

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА

### Введение

Мезиальный прикус известен в специальной литературе как мезиальная окклюзия, прогения, «обратный» прикус, прогенический прикус, антериальный прикус, нижняя макрогнатия, верхняя микрогнатия, истинная прогения, ложная прогения, «принужденная» прогения и др. Такое разнообразие терминов, характеризующих данную аномалию прикуса, уже не вызывает непонимания. Все заключается в том, что мезиальный прикус, как и любая зубочелюстная аномалия, полиэтиологическая патология, т.е. имеет различную этиологию и патогенез, а значит различные клинические проявления и различные клинические формы. Это нашло своё отражение в огромном многообразии существующих ныне классификаций зубочелюстных аномалий, которые используются для постановки диагноза (М.Г. Асс, 1931; Б.Н. Бынин, А.С. Черномордик, 1951; А.И. Бетельман, 1956; В.Ю. Курляндский, 1957; Д.А. Калвелис, 1964; Х.А. Каламкарлов, 1978; С.И. Криштаб; Л.С. Персин, 1998).

При постановке предварительного диагноза в клинике ориентируются прежде всего на окклюзионные взаимоотношения, и, в первую очередь, первых постоянных моляров. В этом плане оказывает необходимую помощь классификация Энгля, характеризующая положение нижних первых моляров относительно верхних. Мезиальный прикус, согласно данной классификации, это III класс, т.е. смещение нижних моляров кпереди (мезиально). Однако для постановки заключительного диагноза этого недостаточно. Прежде всего, следует выяснить причину такого смещения, а оно может быть обусловлено ранним удалением временных нижних моляров или адентией вторых премоляров, а также смещением нижней челюсти кпереди в целом, как результат вредной привычки (н-р: закусывать верхнюю губу). Важно также определить характер вертикального перекрытия зубов во фронтальном участке: без перекрытия, «обратное» перекрытие верхних резцов нижними на 1/3, 2/3 или 3/3 т.е. на всю длину их коронковой части, а ино-

гда и больше. При этом необходимо учитывать величину и протяженность «обратного» сагиттального и вертикального зазора, которые сопутствуют мезиальному прикусу, в зависимости от того, с какой аномалией в вертикальной плоскости он сочетается, т.е. глубоким или открытым прикусом. Тяжесть нарушений, как правило, зависит от степени вовлеченности в патологический процесс различных структур лицевого скелета (величины и формы челюстей, их положения относительно основания черепа, а нижней челюсти и в суставе и др.). Важно также дифференцировать индивидуальный генетический профиль, которым наделяет природа человека с рождения, от аномалийного, вызванного зубочелюстной деформацией. Такими индивидуальными профилями, отягощающими аномалийный прикус мезиальном прикусе являются все лица со скошенным кпереди подбородком, а также ретрофасы, т.е. лица с ретроположением верхней челюсти, что стало возможным диагностировать, используя такой наиболее объективный метод рентгенологического исследования, как телерентгенография. (С.И. Дорошенко, 1968; Ф.Я. Хорошилкина и соавт. 1987; А.М. Schwarz, 1962; F. Falck, 1981).

Только на телерентгенограммах можно точно определить величину челюстей, их взаимоотношение и положение

в черепе, а также, что так важно, осевой наклон зубов, без чего невозможно правильно составить план ортодонтического лечения и избрать рациональные конструкции аппаратов. Важным подспорьем в этом может служить оптимальная схема (алгоритм) проведения дифференциальной диагностики клинических форм мезиального прикуса, что и стало предметом проведенных нами исследований.

**Цель исследования:** на основании данных клинко-лабораторных методов исследования разработать схему (алгоритм) проведения дифференциальной диагностики нозологических форм мезиального прикуса.

### Материал и методы исследования

Нами было принято на лечение и обследовано 58 пациентов в возрасте от 3 до 38 лет с мезиальным прикусом, которые распределены на три группы, а именно: I группа — 9 (15,5%) детей с временным прикусом; 25 (43,1%) детей со сменным прикусом и 24 (41,1%) пациента с постоянным прикусом. Обследование пациентов проводилось по общепринятой методике с использованием как клинических, так и дополнительных методов исследования, таких как фотометрия, измерение диагностических моделей, телерентгенография, ортопантомография и др.



Рис. 1. Фото лица в фас и профиль, а также полости рта пациентки О-кой И. (а) и её матери (б) с мезиальным прикусом

Клинические исследования включали выявление наследственной предрасположенности к данной зубочелюстной аномалии, т.е. наличие у родителей и близких родственников мезиального прикуса; характер межжюклизонных взаимоотношений между зубными рядами во фронтальном и боковых участках (степень смещения кпереди нижних первых моляров, относительно верхних, а также «обратного» перекрытия резцов, наличие «обратного» сагиттального зазора его величина и протяженность). Кроме того, применялись клинко-диагностические пробы по Л.В. Ильиной-Маркосян. Особое внимание уделялось пробе № 3 на краевое смыкание режущих поверхностей нижних резцов с верхними (проба считалась положительной, если пациент это мог воспроизвести).

### Результаты исследования и их обсуждение

В I группе пациентов (3-х до 5 лет) с временным прикусом у 6 (66,6%) детей,

из 9-ти, была выявлена наследственная предрасположенность к мезиальному прикусу: у 4 лиц — по материнской линии у лиц женского пола (мать, бабушка, сестра, тетя) и у 2-х пациентов — по линии отца (дедушка, сестра отца) (рис.1).

Шесть (66,6%) пациентов, из 9-ти имели вредную привычку — закусывать верхнюю губу (из них 4 с наследственной предрасположенностью); а двое детей — подпирать подбородок ладонью. У 8 (8,88%) пациентов из 9, во фронтальном участке наблюдалось «обратное», с различной глубиной перекрытие верхних зубов нижними (рис. 2) и лишь у одного пациента мезиальный прикус сочетался с фронтальным открытым. У 7 (77,7%) детей было выявлено смещение нижних временных моляров кпереди на 1 бугорок, относительно верхних, а у 2-х на два бугорка. При этом у 5 (55,5%) пациентов наблюдалось обратное перекрытие и в боковых участках, т.е. буккальный перекрестный прикус, а у одного ребенка — лингваль-

ный — верхние боковые зубы перекрывали нижние небными буграми.

Диагностическая проба на краевое смыкание резцов была положительной у 3-х пациентов, а у остальных смещение нижней челюсти кзади блокировалось нестертыми буграми нижних временных клыков. После сошлифовки последних, т.е. снятия блока, проба положительной была у всех 9 детей, что ещё раз подтвердило необходимость сошлифовки нестершихся бугров временных клыков, как профилактического и лечебного мероприятия, позволяющего предупредить развитие более стойкой зубочелюстной аномалии.

Форма зубных дуг у пациентов I группы зависела от трансверзальных и сагиттальных их параметров. При «обратном» перекрытии зубных рядов и в боковых участках наблюдалось сужение верхней зубной дуги на 1,0—1,5 мм у 4 (44,4%) детей, однако форма её не изменилась, а нижняя зубная дуга была расширена, согласно нормативных данных по З.И. Долгополовой, в пределах 2,0—2,5 мм. Укорочение переднего отрезка верхнего зубного ряда на 1,5—2,0 мм было выявлено у 3 (3,33%) пациентов, при этом форма верхней зубной дуги имела трапецевидную форму, из-за уплощения фронтального участка. Лишь у одного ребенка 5 лет верхняя зубная дуга в боковых участках была шире на 5,0 мм при укорочении её фронтального участка на 3,0 мм (рис. 3).



Рис. 2. Фото полости рта пациента 4х и 5ти лет с мезиальным прикусом и различной глубиной «обратного» перекрытия передних зубов

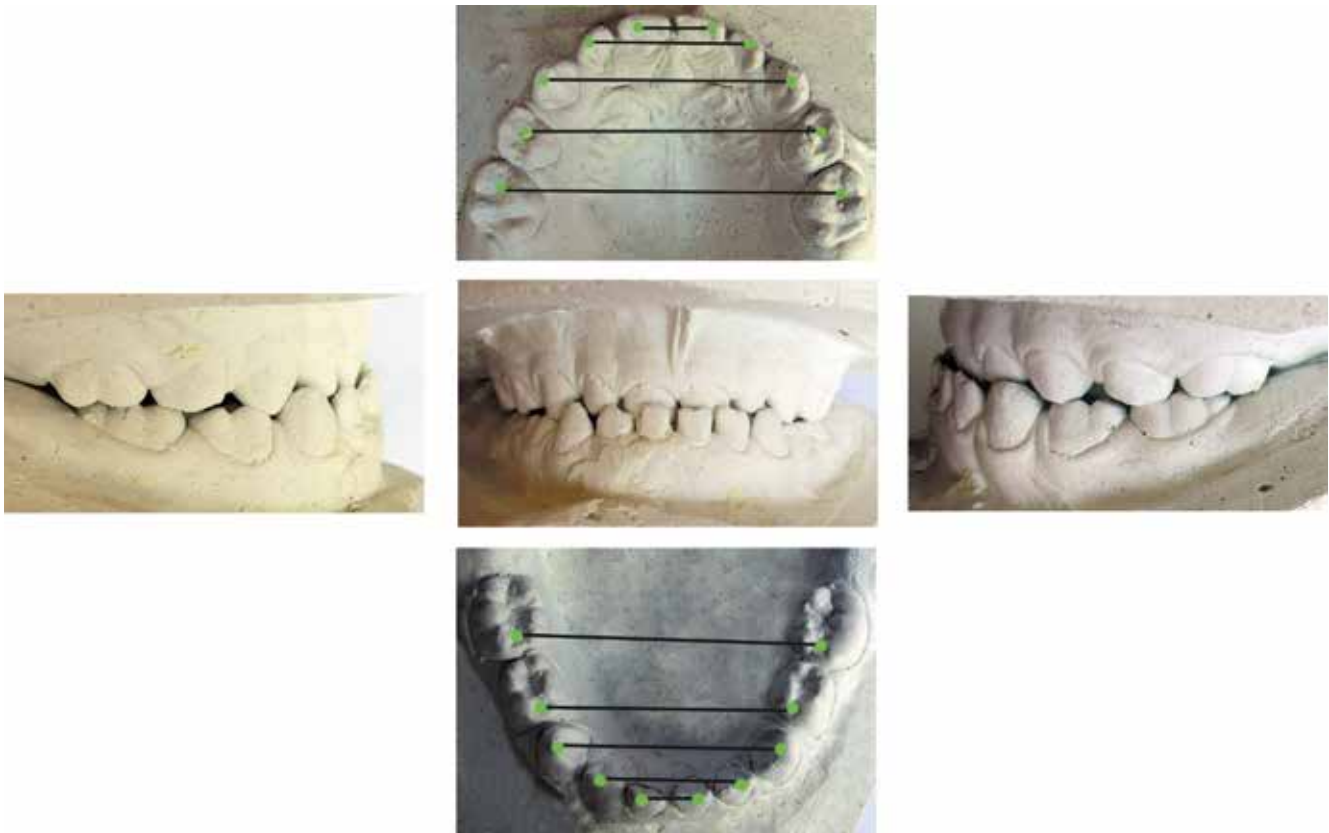


Рис. 3. Фото моделей пациента В. 5 лет с мезиальным прикусом



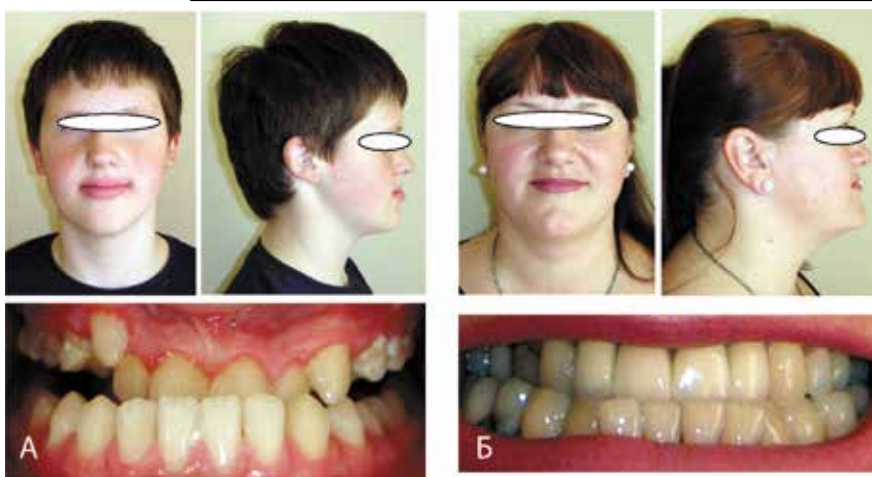


Рис. 4. Фото лица в фас и профиль, а также полости рта пациента З. (а) и его матери (б) с мезиальным прикусом

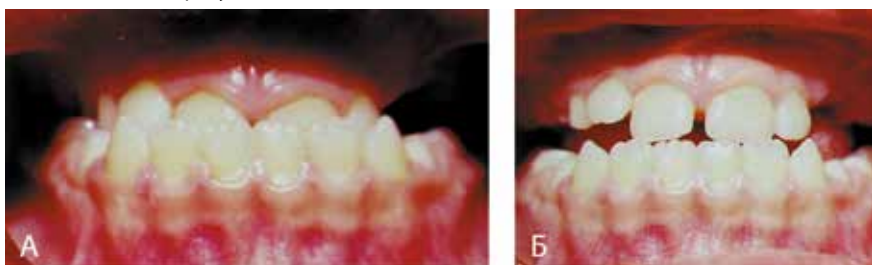


Рис. 5. Фото полости рта пациентки Н. 10 лет с мезиальным прикусом (а — в центральной окклюзии, б — при краевом смыкании резцов (проба положительная)



Рис. 6. Фото профиля лица (а) и полости рта (б) пациентки Р. 8 лет; при отрицательной пробе на краевое смыкание резцов, заблокированное не стёршимися буграми временных нижних клыков



Рис. 7. Фото полости рта (1) и профиля лица (2) пациентов с мезиальным прикусом (9, 10, 11 лет) при различной степени обратного вертикального перекрытия резцов (а — на 1/3, б — на 2/3, в — на 3/3)

Во II группе пациентов со сменным прикусом (6—11 лет) у 10 (40,0%) детей, из 25 обследованных, была выявлена наследственная предрасположенность к мезиальному прикусу, из них: у 7 по материнской линии (мамы, тети бабушки) (рис. 4) и у 3 детей по отцовской линии (отцы, дедушки).

Остальные 15 (60,0%) пациентов такой информацией не располагали. Вредные привычки имели 19 (76,0%) детей, а именно закусывание верхней губы — 10 (40,0%) пациентов, подпираание ладонью подбородка — 5 (20,0%) человек, закусывание посторонних предметов — 3 (12,0%) детей и др. Проба на краевое смыкание резцов была положительной у 12 (48,0%) пациентов (рис. 5 а, б). У 4 (16,0%) детей движение нижней челюсти блокировалось не стёршимися буграми временных нижних клыков (рис. 5).

Степень тяжести функциональных и эстетических нарушений во многом зависела от характера окклюзионных взаимоотношений зубных дуг во фронтальном и боковых участках. Во фронтальном участке, прежде всего, от глубины обратного резцового перекрытия верхних резцов нижними, а именно на 1/3 высоты их коронковой части, на 2/3 и на 3/3 (рис. 7 а, б, в).

Кроме того, от величины обратного сагиттального зазора: до 3 мм, до 5 мм, до 9 мм и более, а также от степени мезиального сдвига нижних боковых зубов и, в первую очередь, первых постоянных моляров. При этом не стёршиеся бугры нижних временных клыков принимали на себя повышенную функциональную нагрузку и раньше времени «покидали» зубной ряд, способствуя смещению первых премоляров мезиально (рис. 8 а, б).

В III группе пациентов (от 12 до 38 лет) с мезиальным прикусом наследственная предрасположенность к данной зубочелюстной аномалии была выявлена у 11 (45,8%) лиц из 24-х, составляющих данную возрастную группу. Следует отметить, что у пациентов младших возрастных групп легче получали информацию о наличии мезиального прикуса у родственников, так как сами родители были более осведомленными относительно наследственной предрасположенности к данной аномалии в семье.

Вредные привычки, характерные для пациентов с мезиальным прикусом, наблюдались у 15 (62,5%) лиц и в старшем возрасте (от 30 до 38 лет). Это свидетельствует о том, что вредная привычка не самоустраняется, что требует своевременного вмешательства, и не столько со стороны ортодонта, сколько со стороны психотерапевта. В противном случае она «укоренившись», способ-



Рис. 8. Фото полости рта пациента 7 лет с мезиальным прикусом (а — фас, б — профиль)

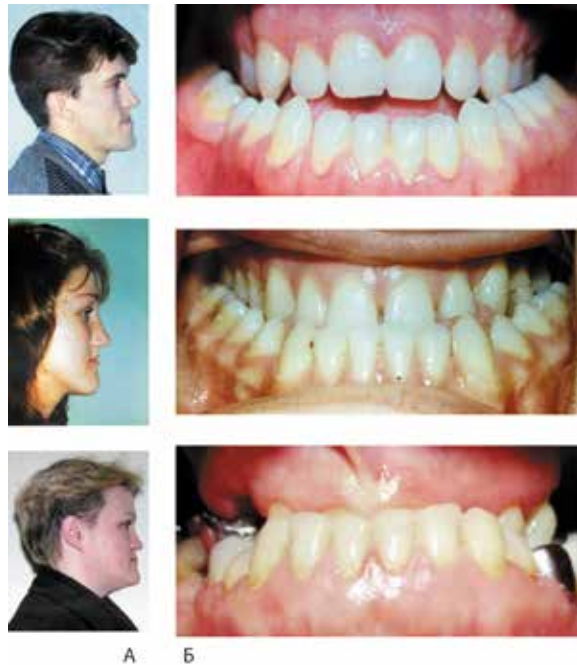


Рис. 9. Фото профиля лица (а) и полости рта (б) пациентов с мезиальным прикусом и различной степенью обратного вертикального перекрытия зубов



Рис. 10. Фото профиля лица (а) и полости рта (б) пациентов с мезиальным прикусом при разной степени обратного сагиттального перекрытия (а — до 3 мм, б — от 3 до 9, в — больше 9 мм)

ствует возникновению рецидива. Необходимо отметить, что у 8 родственников пациентов, которые имели мезиальный прикус (т.е. данную наследственную зубочелюстную аномалию) наблюдались те же вредные привычки (закусывание верхней губы, подпираание подбородка ладонью и др.).

Лицевые признаки, характерные для мезиального прикуса, у пациентов, во многом зависели от степени выраженности морфологических нарушений в структуре зубочелюстного аппарата и не только в сагиттальной плоскости, но и в других плоскостях, т.е. в зависимости с какими аномалиями данный прикус сочетался. Так обратное перекрытие зубов наблюдалось как во фронтальном, так и в боковых участках, что свидетельствовало о сочетании мезиального прикуса с перекрестным буккальным прикусом. При этом во фронтальном участке имела различную степень обратного перекрытия зубов по вертикали, а иногда с вертикальным зазором более 9 мм, что свидетельствовало о сочетании мезиального прикуса с открытым (рис. 9 а, б, в). В этих случаях больше проблем добавлялось к устранению вертикальных нарушений, что требовало дифференцированного подхода как в проведении диагностики, так и в выборе комплексного ортодонтического лечения пациентов с такой сочетанной зубочелюстной патологией.

Кроме того, важное значение при проведении дифференциальной диагностики мезиального прикуса имели величина «обратного» сагиттального зазора, которая вариировала у пациентов III группы от 3 до 9 мм и более, что зависело не только от степени сдвига первых нижних моляров при целостном зубном ряду на нижней челюсти (т.е. без удаления боковых зубов или их расположения вне зубного ряда, либо адентии), но и её величины, что представлено на рис. 10 (а, б, в).

**Продолжение следует.**