями носового дыхания – отоларинголога.

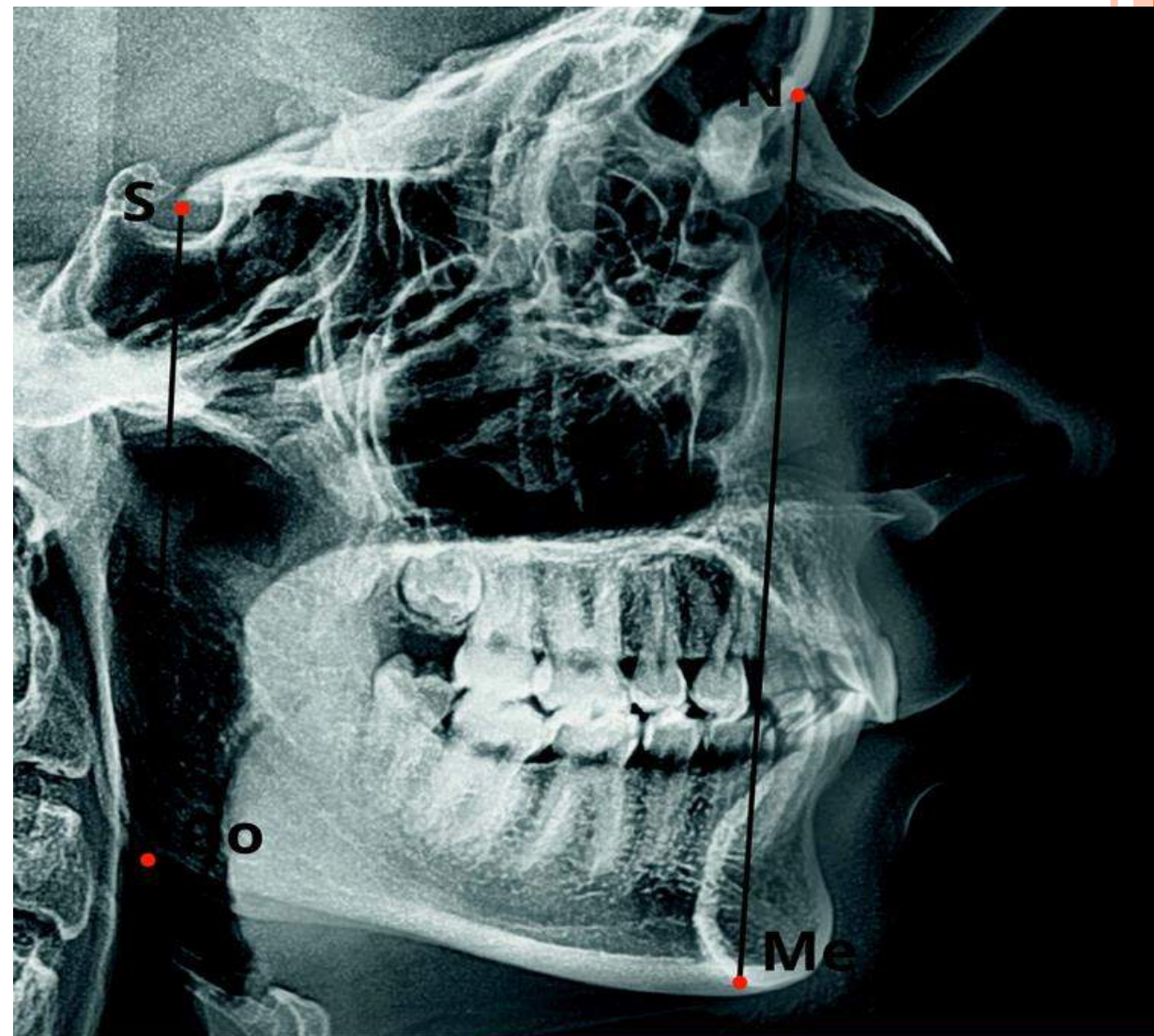


ДИАГНОСТИКА

При изучении КДМ можно выявить нарушения поперечных и продольных размеров зубных дуг и их апикальных базисов. Так, применив метод Пона, диагностируют сужение ВЧ чаще в области премоляров. С помощью метода Корхауза можно установить, что длина переднего отрезка верхней зубной дуги может быть уменьшена. На основании данных изучения КДМ установлено, что при открытой окклюзии имеется деформация зубных рядов на ВЧ и НЧ при недостаточном развитии их апикальных базисов.



- Гнатическая форма:
- **Увеличение передней высоты лица**
- $SGo/NMe * 100\%$
- 62-65% - норма
- $<62\%$ - ВТР, увеличение передней высоты лица
- $>65\%$ - ГТР, уменьшение передней высоты лица
- **Увеличение высоты нижней трети лица**



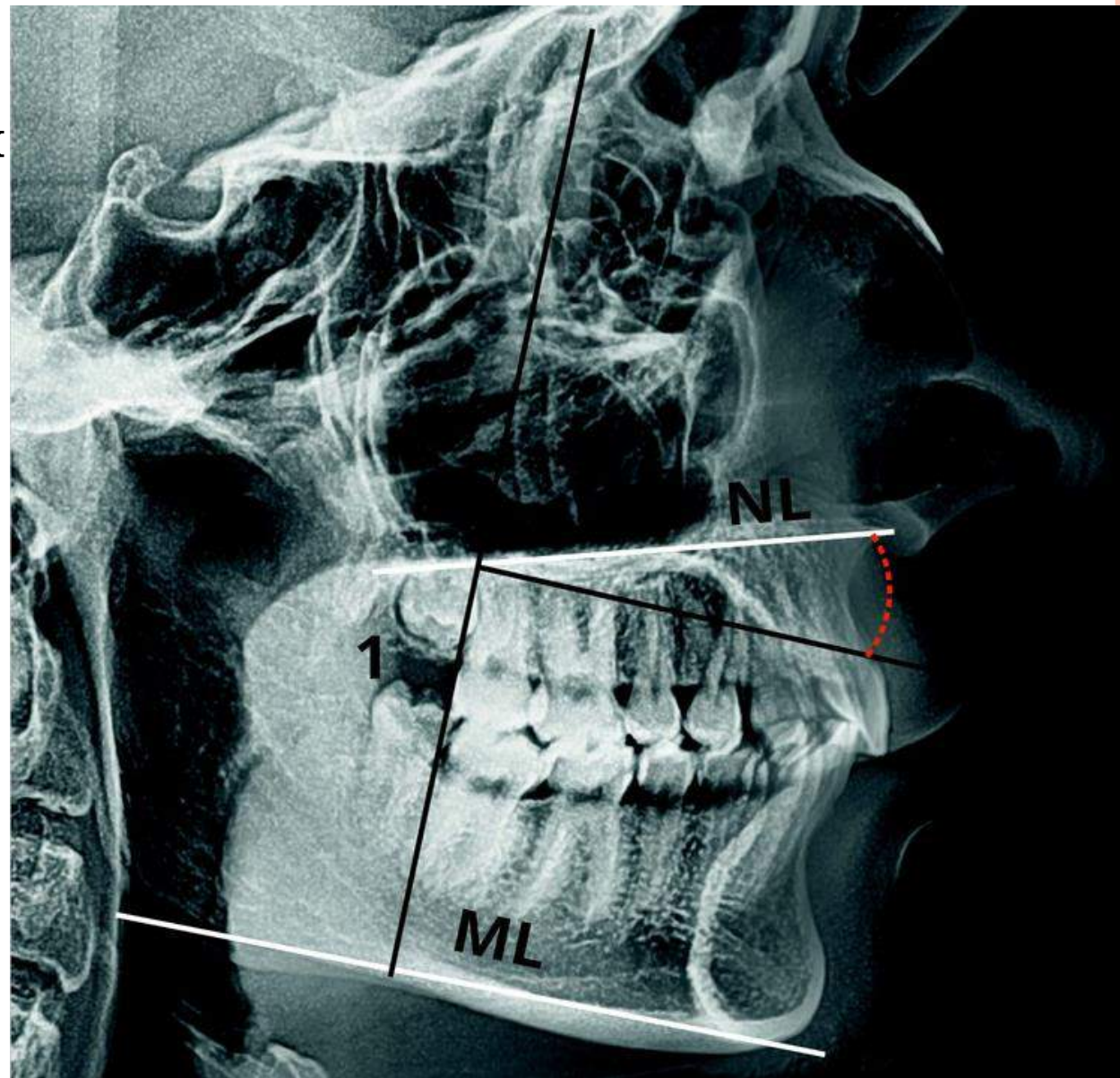
- **Гипердивергенция челюстей**

- Угол NL-ML – межчелюстной угол (степень дивергенции лицевого скелета)

- $24^{\circ} \pm 2^{\circ}$ – норма

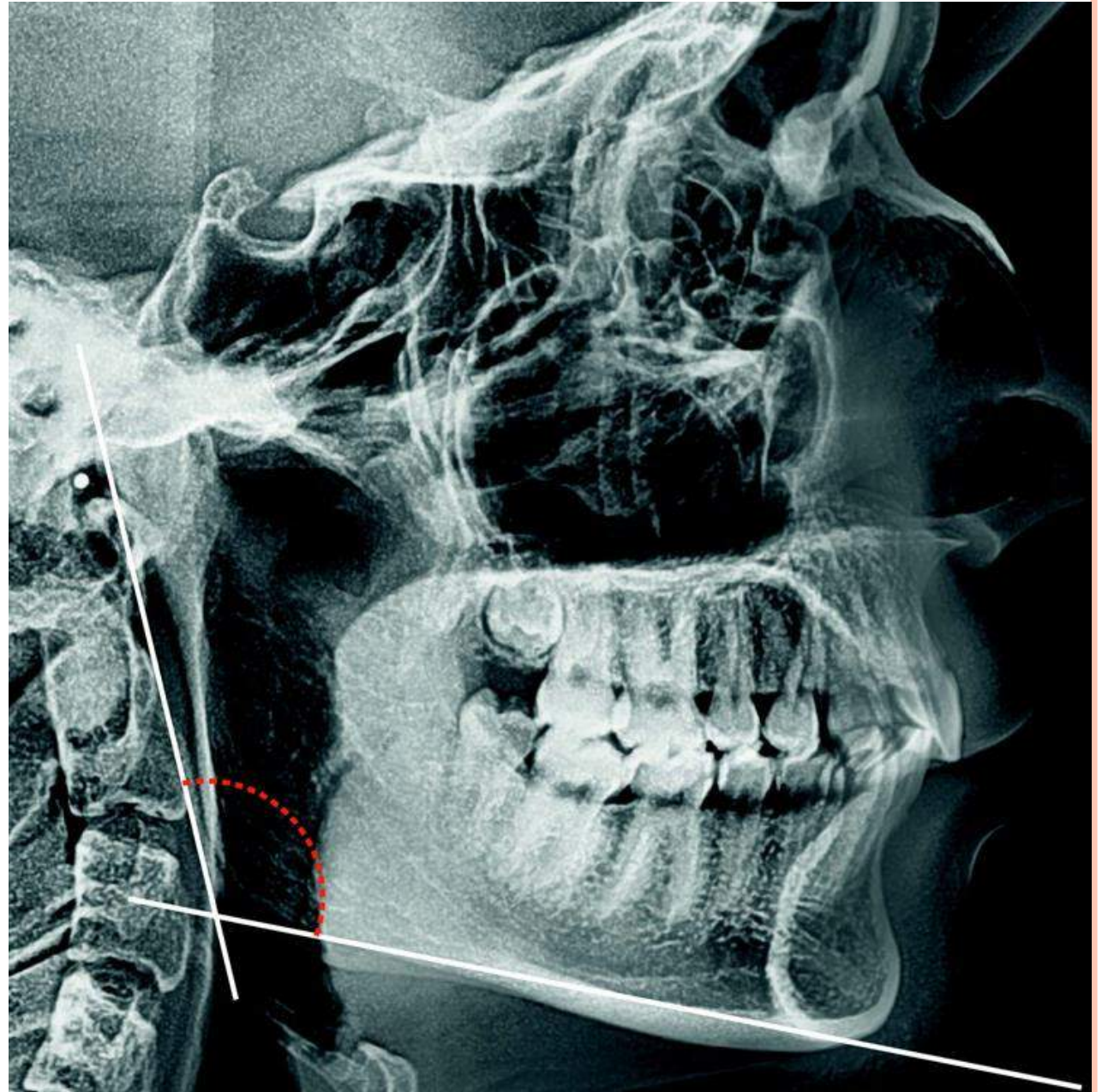
- $<22^{\circ}$ - гиподивергенция

- $>26^{\circ}$ - гипердивергенция

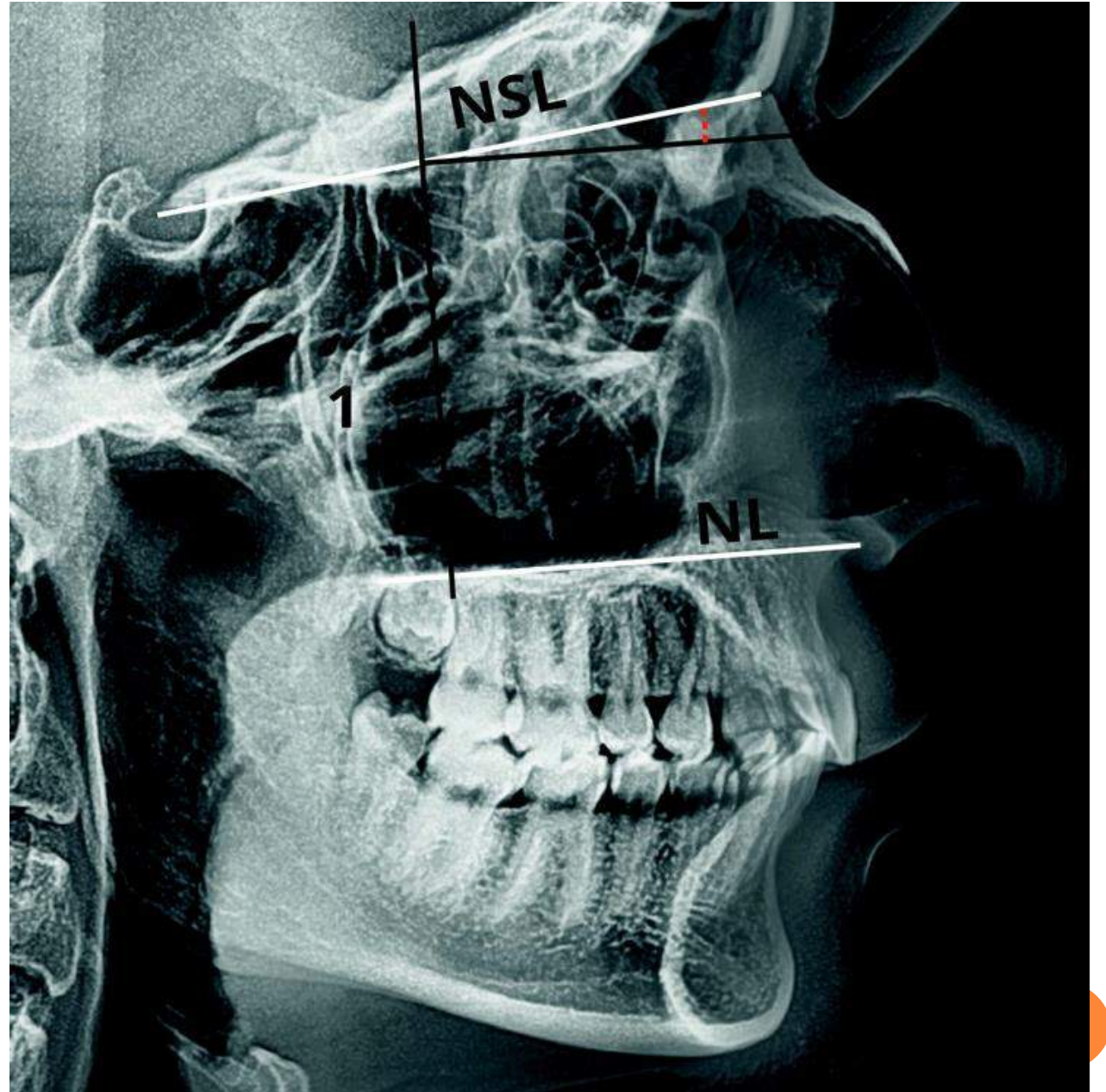


- **Развернутый гониальный угол**

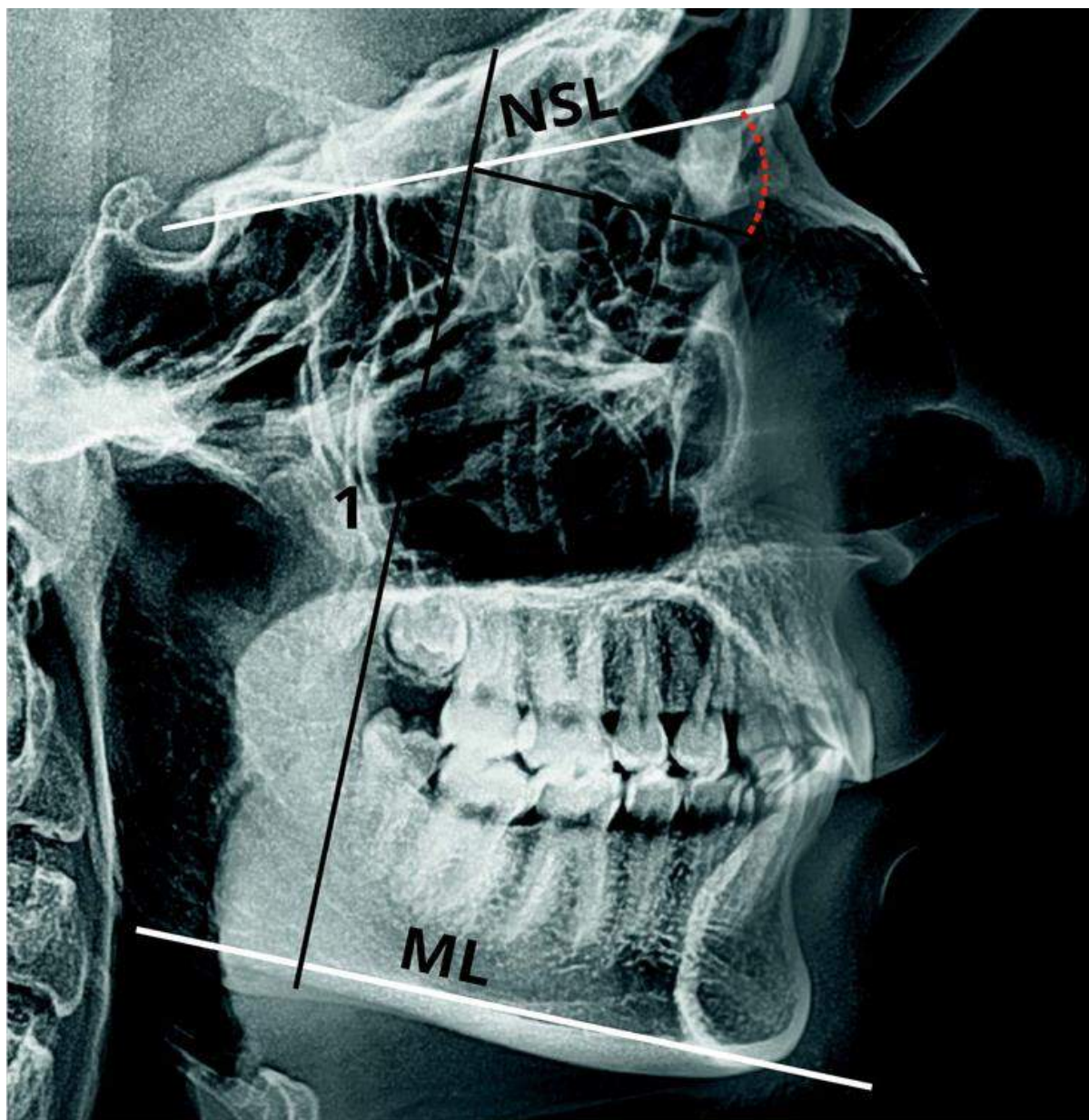
- Угол Ar-Go-Me
- $130^{\circ} \pm 5^{\circ}$ - норма
- $<125^{\circ}$ - ГТР
- $>135^{\circ}$ - ВТР



- Антеинклинация ВЧ
- Угол $NSL-NL$ – инклинация ВЧ (наклон к плоскости основания черепа)
- $8,5^{\circ} \pm 2^{\circ}$ - норма
- $< 6,5^{\circ}$ - антеинклинация ВЧ
- $> 10,5^{\circ}$ - ретроинклинация ВЧ



- Ретроинклинация НЧ
- Угол NSL-ML – инклинация НЧ
- $32^{\circ} \pm 2^{\circ}$ - норма
- $< 30^{\circ}$ - антеинклинация НЧ
- $> 34^{\circ}$ - ретроинклинация



ЛЕЧЕНИЕ. МОЛОЧНЫЙ ПРИКУС

- Устранить все вредные привычки;
- Проводить вовремя санацию рта;
- Санация носоглотки для нормализации носового дыхания;
- Укреплять круговые мышцы рта с помощью миогимнастики;
- Вестибулярные пластинки с упором для языка;
- Активная жевательная нагрузка;
- Подбородочная праща





- Для устранения вредных привычек и нормализации миодинамического равновесия применяются вестибулярные пластинки Кербица, Крауса, Шонхера.

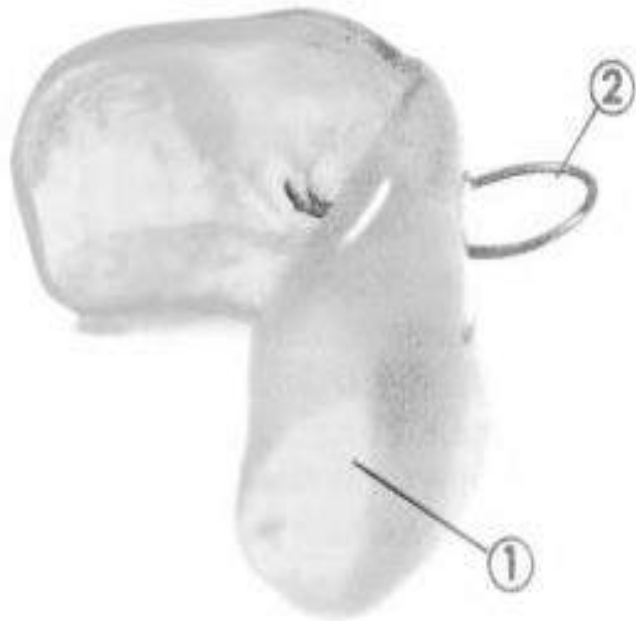


Рис. 61 Вестибулярный щит (пластинка Кербица):
1 – щит вестибулярный;
2 – кольцо проволочное ($d - 0,8-1,0$ мм)



Рис. 63 Вестибулооральный щит
(пластинка Крауса)



- Для угасания сосательного рефлекса и отвыкания от вредных привычек применяют стандартную вестибулярную пластинку STOPPI.
- Возраст – 2 года



- Стандартная вестибулярная пластинка MURRY с заслонкой для языка.
- Возраст – 2-5 лет.



- Трейнер T4Ki Infant – для устранения вредных привычек сосания предметов, межзубного прокладывания языка, ротового дыхания, стимуляция тонуса круговой мышцы рта.
- Возраст – 2-5 лет.



ЛЕЧЕНИЕ. СМЕННЫЙ ПРИКУС

- Съёмный пластиночный аппарат с вестибулярной дугой, ортодонтическим замком, пружинами и изоляцией для языка



- Пластинка на верхнюю челюсть с накусочной площадкой в области боковой группы зубов.

- Вертикальное внедрение боковых зубов, зубоальвеолярное удлинение в области фронтальных



ЛЕЧЕНИЕ. СМЕННЫЙ ПРИКУС

○ Регулятор функции Френкеля 4 типа

Он снимает влияние мягких тканей на правильное развитие челюсти и отличается от других типов следующим:

- Небную дугу готовят для ретрузии передних зубов, расположенных вверху.
- Губные пелоты располагают в нижней части.
- Вестибулярную дугу применяют для фронтальных верхних зубов.
- Боковые участки зубного ряда имеют металлические накладки.

Применяют аппарат Френкеля детям с молочным и ранним сменным прикусом.

Использовать этот аппарат можно До конца активного роста.



ЛЕЧЕНИЕ. СМЕННЫЙ ПРИКУС

- Аппарат Андресена-Гойпля



При нарушении носового дыхания аппарат противопоказан

при удлинении альвеолярного отростка в боковых отделах зубного ряда, направляющие плоскости убираются в области несмыкания зубов - переднем отделе. При этом в боковых их оставляют, что приводит к "вколачиванию" боковых зубных коронок и удлинению фронтального отдела зубного ряда.



- Активатор Кламмта.

Активатор можно использовать для лечения аномалий положения фронтальных зубов при нейтральном прикусе, дистальной окклюзии зубных рядов, вертикальной резцовой дизокклюзии и в тех случаях, когда причиной аномалий окклюзии являются нарушения функции языка и миодинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов.

- Для лечения ВРД вводится изоляция



- LM-активаторы.
- Возраст: ранний сменный, сменный, ранний постоянный прикус.
- Режим ношения: 2ч днем + на ночь
- Высокие модели более толстые в области 2х премоляров и моляров – для лечения открытого прикуса (оранжевый и зеленый контейнеры)



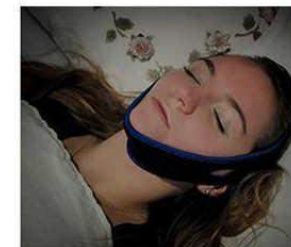
ЛЕЧЕНИЕ. СМЕННЫЙ ПРИКУС

- Подбородочная праща

Подбородочную пращу применяют для лечения открытой окклюзии детям с молочным и сменным прикусом. Она замедляет рост нижней челюсти и выравнивает ее. Носят приспособление 6-15 часов в сутки, преимущественно ночью.

Сила тяги на каждой стороне 250-700г.

DPSLEA



ЛЕЧЕНИЕ. ПОСТОЯННЫЙ ПРИКУС

**В любом возрасте в первую очередь устраняют
этиологический фактор данной патологии!**

Варианты исправления открытого прикуса варьируют от очень простых, например при носке передних эластиков, то более сложных, заканчивающихся хирургическими манипуляциями.



ЛЕЧЕНИЕ. ПОСТОЯННЫЙ ПРИКУС

Рациональное правило 3:1 гласит, что при увеличении или уменьшении высоты на 1 мм в боковом сегменте вызовет аналогичное изменение высоты в переднем сегменте, умноженное на 3. Для осуществления такого плана предлагалось применение накусочных пластинок в боковом сегменте или интрузионной силы, созданной подбородочно-головным упором.



При лечении на несъемной технике изоляции языка добиваются с помощью установления несъемного упора для языка Тугарина.

Так же можно установить композитные шипы для языка



ПОСТОЯННЫЙ ПРИКУС.

○ Позиционирование брекетов

- При зубоальвеолярном укорочении брекеты фиксируются на 0,5 мм гингивальнее.
- При зубоальвеолярном удлинении брекеты фиксируются на 0,5 мм

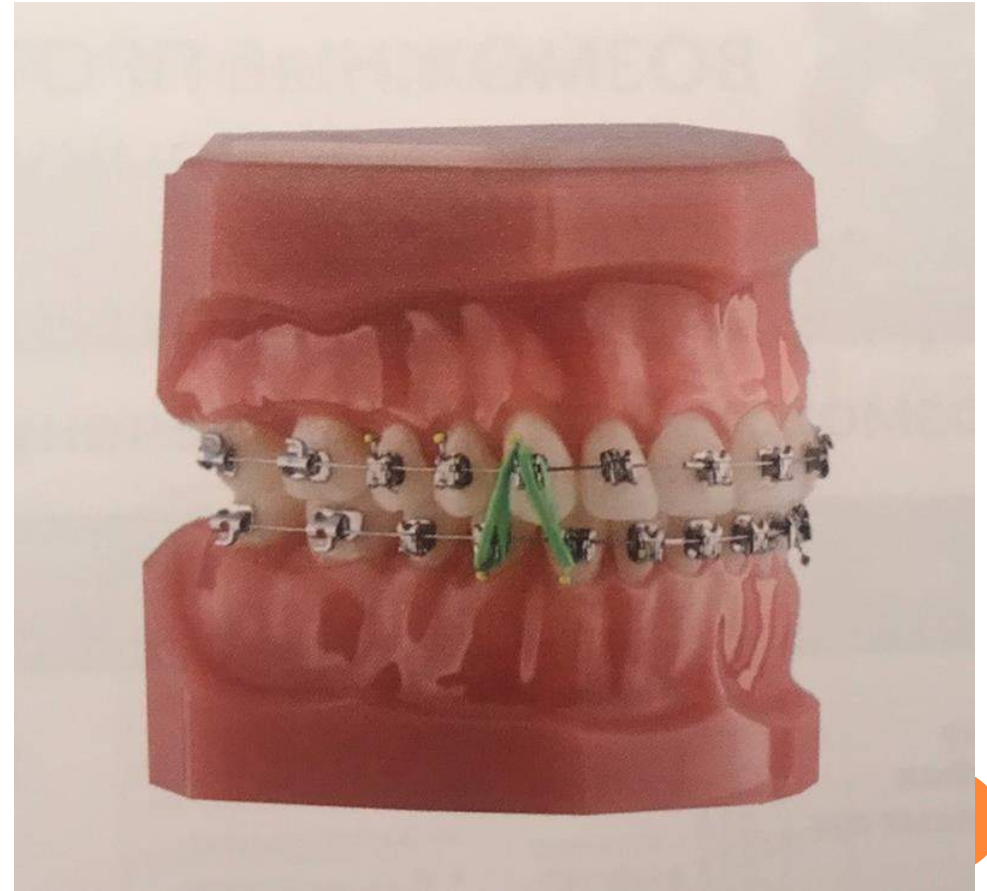


ЭЛАСТИКИ

- Anterior эластики (1-2oz)

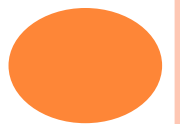
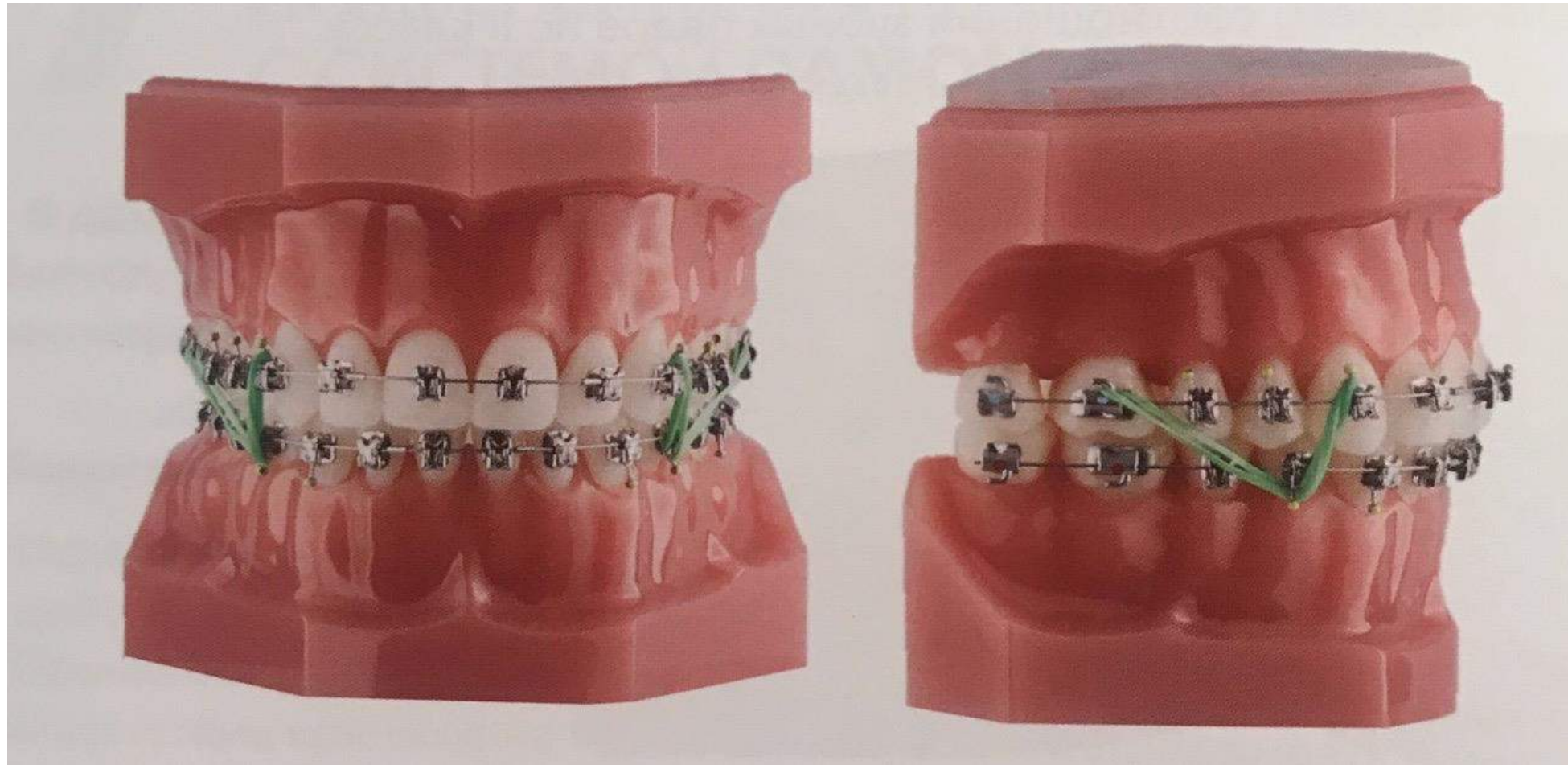


- Tent эластики (коррекция дизокклюзии)

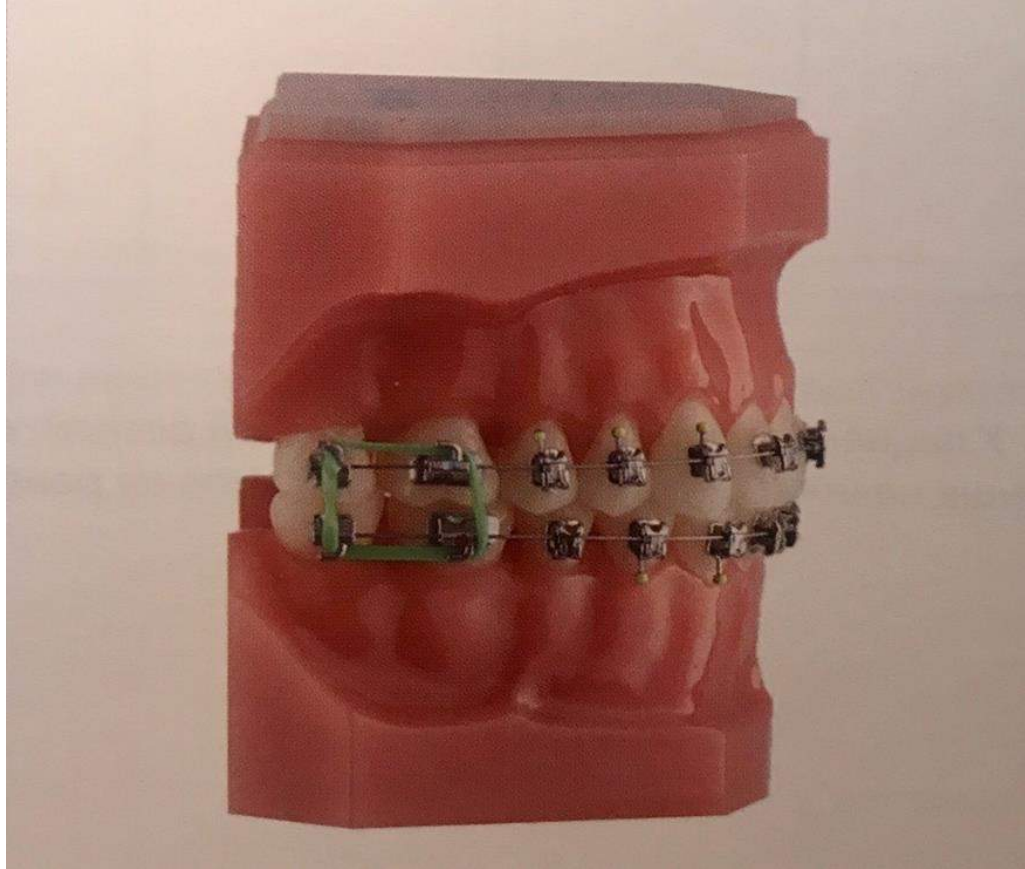


Задние V-эластики для коррекции в боковых отделах) отделах)

5/16 2 oz., 5/16 3 oz., 5/16 4,5 oz.



Вох элаستيки (КОРРЕКЦИЯ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ)



ЛЕЧЕНИЕ. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД

В случае следующих показаний применяется хирургическое вмешательство:

- Серьезные аномалии;
- Травмы челюстной области;
- Сильная асимметрия лица.

Как правило, устранение дефекта хирургическим путем требуется при истинном открытом прикусе и дизокклюзии, вызванной рахитом и другими тяжелыми патологиями. При травматическом дефекте зачастую достаточно аппаратных методик.

