

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТАЛЬНОЙ И МЕЗИАЛЬНОЙ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ

Эшкабилов Кодирали Давлатмуратович

Клинический ординатор 2 курса, специальность «Ортодонтия»

Кафедра детской стоматологии

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан*

<https://orcid.org/0009-0008-6688-3340>

Турсунов Бехзод Шерзодович

*Преподаватель кафедры детской стоматологии, доктор философии (PhD) по
медицинским наукам*

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан*

<https://orcid.org/0009-0009-7317-5155>

Резюме. Дистальная и мезиальная окклюзии представляют собой наиболее распространенные сагиттальные аномалии прикуса в детском возрасте, характеризующиеся нарушением соотношения зубных рядов в передне-заднем направлении. Данный научный обзор посвящен анализу клинических проявлений указанных патологий, включая морфологические изменения лицевого скелета, особенности смыкания зубных рядов и сопутствующие функциональные нарушения. Дистальная окклюзия проявляется выдвижением верхней челюсти или недоразвитием нижней, формированием выпуклого профиля лица и глубокой резцовой дизокклюзией. Мезиальная окклюзия характеризуется протрузией нижней челюсти, вогнутым профилем лица и обратным перекрытием передних зубов. Анализ литературы демонстрирует, что своевременная диагностика клинических признаков этих аномалий является ключевым фактором выбора правильной тактики лечения и предотвращения тяжелых функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава и жевательного аппарата.

Ключевые слова: дистальная окклюзия, мезиальная окклюзия, дети, клиническая картина, сагиттальные аномалии прикуса, профиль лица, височно-нижнечелюстной сустав.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема зубочелюстных аномалий у детей сохраняет свою актуальность в связи с высокой распространенностью и тенденцией к прогрессированию без своевременной коррекции. Среди всех видов патологии прикуса особое место занимают сагиттальные аномалии, в частности дистальная и мезиальная окклюзии. Согласно данным клинических наблюдений, дистальная окклюзия является одной

из наиболее часто встречающихся аномалий в детской ортодонтической практике . Меziальная окклюзия, хотя и диагностируется реже, характеризуется более выраженными морфологическими и функциональными нарушениями . Клиническая картина этих состояний имеет характерные особенности, знание которых необходимо для врача-ортодонта на этапе первичной диагностики. Данный обзор направлен на систематизацию клинических проявлений дистальной и меziальной аномалий прикуса у детей с акцентом на лицевые, внутриротовые и функциональные признаки.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Клиническая характеристика дистальной окклюзии у детей

Дистальная окклюзия (дистальный прикус, прогнатия) представляет собой аномалию сагиттального соотношения зубных рядов, при которой верхняя челюсть выдвинута вперед по отношению к нижней, или нижняя челюсть недоразвита и смещена кзади. Эта патология классифицируется как меziальная окклюзия II класса по Энгля. Данные литературы указывают, что в период молочного прикуса дистальная окклюзия диагностируется примерно у трети детей .

Лицевые признаки являются наиболее наглядными и часто первыми, на что обращают внимание родители и врачи. У ребенка с дистальной окклюзией формируется характерный выпуклый профиль лица, который описывается как «птичий»: верхняя губа выпячена вперед, подбородок скошен назад, выражена подбородочная складка . Верхняя губа часто выглядит укороченной и приподнятой, что создает впечатление постоянно приоткрытого рта. При втором подклассе дистальной окклюзии отмечается западение верхней губы и значительное углубление носогубных складок.

Внутриротовые признаки включают несколько ключевых симптомов. Первым и основным является нарушение смыкания первых постоянных моляров по II классу Энгля, что определяется при ортодонтическом обследовании. На уровне переднего отдела зубных рядов наблюдается сагиттальная резцовая дизокклюзия: верхние резцы значительно перекрывают нижние, причем степень перекрытия может превышать одну треть высоты коронок нижних резцов . По данным классификации, выделяют два основных варианта дистальной окклюзии: при первом верхние резцы имеют вестибулярный наклон и расположены веерообразно, часто сочетаясь с нарушением носового дыхания; при втором верхние резцы наклонены орально и плотно перекрывают нижние зубы, при этом носовое дыхание может оставаться в норме .

Функциональные нарушения при дистальной окклюзии связаны с изменением положения языка, который часто опускается на дно полости рта, и нарушением функции глотания. У детей могут наблюдаться трудности при откусывании пищи, а также жалобы на быструю утомляемость жевательных мышц. В более старшем

возрасте возможно развитие дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, проявляющейся щелчками и болевыми ощущениями.

2. Клиническая характеристика мезиальной окклюзии у детей

Мезиальная окклюзия (мезиальный прикус, прогения) характеризуется выдвижением нижней челюсти вперед по отношению к верхней, что приводит к обратному соотношению зубных рядов (III класс по Энгля). В отличие от дистальной окклюзии, эта патология чаще имеет генетическую предрасположенность и связана с истинным увеличением размеров нижней челюсти или недоразвитием верхней.

Лицевые признаки мезиальной окклюзии имеют противоположную направленность. Профиль лица становится вогнутым, что создает характерный внешний вид: массивный, выступающий вперед подбородок, западающая верхняя губа и глубокие носогубные складки. Нижняя губа часто выглядит утолщенной, а при глубоком обратном перекрытии нижняя треть лица может быть укорочена. При открытом прикусе и увеличенных углах нижней челюсти наблюдается удлинение нижней трети лица, губы смыкаются с напряжением, нередко отмечается зияние ротовой щели.

Внутриротовые признаки при мезиальной окклюзии имеют высокую степень вариабельности, что связано с различными формами патологии: истинной (скелетной) и ложной (зубоальвеолярной). Первый признак — нарушение смыкания первых постоянных моляров по III классу Энгля, при котором бугорок верхнего первого моляра смыкается с дистальным бугорком нижнего моляра. В переднем отделе регистрируется обратное резцовое перекрытие: нижние резцы расположены впереди от верхних. При этом возможны варианты от контакта язычной поверхности верхних резцов с вестибулярной поверхностью нижних до формирования обратной сагиттальной щели размером 3 мм и более. Глубина обратного перекрытия может быть минимальной, умеренной или глубокой.

Важным клиническим признаком является сужение верхней челюсти в поперечном направлении, что ведет к перекрестному смыканию в боковых участках, когда нижние боковые зубы перекрывают верхние. По данным исследований, у пациентов с мезиальной окклюзией отмечается значительное сужение верхнего зубного ряда в области премоляров (до $4,4 \pm 0,13$ мм) и моляров (до $2,0 \pm 0,12$ мм), а также укорочение верхнего зубного ряда в среднем на $4,7 \pm 0,14$ мм. Верхние фронтальные зубы часто имеют торзию и скученность, в то время как нижние резцы могут отклоняться вестибулярно, формируя диастемы и тремы.

Функциональные нарушения при мезиальной окклюзии более выражены. Затруднено откусывание пищи из-за отсутствия контакта между резцами. Снижается общая площадь жевательной поверхности из-за нарушения окклюзионных контактов в боковых отделах. Часто отмечается нарушение речи, в частности шепелявость. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава сопровождается

болью, хрустом и щелканьем при движении нижней челюсти, что связано с патологическим положением суставных головок .

3. Дифференциальная диагностика и подходы к лечению

Клинические различия между дистальной и мезиальной окклюзией очевидны, однако для выбора тактики лечения необходимо проведение дифференциальной диагностики зубоальвеолярных и гнатических форм. При диагностике используется функциональная клиническая проба, позволяющая оценить возможность смещения нижней челюсти в правильное положение. При скелетных формах аномалий, по данным некоторых исследований, отмечаются компенсаторные наклоны как зубов, так и альвеолярных отростков, что требует учета при планировании ортодонтического лечения .

Лечение дистальной окклюзии у детей часто начинается в сменном прикусе с использованием миофункциональных аппаратов (трейнеров), стимулирующих рост нижней челюсти. При мезиальной окклюзии, особенно скелетной формы, может потребоваться раннее вмешательство, направленное на стимуляцию роста верхней челюсти с помощью лицевых масок и расширяющих аппаратов . В тяжелых случаях гнатических форм после завершения роста костного скелета показано ортогнатическое хирургическое лечение .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дистальная и мезиальная окклюзии у детей имеют выраженные и отличительные клинические признаки, охватывающие изменения лицевого профиля, характер смыкания зубных рядов и функциональные нарушения челюстно-лицевой области. Дистальная окклюзия проявляется выпуклым профилем, выдвижением верхних резцов и II классом молярного смыкания. Мезиальная окклюзия характеризуется вогнутым профилем, обратным перекрытием передних зубов и III классом окклюзии. Знание этих особенностей является обязательным условием для своевременной диагностики и выбора адекватной стратегии ортодонтического лечения. Раннее выявление клинических симптомов позволяет начать коррекцию в наиболее благоприятный период роста и предотвратить развитие тяжелых структурных и функциональных нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Дистальная окклюзия у детей*. МУ ORT, 2024.
2. *Исправление прикуса у взрослых*. ФНКЦ ФМБА России, 2024.
3. Flis P.S. *Orthodontics textbook*. ODMU, 2008.
4. Ivanov S.Y., Fomin M.Y., Dymnikov A.B., Muraev A.A. *Лечение пациентов с различными формами деформаций челюстей*. Саратовский научно-медицинский журнал, 2013; 9(3): 405-408.

5. Ivanov S.Y., Tuturov N.S., Bulycheva E.A. *Анализ наклона окклюзионной плоскости у пациентов с дистальным и мезиальным прикусом*. Институт Стоматологии, 2022; (96): 44-46.
6. Ravn J.J. *Occlusion in the primary dentition in 3-year-old children*. Scand J Dent Res, 1975.
7. Skrypnyk P. *Compensatory changes in teeth position in gnathic forms of distal and mesial occlusion*. Світ медицини та біології, 2024; (89).

