

ԳԼՈՒԽ 7 ԽՈՐ ՕՎԼՅՈՒՉԻՎ

Խոր օկյուզիան դասվում է ուղղահայաց հարթության մեջ օկյուզիայի անկանոնություններին և բնութագրվում է ֆրոնտալ հատվածում կտրիչային վերածածկի (overbite) խորության մեծացմամբ՝ կտրիչ-թմբիկային կոնտակտի կորստով (նկ.1):



Նկ.1. Խոր օկյուզիա:

Նորմա է ստորին կտրիչների պսակների բարձրության 1/3-ի չափով կտրիչային վերածածկը:

Խոր օկյուզիան բնութագրելու համար օգտագործվում են հետևյալ տերմինները՝ տրավմատիկ կծվածք, խոր կտրիչային վերածածկ:

«Տրավմատիկ կծվածք» տերմինը նշանակում է, որ որևէ ծնոտի ֆրոնտալ ատամները հպման ժամանակ հենվում են հակառակ ծնոտի ֆրոնտալ ատամների շրջանի լնդի կամ ալվեոլյար ելունի լորձաթաղանթին:

«Խոր կտրիչային վերածածկ» տերմինը նշանակում է կտրիչային վերածածկի խորության մեծացում, որի դեպքում կտրիչների միջև կոնտակտը պահպանված է:

Խոր կտրիչային վերածածկն ունի 3 աստիճան, որոնք որոշվում են կենտրոնական կտրիչների պսակների բարձրության փոխհարաբերությամբ՝

- I աստիճան՝ կենտրոնական կտրիչների բարձրության 1/3 – 2/3-ը,
- II աստիճան՝ կենտրոնական կտրիչների բարձրության 2/3 – 3/3-ը,
- III աստիճան՝ կենտրոնական կտրիչների բարձրության 3/3-ից ավելին:

Բացի այդ, գնահատում են նաև կտրիչային վերածածկի աստիճանը՝ միլիմետրերով՝

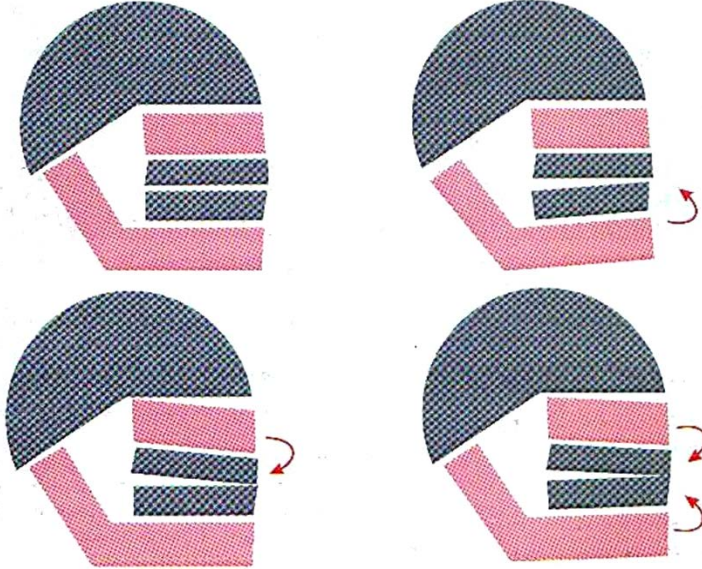
- I աստիճան՝ մինչև 5մմ,
- II աստիճան՝ 5մմ – 9մմ,
- III աստիճան՝ 9մմ-ից ավելի:

Խոր օկյուզիան ունի հետևյալ տեսակները՝

- կմախքային,
- ատամնաալվեոլյար:

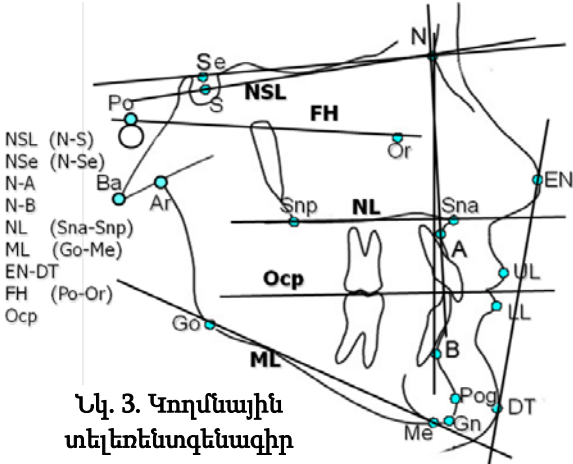
Կմախքային խոր օկյուզիայի առանձնահատկությունները

Սովորաբար կմախքային խոր օկյուզիան գենետիկորեն է պայմանավորված և բնութագրվում է ստորին ծնոտի վերև և առաջ ռոտացիայով: Հնարավոր է նաև վերին ծնոտի ներքև և առաջ ինկլինացիա (նկ. 2):



Նկ.2. Կմախքային խոր օկյուզիան բնութագրվում է ստորին ծնոտի վերև և առաջ ռոտացիայով, երբեմն վերին ծնոտի ներքև և առաջ ինկլինացիայով:

Կմախքային խոր օկյուզիան բնութագրվում է հետևյալ առանձնահատկություններով (նկ. 3)



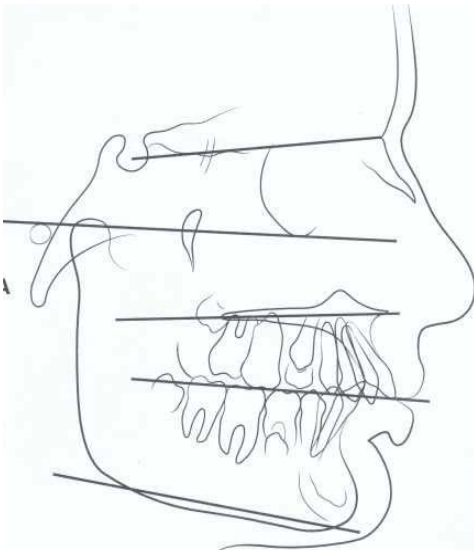
Նկ. 3. Կողմնային տեղեկենսագենագիր

- դիտվում է արտահայտված հորիզոնական աճ,
- դեմքի առաջային բարձրության (N-Me) փոքրացում,
- միջծնոտային անկյան (NL-ML) փոքրացում,
- ցեֆալոմետրիկ հորիզոնական հարթությունները՝ ստորին ծնոտի հիմքի հարթությունը, վերին ծնոտի հիմքի հար-

թությունը, ֆրանկֆուրտյան հորիզոնականը, գանգի առաջային հիմքի հարթությունը միմյանց զուգահեռ են (նկ. 4),

- միջօկյուզիոն տարածության փոքրացում (միջօկյուզիոն տարածություն կամ freeway space- ստորին ծնոտի սովորութային հանգստի դիրքում վերին և ստորին ատամների միջև տարածությունն է, նորմալում ժանիքների շրջանում այդ տարածությունը 3մմ է):

Ատամնաավելոյար խոր օկյուզիայի առանձնահատկությունները



Նկ.4. Կմախքային խոր օկյուզիայի դեպքում ցեֆալոմետրիկ հորիզոնական հարթությունները միմյանց զուգահեռ են:

Բնութագրվում է կմախքային խոր օկյուզիային բնորոշ նշանների բացակայությամբ: Սովորաբար ատամնաավելոյար խոր օկյուզիան զարգանում է ֆրոնտալ ատամների չափից շատ ծկթման կամ աղորիքների անբավարար ծկթման հետևանքով:

Էթիոլոգիան

Ժառանգական գործոն: Խոր օկյուզիայի որոշ տեսակներ կարող են պայմանավորված լինել ժառանգականությամբ:

2. Կողմնային ատամների կարծր հյուսվածքների կարիեսային և ոչ կարիեսային ախտահարումներ:

3. Ժամանակավոր աղորիքների, մշտական առաջին աղորիքների

կամ կողմնային այլ ատամների վաղաժամ կորուստ:

Մինչև 3 տարեկանը խոր կծվածքը ծամոդական համակարգի զարգացման նորմալ, անցումային, կոնստիտուցիոնալ տեսակ է: 2,5-3 տարեկանում արդեն ավարտվում է կաթնատամների ծկթումը և կատարվում է կծվածքի առաջին ֆիզիոլոգիական բարձրացում, որը սկսվում է **առաջին կաթնատամ աղորիքների** ծկթմամբ:

Կատարվում է ստորին ծնոտի մեզիալ տեղաշարժ, և փոքրանում է կտրիչային վերածածկի խորությունը: Արդեն 4,5 տարեկանում՝ ինտակտ կողմնային ատամների դեպքում խոր վերածածքի փոխարեն ձևավորվում է նորմալ կտրիչային վերածածկ: 5-6 տարեկանում, հատկապես մասետերիալ ծամոդական տեսակի դեպքում ծնոտների այդ փոխհարաբերությունը շարունակվում է փոփոխվել. ստորին ծնոտը շարունակում է առաջ տեղաշարժվել, և ձևավորվում է ուղիղ օկյուզիա:

Սակայն պայմանավորված ժամանակավոր աղորիքների կարիեսի նկատմամբ ցածր ռեզիստենտականությամբ՝ հաճախ դրանք քայքայվում են և վաղաժամ հեռացվում, որն էլ հանգեցնում է կծվածքի ֆիզիոլոգիական բարձրացման գործընթացի խանգարման:

Կծվածքի փուլային բարձրացման, ստորին ծնոտը առաջ տեղաշարժվելու և վերին կտրիչներով ստորինների վերածածկի աստիճանը փոքրանալու փոխարեն կատարվում է արդեն իսկ առկա կծվածքի բարձրության նվազում: Տվյալ դեպքում ստորին ծնոտը ոչ միայն առաջ չի տեղաշարժվում, այլև, հակառակը, վերադառնում է իր նախնական դիստալ դիրքին: Մրա հիման վրա առանձնացվեց ախտաբանական կծվածքի նոզոլոգիական միավորը՝ **իջնող կծվածքը**: Այն կարող է բնութագրվել որպես կծվածք, որի դեպքում ատամների կարիեսով ախտահարվելու և քայքայվելու պատճառով խանգարվում է կծվածքի բարձրացման գործընթացը, և սկսվում է արդեն իսկ առկա կծվածքի բարձրության իջեցում:

4. Վերին ատամնաշարի մեծացում՝ գերկոմպլեկտ ատամների առկայության, ժամանակավոր աղորիքների ծկթման ուշացման և վերին ատամների մակրոդենտիայի հետևանքով:

5. Ստորին ատամնաշարի փոքրացում՝ առանձին ատամների ռետենցիայի կամ ադենտիայի և ստորին ատամների միկրոդենտիայի հետևանքով:

6. II դասի օկլյուզիայի անկանոնությունների դեպքում ստորին կտրիչների չափից ավել ծկթում: Մեծացած overjet-ի դեպքում ստորին կտրիչները կորցնում են վերին կտրիչների քմային մակերեսի հետ կոնտակտը, որը հանգեցնում է դրանց չափից ավել ծկթմանը, իսկ որոշ դեպքերում ընդհուպ կարծր քիմքի լորձաթաղանթի հետ կոնտակտի: Նման հիվանդների դեպքում դիտվում է Շպեի խոր կոր: Միջօկլյուզիոն տարածությունը փոփոխված չէ, քանի որ աղորիքների ծկթումը նորմալ է եղել:

7. Վնասակար սովորությունները՝ այտերի կծումը, լեզվի տեղադրումը կողմնային ատամների միջև կամ կողմնային հրումը (lateral tongue thrust) կարող են հանգեցնել աղորիքների ոչ լիարժեք ծկթման: Խոր կծվածքը, որը պայմանավորված է աղորիքների թերի ծկթմամբ, բնորոշվում է աղորիքների պսակների բարձրության փոքրացմամբ և միջօկլյուզիոն տարածության մեծացմամբ:

8. Ֆունկցիոնալ շնչառության, կլման խանգարումներ:

Կլինիկական դրսևորումը

Խոր օկլյուզիայի կլինիկական դրսևորումը պայմանավորված է նեյտրալ, դիստալ կամ մեզիալ կծվածքների հետ նրա համակցումով: Դիմային

նշաններն են ստորին երրորդականի փոքրացումը, սուպրամենտալ ակոսի խորացումը, ստորին շրթունքի հաստացումը և ուղեկցող խանգարումները, որոնք բնորոշ են դիստալ կամ մեզիալ կծվածքներին: Դիտվում են ծամոդական արդյունավետության նվազում և կտրիչների կտրող եզրերի մաշվածություն: Ֆրոնտալ ատամների պարօդոնտը գերծանրաբեռնվում է, առաջանում են պարօդոնտի հիվանդություններ:

3-րդ աստիճանի խոր օկյուզիայի դեպքում ստորին ֆրոնտալ ատամները հենվում են կարծր քիմքի լորձաթաղանթին, վերին ֆրոնտալ ատամները վեստիբուլյար կողմից տրավմայի են ենթարկում ստորին կտրիչների միջատամնային պտկիկները և հանգեցնում դրանց շերտազատմանը:

Ախտորոշումը

Իրականացվում է՝ հիմնվելով կլինիկական, բիոմետրիկ, ֆոտոմետրիկ և ռենտգենաբանական հետազոտությունների վրա: Խոր օկյուզիայի կմախքային տեսակի տարբերակիչ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել ցեֆալոմետրիկ վերլուծություն:

Բուժումը

Խոր օկյուզիայի բուժումը առավել արդյունավետ է իրականացնել կծվածքի ֆիզիոլոգիական բարձրացումների ժամանակահատվածում:

Բուժման հիմնական խնդիրներն են՝

1. կողմնային ատամների շրջանում ատամնաավելոյար երկարացմանը խոչընդոտող գործոնների վերացումը,
2. ֆրոնտալ ատամների ատամնաավելոյար կարճացումը,
3. ատամնաշարերի ձևի շտկումը,
4. ծնոտների դիրքի և աճի նորմալացումը:

Կաթնատամնային կծվածքի շրջանում իրականացվում են հետևյալ միջամտությունները.

1. Քայքայված կաթնատամ աղորիքների պսակների վերականգնում պլոմբանյութով, ներդիրներով, վերականգնիչ պսակներով:
2. Վաղաժամ հեռացված կաթնատամ աղորիքների փոխարինում շարժական պրոթեզներով:
3. Վնասակար սովորությունների վերացում վեստիբուլյար կամ վեստիբուլոսալ թիթեղի միջոցով:
4. Լեզվի սխալ կպած կամ կարճացած սանձիկի պլաստիկա (լեզվի ճիշտ ֆունկցիան նպաստում է ատամնաձնոտային համակարգի նորմալ զարգացմանը):
5. Երեխաներին պետք է ընտելացնել կոշտ սննդի օգտագործմանը (բանջարեղեններ, մրգեր, ընկույզ), որը նպաստում է ծնոտների,

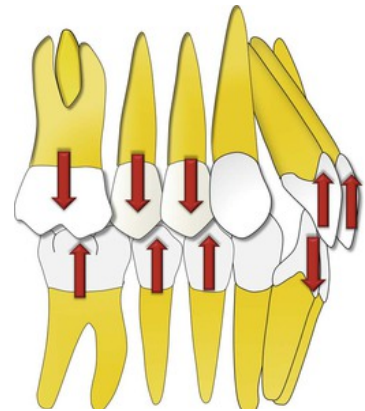
ավվեոյար ելունների և ատամնաշարերի նորմալ զարգացմանը:

6. Սագիտալ անկանոնությունների հետ զուգորդվելու դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել վեստիբուլյար թիթեղ՝ կտրիչների համար կծողական հարթակով, որն օգտագործվում է քնի ընթացքում, ինչպես նաև բուժական մարզանք՝ ատամնաշարերը շրջապատող մկանների ֆունկցիան նորմալացնելու համար:

Խառը կծվածքի դեպքում անհրաժեշտ է սկսել ակտիվ օրթոդոնտիկ բուժում:

Խոր կտրիչային վերածածկի շտկումը կատարվում է 3 հիմնական ուղղություններով (նկ. 5) (չհաշված վիրաբուժական միջամտությունը)՝

- ա. կողմնային ատամների էքստրուզիա,
- բ. ֆրոնտալ ատամների վեստիբուլյար թեքում,
- գ. վերին կամ ստորին կտրիչների ինտրուզիա:



Նկ. 5. Խոր օկյուզիայի շտկման հիմնական ուղղությունները:

Գործոններ, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել խոր օկյուզիայի բուժման ժամանակ

1.Շրթունքների փոխհարաբերությունը

Վերին կարճ շրթունքով կամ լնդային ժպիտ ունեցող հիվանդներին ցուցված է վերին ֆրոնտալ ատամների ինտրուզիա: Վերին շրթունքի նորմալ երկարություն և էսթետիկ ժպիտ ունեցող հիվանդներին ցուցված է իրականացնել աղորիքների էքստրուզիա:

2.Ուղղահայաց դիմային փոխհարաբերությունը

Կողմնային ատամների էքստրուզիան հաճախ հանգեցնում է ստորին ծնոտի ներքև և հետ ռոտացիայի և դեմքի առաջային բարձրության մեծացմանը: Սա ցուցված է կմախքային խոր կծվածք, արտահայտված հորիզոնական աճ, ստորին ծնոտի առաջ և վեր ռոտացիա ունեցող հիվանդներին:

3.Միջօկյուզիոն տարածություն

Միջինը միջօկյուզիոն տարածությունը նախաաղորիքների շրջանում 2-4մմ է: Այս տարածության մեծացումը վկայում է աղորիքների թերի ձկլման մասին: Նման հիվանդների բուժման մեջ ներգրավվում է կողմնային ատամների էքստրուզիան: Նորմալ միջօկյուզիոն տարածության

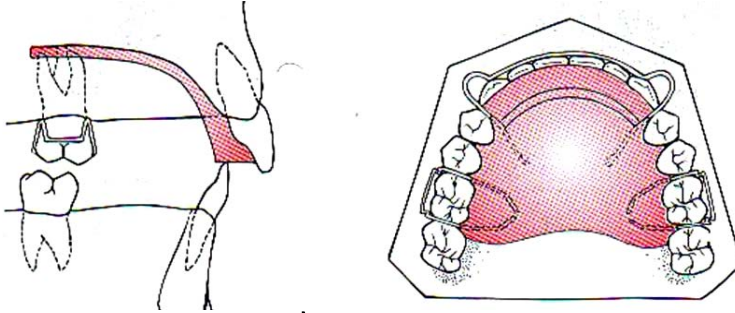
դեպքում խոր օկյուզիայի բուժումն իրականացվում է առավելապես ֆրոնտալ ատամների ինտրուզիայի ճանապարհով:

4. Հիվանդի տարիքը

Սովորաբար կողմնային ատամների էքստրուզիան իրականացվում է աճող հիվանդների շրջանում:

Շարժական սարքեր

Խոր օկյուզիան բուժելու համար հաճախ օգտագործվում են թիթեղային սարքեր՝ առաջային կծողական հարթակով (նկ. 6):



Նկ.6. Թիթեղային սարք՝ առաջային կծողական հարթակով:

Այս սարքը Hawley սարքի մոդիֆիկացիան է՝ Ադամսի կլամերներով, վեատիբուլյար աղեղով և ֆրոնտալ ատամների քմային մակերեսում ակրիլային կծողական հարթակով: Բերանը փակելիս ստորին կտրիչները կոնտակտի մեջ են կծողական հարթակի հետ, իսկ կողմնային ատամների շրջանում հպումը բացակայում է (դիզօկյուզիա): Կողմնային ատամների դիզօկյուզիան հանգեցնում է նրանց էքստրուզիայի: Կծողական հարթակի բարձրությունը պետք է այնպիսին լինի, որ ապահովի կողմնային ատամների տարանջատումը՝ 1,5-2մմ: Կողմնային ատամների ծկթմանը զուգընթաց կծողական հարթակի բարձրությունը կարելի է ավելացնել:

Միոֆունկցիոնալ սարքեր

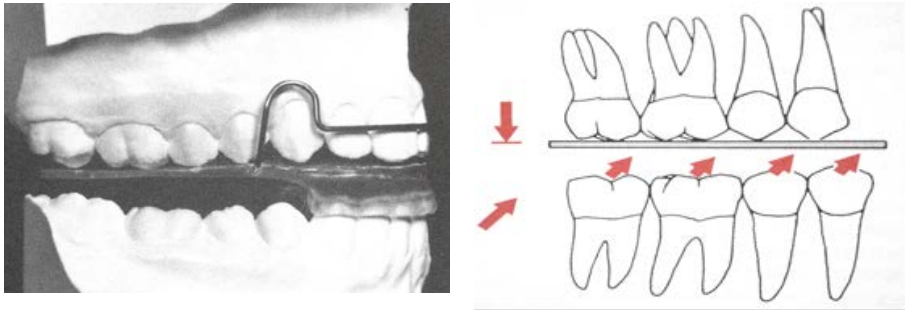
Աղորիքների թերի ծկթմամբ պայմանավորված խոր օկյուզիան բուժելու համար կարելի է օգտագործել ակտիվատոր, որն այնպես է պատրաստվում, որ հնարավոր լինի իրականացնել աղորիքների էքստրուզիա (նկ. 7): Այս նպատակով կարելի է օգտագործել նաև բիոնատոր:

Անշարժ տեխնիկա

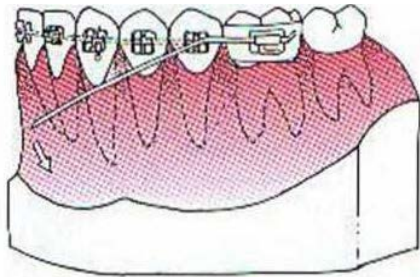
Լայնորեն կիրառվում է խոր կծվածքի բուժման դեպքում:

Անկորաժային ծովածքներ

Աղորիքների խողովակներից մեզիալ՝ աղեղի վրա, կատարվում են ծովածքներ այնպես, որ աղեղի ֆրոնտալ հատվածը բրեկետների պազի նկատմամբ տեղակայվի լնդային (նկ. 8):

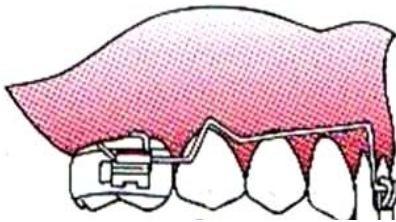
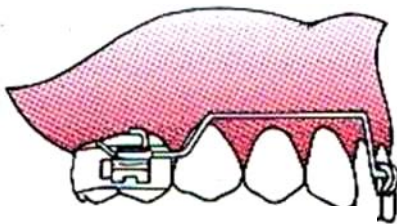


Նկ. 7. Մողիֆիկացված ակտիվատոր:



Նկ. 8. Անկորաժային ծովածքներ:

աղեղը ներդրվում է աղորիքների



Նկ. 9. Յուտիլիտի աղեղ:

ինտրուզիոն ուժ, որն ազդում է կտրիչների վրա:

Երբ աղեղը ներդրվում է բրեկետների պագի մեջ, կտրիչների վրա ազդում են ինտրուզիոն ուժեր:

Շպեի հակառակ կորով աղեղներ

Ֆրոնտալ ատամների ինտրուզիայի համար կարող են օգտագործվել ուներս աղեղներ՝ ճկուն աղեղներ, որոնք ունեն Շպեի կորին հակառակ կորություն: Երբ ուներս աղեղը ներդրվում է աղորիքների խողովակի մեջ, ապա աղեղի ֆրոնտալ սեգմենտը լնդային ուղղությամբ կորություն ունի: Բրեկետների պագում աղեղի ֆրոնտալ հատվածի ներդրման դեպքում կտրիչների վրա ազդում են ինտրուզիոն ուժեր:

Յուտիլիտի աղեղ

Ծոված է այնպես, որ շրջանցում է թշային (կողմնային) սեգմենտները, և ներդրվում է կտրիչների բրեկետների պագերի մեջ (նկ. 9): Աղեղը հնարավորություն է տալիս իրականացնելու կտրիչների ինտրուզիա, պրոտրակցիա կամ ռետրակցիա: Աղեղի ակտիվացումն իրականացվում է թշային սեգմենտի շրջանում V-աձև ծովածքի միջոցով: Տվյալ դեպքում զարգանում է