



УДК 519.22 519.7 613.31

## ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**С. Н. ГОНТАРЕВ<sup>1</sup>, Ю. А. ЧЕРНЫШОВА<sup>2</sup>  
И. Е. ФЕДОРОВА<sup>2</sup>, И. С. ГОНТАРЕВА<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет

<sup>2</sup>Детская стоматологическая поликлиника, г. Белгород

<sup>3</sup>Юго-Западный государственный университет, г. Курск

e-mail: [znamisng@mail.ru](mailto:znamisng@mail.ru)

Одной из сложнейших патологий в ортодонтической практике является, несомненно, перекрестный прикус. Перекрестный прикус относится к трансверзальным аномалиям. Он обусловлен несоответствием трансверзальных размеров и формы зубных рядов. Применяют различные термины, характеризующие перекрестный прикус: косой, латеральный, буккальный, вестибуло-, букко- и лингвоокклюзия, боковой принужденный прикус, суставной перекрестный прикус, латерогнатия, латерогения, латеродевиация, латеродистнатия, латеропозиция, экзо- и эндоокклюзия. Несвоевременная диагностика перекрестного прикуса увеличивает сроки лечения патологии, а также социальную адаптацию ребенка.

Ключевые слова: перекрестный прикус, диагностика, трансверзальная аномалия.

**Актуальность.** Частота перекрестного прикуса, по нашим данным, неодинакова в различном возрасте: у детей и подростков – от 0,39 до 1,9%, у взрослых – около 3%.

Предпосылки развития перекрестного прикуса самые разнообразные: воспалительный процесс и обусловленное им нарушение роста челюсти, понижение жевательной функции (вялое жевание) или жевание на одной стороне (при множественном кариесе, раннем удалении зубов), нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов, нестершиеся бугры молочных зубов и неравномерные контакты зубных линий, нарушение носового дыхания, неправильное глотание; общие заболевания, связанные с нарушением кальциевого обмена; врожденные расщелины неба, нарушение миодинамического равновесия, последствия травм [2, 3, 5]. К общим причинам развития перекрестного прикуса относятся нарушения в опорно-двигательном аппарате (изменение осанки и сколиоз), диспластические заболевания, системное поражение всего скелета, в том числе и зубочелюстного аппарата. По нашим данным, трансверзальные аномалии у таких больных встречаются в 1,6 раз чаще [4].

**Материалы и методы.** Для выявления и оценки факторов риска возникновения в ортодонтической практике перекрестной окклюзии врачами МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» было проведено обследование следующих территориальных объектов: Борисовский район, Белгородский район, город Белгород и Шебекинский район с общей численностью населения 761713 человек по данным за 2010-2012 г. Нами было обследовано 4298 детей и подростков в возрасте от 2,5 до 15 лет.

При обследовании детей нами использовалась классификация Л. С. Персина [1], согласно которой различают три вида перекрестной окклюзии: палатиноокклюзию, лингвоокклюзию и вестибулоокклюзию. Также они могут взаимно сочетаться. Перекрестная окклюзия бывает одно- и двусторонней. В возникновении перекрестной окклюзии может быть повинен как один зубной ряд (верхний или нижний), так и оба зубных ряда, а также челюстные кости. Клинически данная форма проявляется следующими лицевыми признаками: асимметрия лица, которая зависит от формы и выраженности аномалии, одно- или двустороннего нарушения, степени и протяженности нарушения смыкания зубных рядов, зубоальвеолярной или скелетной формы аномалии; нарушение конфигурации лица, смещение подбородка в сторону губ и скошенность подбородка.

При палатоокклюзии небные бугорки верхних боковых зубов проецируются при смыкании орально от продольных фиссур одноименных нижних зубов в результате уменьшения поперечных размеров верхнего зубного ряда. При этом небные бугорки боковых зубов верхней челюсти при смыкании контактируют не с продольными фиссурами нижних боковых зубов, а с их язычными бугорками и при выраженности аномалии могут остаться без контактов.



Лингвоокклюзия, сформированная за счет сужения нижнего зубного ряда, характеризуется тем, что небные бугорки верхних боковых зубов проецируются при смыкании в щечную сторону от продольных фиссур нижних одноименных зубов и контактируют со щечными бугорками премоляров и моляров нижней челюсти.

Вестибулоокклюзия формируется в результате увеличения размера верхнего и нижнего зубных рядов в трансверзальном направлении. Вестибулоокклюзия может быть также одно- и двусторонней. При вестибулоокклюзии, сформированной за счет увеличения поперечного размера нижнего зубного ряда, отмечается значительное перекрытие верхних боковых зубов нижними.

Диагностика перекрестной окклюзии основывается на данных нашего клинического обследования. Нами осуществляется сбор жалоб (основные из них: на прикусывание слизистой оболочки щек, несоответствие размеров зубных рядов и суперконтакты, скученное положение резцов, несоответствие расположения уздечек верхней и нижней губ, выраженная асимметрия лица, жалобы на боли в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); сбора анамнеза (наследственность, наличие вредных привычек, положение головы во время сна, врожденные заболевания, травмы челюстно-лицевой области, осложнения кариеса боковых зубов, воспалительные процессы в альвеолярном отростке), общего осмотра, осмотра лица и полости рта, пальпации ВНЧС при опускании и поднимании нижней челюсти и дополнительных методов исследования, измерения размеров зубов, ширины зубных рядов и апикальных базисов (по методам Пона, Линдера-Харта, Н.Г. Снагиной), изучения ортопантомограмм и ТРГ головы в прямой проекции.

При наружном осмотре нами нередко фиксируется резкое нарушение конфигурации лица: подбородок сдвинут в сторону, отмечается западение верхней губы на этой же сторонке, а на противоположной уплощение нижней части лица. Углы нижней челюсти также изменяются: традиционно на сторонке смещения он ближе к прямому, а на противоположной стороне развернуты до  $135-140^\circ$ . Нередко наблюдается укорочение тела и ветви нижней челюсти на сторонке смещения. Для определения смещения нижней челюсти нами используются функциональные пробы по Ильиной-Маркосян.

При целых формах перекрестного прикуса значительно нарушена функция жевания, что обусловлено уменьшением площади окклюзионных контактов, прикусыванием слизистой оболочки щек. При лингвальном перекрестном прикусе ограничена вероятность боковых движений нижней челюсти. Отмечается также нарушение речи, что соединено с изменением положения языка при произношении звуков.

Огромное значение для дифференциальной диагностики имеет рентгенологическое исследование височно-челюстных суставов. При перекрестном прикусе без смещения нижней челюсти обе суставные головки располагаются симметрично и чаще всего в глубине суставных ямок. При смещении же нижней челюсти они могут быть размещены асимметрично. Нормальная функция височно-нижнечелюстных суставов часто нарушена, что в дальнейшем может явиться причиной их заболевания в виде деформирующего артроза.

**Результаты и обсуждения.** На основании проведенных обследований нами выявлены следующие закономерности распространения перекрестного прикуса.

Из обследованных 4298 детей и подростков у 86 зафиксирован перекрестный прикус, что составляет 2% от всех зубочелюстных аномалий. 78 случаев перекрестного прикуса наблюдалось у мальчиков (90%). При этом в 56(65%) случаях имелась отягощенная наследственность (наличие сходной патологии у одного и/или обоих родителей).

По территориальному признаку нами получены следующие данные. По Белгороду из обследованных 1315 детей и подростков перекрестный прикус имелся у 18 человек (0,02%). По Белгородскому району из 1217 обследованных патология наблюдалась у 24 человек (0,019%). По Борисовскому району из 788 пациентов 19 имели перекрестную окклюзию (0,024%). По Шебекинскому району из 978 человек – 25 с перекрестным прикусом (0,026%).



Таким образом, отчетливо прослеживается тенденция роста перекрестной окклюзии в местах децентрализованной ортодонтической помощи. Также наблюдается прямо пропорциональная зависимость наличия патологии с наследственностью. Выявление, ранняя диагностика перекрестной окклюзии позволяют скорректировать зубочелюстные соотношения, снизить риск осложнений и предупредить развитие патологии ВНЧС.

### Литература

1. Анохина, А. В. Система раннего выявления и реабилитации детей с зубочелюстными аномалиями : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Анохина. – Казань, 2008. – 36 с.
2. Вавилова, Т. П. Профилактика стоматологических заболеваний при лечении современными несъемными ортодонтическими аппаратами / Т. П. Вавилова, М. В. Коржукова. – М., 1997. – 36 с.
3. Воронина, Е. П. Связь экологических факторов внешней среды с аномалиями зубочелюстной системы / Е. П. Воронина // Актуальные вопросы стоматологии : сб. науч. тр. Волгоградской медицинской академии. – Волгоград, 1996. – С. 31-35.
4. Гонтарев, С. Н. Дифференцированное управление заболеваемостью временных зубов на основе геоинформационного, ситуационного анализа, прогнозирования и лечебных инноваций / С. Н. Гонтарев ; под ред. проф. Н. М. Агаркова. – Белгород : Белгор. обл. типогр., 2007. – 224 с.
5. Матвеева, Е.А. Региональные особенности профилактических мероприятий в ортодонтии / Е.А. Матвеева, В.Г. Васильев. – Иркутск : ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2009. – 196 с.

## CROSS-BITE IN THE ORTHODONTIC PRACTICE

**S.N. GONTAREV**<sup>1,2</sup>

**YU. A. CHERNYSHOVA**<sup>2</sup>

**I. E. FEDOROVA**<sup>2</sup> **I. S. GONTAREVA**<sup>3</sup>

<sup>1)</sup> *Belgorod National Research University*

<sup>2)</sup> *Municipal independent establishment of public health services «Children's stomatologic polyclinic» of Belgorod city*

<sup>3)</sup> *Southwest State University, Kursk*

*e-mail: znamisng@mail.ru*

One of the most complicated pathologies in the orthodontic practice is clearly a cross bite. Cross bite refers to crossover anomalies. It is due to the mismatch crossover size and shape of dental rows. Use a variety of terms describing cross bite: oblique, lateral, bukkal, vestibulo-, bukko - and lungvookklusion, side forced bite, joint cross-bite, laterognation, laterogenium, laterodeviation, laterodisgnation, lateroposition, echo - and endodookklusion. Delayed diagnosis cross-bite increases the terms of treatment and social adaptation of the child. The results of complex comparative assessment of morphological features of inflammatory process in esophagus and stomach on background of therapy by inhalational and oral glucocorticosteroids or without it in patients with controlled bronchial asthma are presented in the article.

Key words: cross-bite, diagnostics, crossover anomaly.