

# ОРТОДОНТІЯ

## Клінічні форми глибокого прикусу та план лікування його

*Головко Н. В., Головко С. В., Грицай І. В.*

Полтава

Глибокий прикус відносять до деформацій у вертикальній площині. Ця деформація зустрічається як у період тимчасових зубів, так і в період зміни їх та в постійному прикусі. За даними різних авторів поширеність цієї деформації сягає 6,53%.

Для складання плану лікування практичні лікарі найчастіше обмежуються клінічним обстеженням пацієнта, і тільки в добре обладнаних ортодонтичних клініках застосовують біометрію моделей шелеп, рентгенологічні методи дослідження для визначення форми деформації. З метою більш диференційованого підходу до лікування глибокого прикусу пропонуємо робочу схему клінічних форм деформації:

1-ша форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці верхньої щелепи;  
2-га форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці нижньої щелепи;  
3-тя форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелепи;

4-та форма – зубоальвеолярне вкорочення у бокових ділянках;

5-та форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці верхньої щелепи, комбіноване із зубоальвеолярним укороченням у бокових ділянках;

6-та форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці нижньої щелепи, комбіноване із зубоальвеолярним укороченням у бокових ділянках;

7-ма форма – зубоальвеолярне подовження у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелеп, комбіноване із зубоальвеолярним укороченням у бокових ділянках.

Для складання плану лікування необхідно також ураховувати співвідношення у бокових ділянках (нейтральне, дистальне), а також розташування фронтальних зубів на верхній щелепі (нормальне, протрузія, ретрузія).

За нашими спостереженнями, найчастіше (68,57%) зустрічається глибокий прикус у поєднанні з дистальним співвідношенням у бокових ділянках. Нормальне співвідношення фронтальних зубів верхньої щелепи визначене у 17,62% випадків, у поєднанні з протрузією – у 50,10%, з ретрузією – у 32,28%.

План лікування глибокого прикусу складається із затримки вертикального росту у фронтальних ділянках шелеп (1, 2, 3, 5, 6-та та 7-ма форми), стимуляції вертикального росту у бокових ділянках (4, 5, 6-та та 7 форми), відповідної корекції нахилу фронтальних зубів (вестибулярне, оральне переміщення).

Найлегше піддається корекції 4-та форма глибокого прикусу, особливо якщо лікування співпадає з періодами фізіологічного підняття висоти прикусу. Найскладнішими для лікування є 3-тя та 7-ма форми.

Вертикальний ріст фронтальної ділянки верхньої щелепи затримують за допомогою перекидних дротяних або металевих листових петель, нижньої щелепи – накушувальних пло-

щадок (1-ша та 2-га форми глибокого прикусу). Для лікування 3-ї форми доцільніше застосувати моноблокові конструкції з перекидними петлями і накушувальними площадками. Для лікування 4-ї форми застосовують традиційні пластинчасті апарати з накушувальними або похило-накушувальними площадками. Лікування 5–7-ї форм проводиться, як перших чотирьох форм.

## Мезіонатор — ортодонтичний апарат для лікування прогнатії (II-I класу за Енглем)

*Даньков М. Д.*

Дніпропетровськ

На підставі особистих досліджень та інших авторів ми зробили висновок: апарати типу пластинки Катца з похилою площиною або ФР-1 через свої конструктивні особливості неспроможні реалізувати на практиці теоретичну концепцію ортодонтичного лікування прогнатії (II-1 класу за Енглем).

Таким чином, постає проблема пошуку апарата, за допомогою якого можна здійснити мезіальний зсув нижньої щелепи (НЩ) та надійну фіксацію її в цьому положенні протягом усього періоду лікування. Для вирішення поставленого завдання розроблено та апробовано спеціальний ортодонтичний апарат — мезіонатор (рац. пропозиція № 9 від 13.12.71 р., видана Омським медінститутом). Мезіонатор здійснює переміщення НЩ наперед у конструктивний прикус і забезпечує динамічну фіксацію її до установлення нормального контакту між зубами і повної морфологічної перебудови у скронево-нижньощелепних суглобах (СНЩС).

Мезіонатор розроблено і застосовується він у вигляді знімної та незнімної конструкції. У обох випадках головним конструктивним елементом є V-подібні дротяні петлі.

Мезіонатор знімної конструкції — це пластмасовий базис, в який вмонтовано шляхом зварювання V-подібні петлі, вестибулярну дугу, кламери і, якщо необхідно, розширювальний гвинт, активатори та ін.

Мезіонатор незнімної конструкції складається з металевих кілець, дротяного каркаса та невеликого пластмасового базису на передній частині піднебіння. У базис умонтовані шляхом зварювання V-подібні петлі і, якщо необхідно, розширювальний гвинт.

У мезіонаторі обох конструкцій V-подібні петлі грають формувальну та спрямовуючу роль у становленні нормального прикусу. Під час змикання щелеп вони розміщуються на язиковій поверхні альвеолярного відростка нижньої щелепи на рівні ікл. У разі намагання зсунути нижню щелепу назад відбувається контакт петель зі слизовою оболонкою. Тактильні рецептори слизової оболонки починають надсилати аферентні імпульси, внаслідок чого відбувається зниження сили скорочення м'язів-ретракторів і активація м'язів, які висовують нижню щелепу. Завдяки цьому нижня щелепа утримується у мезіально висуненому положенні без якихось механічних пристосувань, а тільки завдяки зворотному зв'язку ясенно-м'язового рефлексу.

Багаторічний досвід застосування мезіатора дозволяє відзначити низку позитивних якостей його: V-подібні петлі без язикової перемички виключають можливість нахилу передніх зубів нижньої щелепи, проводили розширення верхньої щелепи та ретракцію її передніх зубів, збільшення простору для язика позитивно впливає на дикцію. Мезіонатор зберігає основні рухи нижньої щелепи, а тому ним можна користуватися і вдень.