

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

В.М. ВОДОЛАЦКИЙ, М.П. ВОДОЛАЦКИЙ, С.М.ТУМАНЯН

ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», e-mail: armania.84@mail.ru

**Аннотация:** мезиальная окклюзия зубных рядов с возрастом пациента сопровождается функциональными и косметическими нарушениями. Результаты работы основаны на показателях клинического, антропометрического, морфометрического и рентгенологического обследования 88 больных 14-19 летнего возраста, у которых определялись пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов.

Зубочелюстная деформация у 42 больных (47,73±5,32%) формировалась в двух плоскостях – сагиттальной и орбитальной. Нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях обуславливало формирование мезиальной окклюзии в сочетании с вертикальной дизокклюзией у 27 (30,68±4,92%) пациентов и у 15 больных (17,05±4,01%) мезиальной и глубокой резцовой окклюзии.

Другим вариантом аномалии окклюзии зубных рядов в двух плоскостях являлось нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и горизонтальной плоскостях с формированием у 7 больных (7,95±2,88%) мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов.

Аномалия окклюзии в трех плоскостях (сагиттальной, орбитальной и горизонтальной) формировалась у 39 (44,32±5,30%) пациентов. Деформация в сагиттальной, орбитальной и горизонтальной плоскостях была представлена у 20 больных (22,73±4,47%) мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов в сочетании с вертикальной дизокклюзией.

Сочетанная форма аномалии окклюзии в трех плоскостях с формированием у мезиальной, перекрестной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов отмечалась у 19 пациентов (21,59±4,39%).

Авторами сделаны выводы, что проведенное обследование установили пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов, которая формировалась в двух и трех плоскостях. Наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса мезиальная окклюзия зубных рядов всегда сопровождалась с увеличением размеров нижнечелюстной дуги (нижней макрогнатией).

**Ключевые слова:** мезиальная окклюзия, дизокклюзия, зубоальвеолярный комплекс, аномалия зубов, резцовая окклюзия.

CLINICAL VARIANTS MESIONAL OCCLUSION TOOTH ALIGNMENTS

M.P.VODOLATSKY, V.M.VODOLATSKY, S.M.TUMANJAN

Stavropol State Medical Academy, e-mail: armania.84@mail.ru

**Abstract:** mesional occlusion tooth alignments with the years the patient is accompanied by functional and cosmetic infringements. Results of work are based on indicators clinical, anthropometrical, mortphometrical and radiological inspection in 88 patients of 14-19 age at the five variants mesional occlusion tooth alignments were defined.

The maxillo dental deformation in 42 patients (47,73±5,32%) was formed in two planes – sagittal and orbital. Infringement of a parity of tooth alignments in sagittal and orbital planes caused formation mesional occlusion in a combination with vertical deocclusion in 27 (30,68±4,92%) patients and in 15 patients (17,05±4,01%) mesional and deep intermaxillary occlusion.

Other variant of anomaly occlusion tooth alignments in two planes was infringement of a parity of tooth alignments in sagittal and horizontal planes with formation in 7 patients (7,95±2,88%) mesional and cross occlusion tooth alignments.

Anomaly occlusion in three planes (sagittal, orbital and horizontal) was formed in 39 (44,32±5,30%) patients. Deformation in sagittal, orbital and horizontal planes has been presented in 20 patients (22,73±4,47%) mesional and cross occlusion tooth alignments in a combination with vertical deocclusion.

The combined form of anomaly occlusion in three planes with formation at mesional, cross and deep intermaxillary occlusion tooth alignments was marked in 19 patients (21,59±4,39%).

The authors draw conclusions that the carried investigation was established by five variants mesional occlusion tooth alignments which was formed in two and three planes. Along with deformation tooth alveolar connection a complex mesional occlusion tooth alignments it was always accompanied with increase in the sizes of a mandibular arch (bottom macrognathia).

**Key words:** mesional occlusion, deocclusion, tooth alveolar connection, tooth anomaly, intermaxillary occlusion.

Мезиальная окклюзия зубных рядов сопровождается прогрессирующими с возрастом пациента функциональными и косметическими нарушениями. Вторичные невротические и интеллектуальные расстройства у больных с подобной патологией формируют замкнутый и малообщительный характер, препятствуют гармоничному социальному существованию, создают определенные проблемы с приобретением некоторых специальностей и последующим трудоустройством. Мезиальная окклюзия зубных рядов затрудняет у боль-

ного откусывание и пережевывание пищи, формирует патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе, дефекты речи, глотательные и дыхательные дисфункции, способствует изменениям в ЛОР-органах, дыхательных путях и пищеварительном тракте [1-7].

Недостаток врачебного внимания к изучению проблем, обусловленных наиболее сложным вариантом деформации зубочелюстной системы, ограничивает возможность полноценной реабилитации больных с мезиальной окклюзией зубных рядов.

**Цель работы** – уточнение клинических вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов, обеспечивающее индивидуальный подход к лечению больных с подобной деформацией.

**Материалы и методы исследования.** Результаты работы основаны на показателях обследования и лечения 88 больных 14-19 летнего возраста.

**Результаты и их обсуждение.** В процессе клинического, антропометрического, морфометрического и рентгенологического обследования определялись пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов. Зубочелюстная деформация у 42 больных (47,73±5,32%) формировалась в двух плоскостях – сагиттальной и орбитальной (рис. 1).

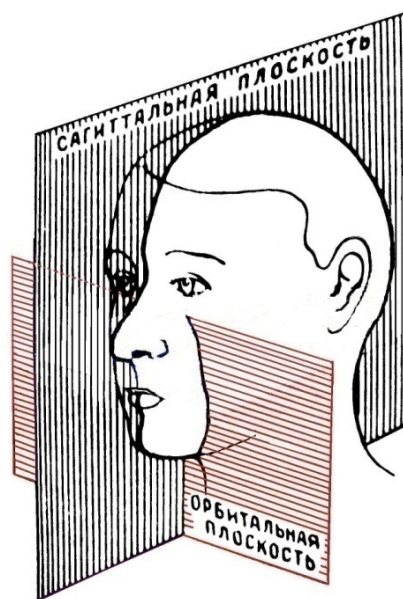


Рис. 1. Нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях.

Нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях обуславливало формирование мезиальной окклюзии в сочетании с вертикальной дизокклюзией у 27 (30,68±4,92%) пациентов. Типичным клиническим признаком данной патологии являлось значительное увеличение нижней трети лица. Вместе с массивной нижней челюстью смещалась вперед и вниз нижняя губа. Носогубные и губо-подбородочная складки сглаживались. В состоянии физиологического покоя ротовая щель зияла. Угол нижней челюсти увеличивался до 140-150°. Нижние фронтальные зубы выдвигались вперед и вниз, в результате чего соотношение зубных рядов нарушалось в области не только резцов, но клыков, а иногда и премоляров. Положение первых моляров соответствовало III классу соотношения зубов по классификации Энгля. Сагиттальная щель между режущими поверхностями верхних и нижних резцов составляла от 3 до 15 миллиметров. На ее протяженность оказывала влияние степень ретрузии нижних фронтальных зубов, испытывающих постоянное давление со стороны натянутой и выдвинутой вперед нижней губы. Отмечалось зубоальвеолярное укорочение во фронтальном участке и зубоальвеолярным удлинением в боковых отделах зубного ряда, вследствие чего разобщение между режущими поверхностями верхних и нижних резцов достигало 2-5 мм (рис. 2).

Другим вариантом нарушения соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях являлось формирование у 15 больных (17,05±4,01%) мезиальной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов. Подобный вариант сочетанной деформации сопровождался уменьшением высоты нижней трети лица, выраженностью носогубных складок, выстоянием нижней губы вперед и вверх, вследствие чего она приближалась к носу (рис. 3).

Особенность формирования мезиальной окклюзии в сочетании с глубокой резцовой окклюзией зубных рядов заключалась в выдвигании вперед нижних фронтальных зубов и перекрытием верхними резцами более чем на 2/3 высоты коронок нижних зубов. Окклюзионная поверхность нижнего зубного ряда сопровождалась зубоальвеолярным удлинением во фронтальном участке и зубоальвеолярным укорочением в боковых отделах нижнего зубного ряда (рис. 4).



*Рис. 2.* Больная с мезиальной окклюзией и вертикальной дизокклюзией зубных рядов.



*Рис. 3.* Больной П. 12 лет с мезиальной и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов.

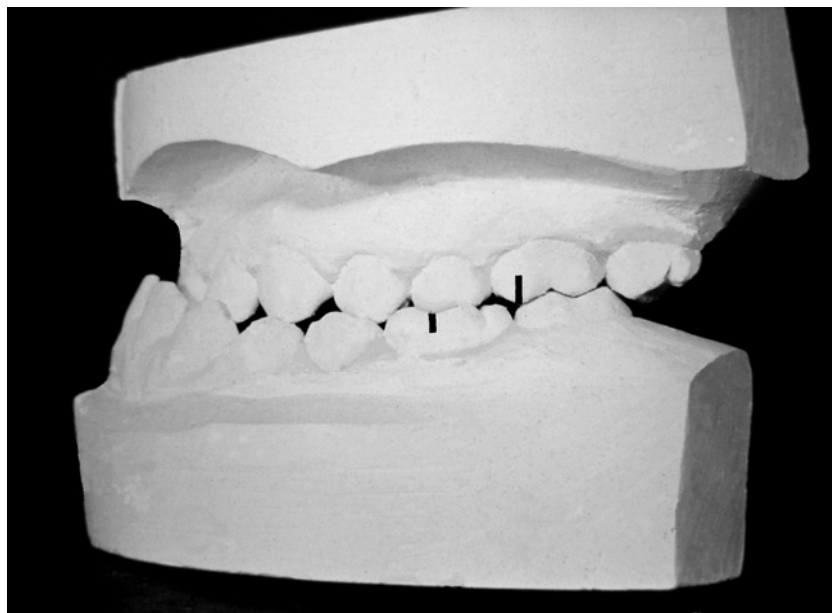


Рис. 4. Гипсовые модели зубных рядов больного с сочетанной формой мезиальной и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов.

Другим вариантом аномалии окклюзии зубных рядов в двух плоскостях являлось нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и горизонтальной плоскостях с формированием у 7 больных ( $7,95 \pm 2,88\%$ ) мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов (рис. 5).

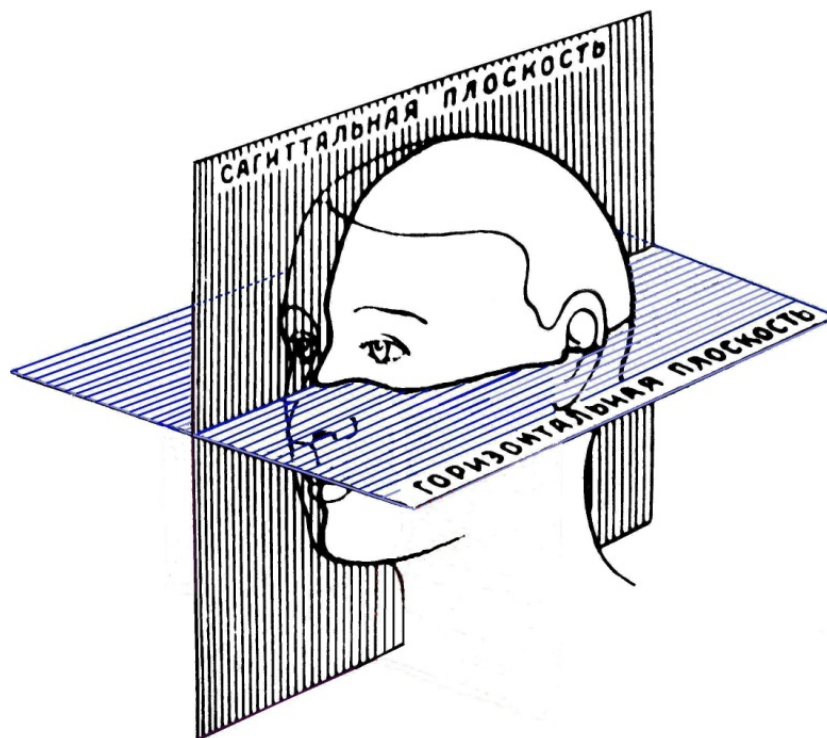


Рис. 5. Нарушение соотношения зубных рядов зубных рядов в сагиттальной и горизонтальной плоскостях.

У пациентов с подобной вариантной формой нарушения соотношения зубных рядов наряду с клиническими признаками мезиальной окклюзии, определялась асимметрия лица с заметным смещением подбородка в сторону. Смещение в сторону нижнего зубного ряда в результате перекрестной окклюзии вызывало несовпадение средней линии между центральными резцами на верхней и нижней челюсти (рис. 6).

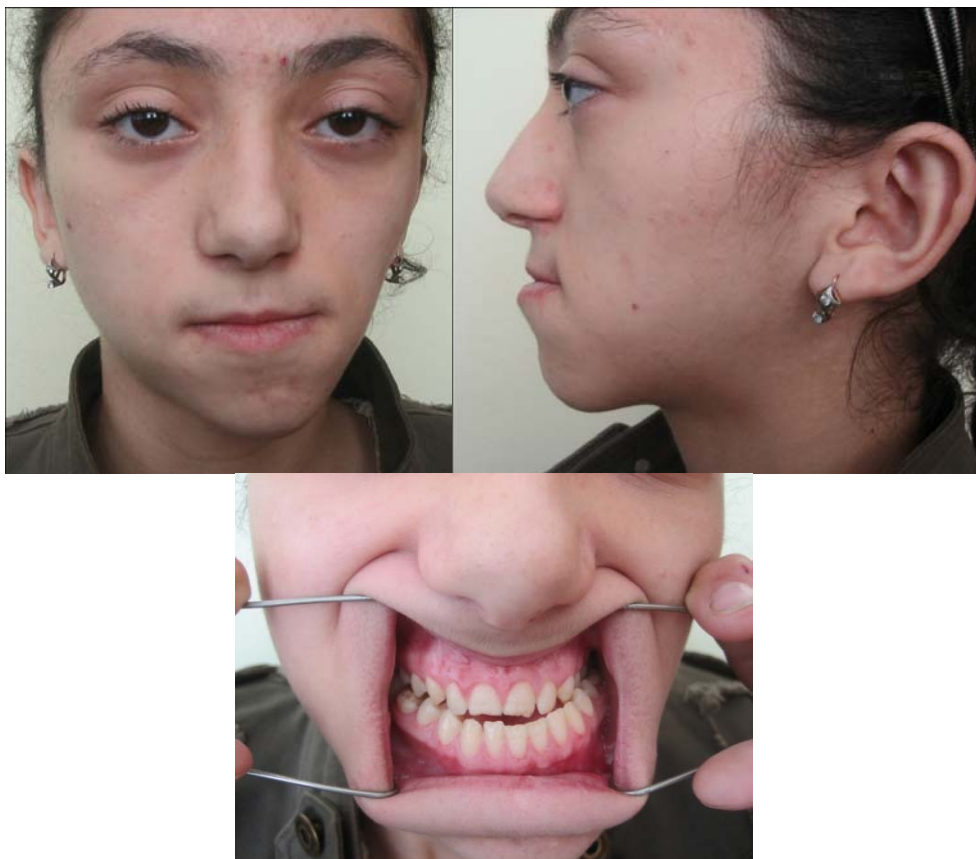


Рис. 6. Больная с мезиальной и перекрестной окклюзией зубных рядов.

Аномалия окклюзии в трех плоскостях (сагиттальной, орбитальной и горизонтальной) формировалась у 39 ( $44,32 \pm 5,30\%$ ) пациентов (рис. 7).

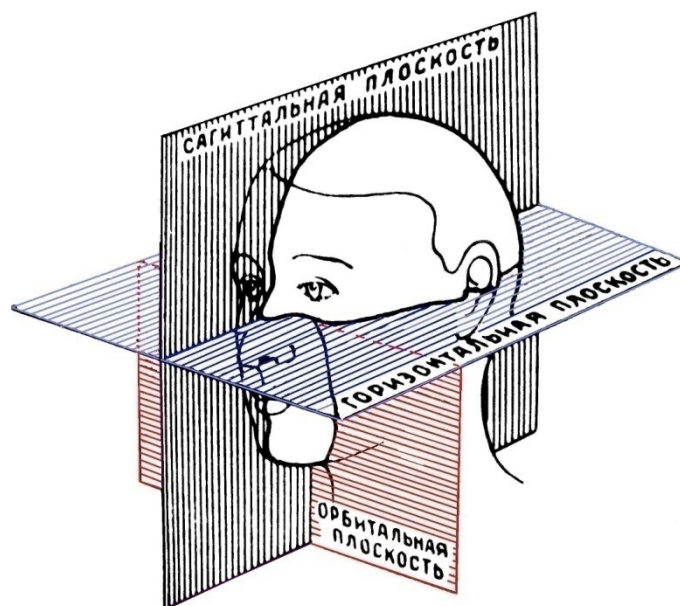


Рис. 7. Нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной, орбитальной и горизонтальной плоскостях.

Деформация в сагиттальной, орбитальной и горизонтальной плоскостях была представлена у 20 больных ( $22,73 \pm 4,47\%$ ) мезиальной и перекрестной окклюзией зубных рядов в сочетании с вертикальной дизокклюзией. Ее развитие являлась следствием несимметричного увеличения нижней челюсти (несимметричной нижней макрогнатии). Лицевые признаки при данной аномалии окклюзии представляли совокупность изменений, характерных для каждой аномалии окклюзии, входящей в этот вариант сочетанной деформации. Ме-

зиальная окклюзия и вертикальная дизокклюзия способствовали выраженному увеличению объема и высоты нижней трети лица. Вместе с увеличенной нижней челюстью выдвигалась вперед и вниз нижняя губа. Носогубные и губоподбородочная складки сглаживались. В состоянии физиологического покоя ротовая щель у больного зияла. Перекрестная окклюзия добавляла к указанным нарушениям асимметрию лица с заметным смещением подбородка в сторону менее выраженного увеличения нижней челюсти. Нижние фронтальные зубы при данной форме сочетанной аномалии окклюзии выдвигались вперед, вниз и в сторону, что приводило к разобщению с антагонистами в области резцов, клыков и премоляров. Между режущими поверхностями верхних и нижних резцов определялась сагиттальная щель от 3 до 15 миллиметров. Отмечалась ретрусия нижних фронтальных зубов (рис. 8).



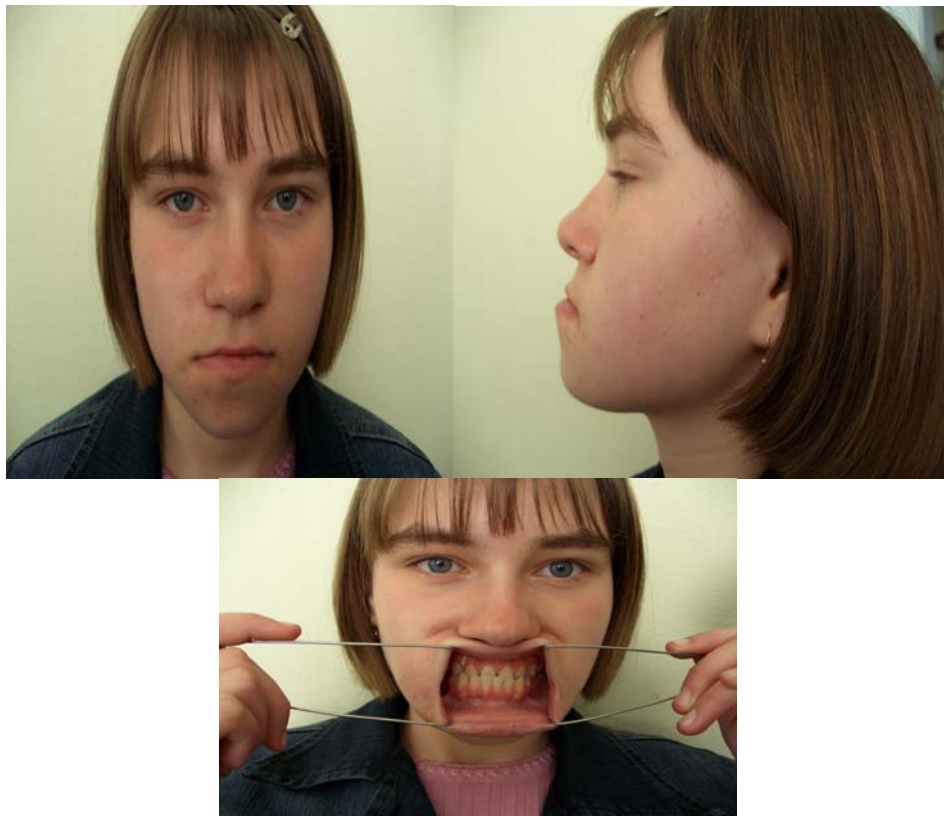
Рис. 8. Больной с мезиальной, перекрестной окклюзией и вертикальной дизокклюзией зубных рядов.

Характерное для данного варианта сочетанной формы мезиальной окклюзии более смещение в сторону нижнего зубного ряда и несовпадение средней линии между центральными резцами на верхней и нижней челюсти (рис. 9).



Рис. 9. Ортопантограмма больного 16 лет с мезиальной, перекрестной и вертикальной дизокклюзией зубных рядов.

Сочетанная форма аномалии окклюзии в трех плоскостях с формированием у мезиальной, перекрестной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов отмечалась у 19 пациентов ( $21,59 \pm 4,39\%$ ). Лицевые признаки при данном варианте зубочелюстной деформации у больного определяла мезиальная окклюзия зубных рядов. Наличие глубокой резцовой окклюзии способствовало менее выраженному увеличению высоты нижней трети лица. У пациента более четко определялись носогубные складки. Выдвинутая вперед нижняя губа смещалась вверх. Перекрестная окклюзия вызывала асимметрию лица и сдвиг подбородка в сторону (рис. 10).



*Рис. 10.* Больная с мезиальной, перекрестной и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов.



*Рис. 11.* Увеличение продольного размера и угла нижней челюсти на телерентгенограмме черепа больного с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Смещение в сторону нижнего зубного ряда в результате перекрестной окклюзии нарушало совпадение средней линии между центральными резцами на верхней и нижней челюстях. Выдвинутые вперед и в сторону нижние фронтальные зубы при данной форме сочетанной аномалии окклюзии смещались орально и перекрывали верхние резцы более чем на 2/3 высоты коронки. Окклюзионная поверхность нижнего зубного ряда имела выраженный изгиб, обусловленный зубоальвеолярным удлинением во фронтальном участке и зубоальвеолярным укорочением в боковых отделах.

Результаты клинико-рентгенологического исследования свидетельствовали о зависимости развития сочетанной аномалии окклюзии зубных рядов от размера и формы челюстных костей. В основе формирующейся деформации чаще всего определялось симметричное или несимметричное увеличение размера нижнечелюстной дуги (рис. 11).

**Выводы.** Результаты проведенного обследования установили пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов, которая формировалась в двух и трех плоскостях. Наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса мезиальная окклюзия зубных рядов сопровождалась увеличением размеров нижнечелюстной дуги (нижней макрогнатией).

#### Литература

1. *Безруков, В.М.* Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, В.И. Гунько.– М., 2000.– Т. 2.– С. 246–276.
2. *Герда, В.В.* Осложнения при лечении мезиальной окклюзии внутриротовыми ортодонтическими аппаратами / В.В. Герда // III общероссийская науч.-практ. конф. детских стоматологов: тез. докл.– М., 2000.– С. 127–127.
3. *Чепик, Е.А.* Диагностический этап комплексной реабилитации пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии с учетом морфометрических и функциональных особенностей данной патологии / Е.А. Чепик, О.З. Топольницкий, Л.С. Персин // Ортодонтия.– 2007.– № 3– С. 10–15.
4. *Диав, М.* Ортодонтические мероприятия при проведении костно-реконструктивных операций у пациентов с деформациями челюстей: дис. ... кан. мед. наук. / М. Диав.– М., 2000.– 189 с.
5. *Федотов, С.Н.* Хирургическое лечение нижней макрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов.– Архангельск, 2006.– 262 с.
6. *Bailey, L.J.* Surgical Class III treatment long– term stability and patient perceptions of treatment outcome / L.J. Bailey, H.L. Duong, W.R. Proffit // Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg.– 1998.– Vol. 13.– P. 35–44.
7. *Sugavara, J.* Facial growth of skeletal Class III malocclusion and the effects, limitations, and long-term dentofacial adaptations to chin cap therapy / J. Sugavara, H. Matani // Sem. Orthod.– 1997.– № 3.– P. 244–254.