

УДК 616.314-007.261 616.724.008

## **ЧАСТОТА ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ВНЧС У ЗДОРОВОГО КОНТИНГЕНТА НАСЕЛЕНИЯ**

**О.И. Яценко**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

### **Резюме**

Обследовано 138 студентов (женщин - 81, мужчин – 57). Обследование включало изучение характера прикуса, наличия аномалий положения и формы отдельных зубов, аномалий формы зубных рядов. У 84 (60,86%) выявлены разного рода нарушения в зубочелюстном аппарате в виде аномалий формы и расположения отдельно стоящих или группы зубов (43 чел. - 31,2%), нарушений формы и размеров зубных дуг (19 чел. - 13,8%), вертикальных нарушений прикуса (22 чел. - 15,94%). Глубокое резцовое перекрытие обнаружено у 16 студентов (11,59% общего числа обследованных): у 9 - с умеренной степенью, у 7 - с тяжелой. Функциональные нарушения в височно-нижнечелюстном суставе определялись у 5 человек из 16 с глубоким резцовым перекрытием (у 3 - слева, у 2 – справа).

Сделано заключение, что при наличии у людей глубокого резцового перекрытия лишь у третьей части из них наблюдаются функциональные нарушения со стороны ВНЧС, которые, к сожалению, не всегда становятся поводом к обращению к артрологу.

**Ключевые слова:** глубокое резцовое перекрытие, встречаемость, височно-нижнечелюстной сустав, функциональные нарушения.

### **Summary**

138 students were examined (81 females, 57 males). The examination included the observation of the bite, position and shape abnormality of different

teeth, dentition shape abnormality. 84 students (60.86%) have different types of dentoalveolar system abnormality: 43 students (31.2%) have shape abnormality of freestanding teeth or group of teeth, 19 students (13.8%) have shape and size abnormality of teeth arch, 22 students (15.94%) have vertical overbite dysfunction. 16 students of the general amount of the examined have deep overbite (11.59%): 9 of them have moderate extent, 7 – have advanced extent. 5 students (out of 16 with deep overbite) have TMJ dysfunction (3 of them have left-side TMJ dysfunction, 2 have right-side TMJ dysfunction).

As a conclusion, we can say that one third of people with deep overbite has TMJ dysfunction as well. This dysfunction is not always a reason to visit arthrologist.

**Key words:** deep overbite, occurrence, TMJ, dysfunctions.

### **Литература**

1. Головка Н.В. Порухення оклюзійних взаємовідношень у ортодонтичних пацієнтів з укороченням вуздечки язика / Н.В. Головка, Ганнам Іяд Наджиб // Український стоматологічний альманах.- 2010.- №4.- С. 67-69.
2. Григорьева Л.П. Прикус у детей /Л.П. Григорьева. - Полтава, 1995.- С. 68-70.
3. Клинеберг И. Окклюзия и клиническая практика /И. Клинеберг, Р. Драгер. - М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 200 с.
4. Макеев В.Ф. Результаты виявлення преморбідних симптомів можливих скронево-нижньощелепних розладів у молодих осіб та їх аналіз / В.Ф. Макеев, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулінченко // Новини стоматології .- 2009. - №1.- С. 15-21.
5. Макеев В. Ф. Вплив прорізування та положення нижніх третіх молярів на формування зубощелепних деформацій / В. Ф. Макеев, Т. Ю. Белас // Новини стоматології .- 2010. - №4.- С. 23-26.

6. Салихова Е.Ю. Частота встречаемости аномалий зубочелюстной системы среди студентов / Е.Ю. Салихова, К.А. Рыбальченко, Г.С. Шушарина //Интернет ресурс [http://www.technomedtrade.com/medplus.org/Tezic\\_7/Salikhova.pdf](http://www.technomedtrade.com/medplus.org/Tezic_7/Salikhova.pdf)
7. Скрипник І.Л. Клініко-патогенетичні ознаки скронево-нижньощелепних суглобів у пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу/ І.Л. Скрипник, Н.І. Жачко, Т.С. Неспрядько // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Інноваційні технології в стоматології та щелепно-лицьовій хірургії». – Харків, 2009. - С. 223-224.
8. Сулова О.В. Клиническая характеристика зубочелюстных аномалий ортодонтических пациентов 7-18-летнего возраста/ О.В. Сулова, Б.Н. Мирчук// Проблемы экологии та медицины. - 2011.- №15(3-4).- С.150-151.
9. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии /Ф.Я. Хорошилкина. - М.: Медицина, 2005. - 540 с.

Анатомофункциональные нарушения со стороны жевательного мускулярно-суставного аппарата, по данным специализированной литературы, встречаются у 14-40% всего населения и возникают вследствие изменений в различных структурах челюстно-лицевой области, в частности у лиц с аномалиями прикуса [2,3,6]. Распространенность вертикальных дизокклюзий в виде глубокого резцового перекрытия, согласно имеющимся исследованиям, составляет 67% среди всех аномалий прикуса [1,5,7]. Относительно частоты встречаемости глубокого прикуса, сочетающегося с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сведений недостаточно [4,8].

В связи с увеличением числа обращений пациентов с явлениями дисфункций ВНЧС возникает необходимость в дальнейшем исследовании взаимосвязи функциональных изменений в височно-нижнечелюстном суставе у лиц с патологией прикуса.

**Цель исследования** – выяснение частоты глубокого прикуса у здоровых людей в возрасте 20 - 25 лет и описание вероятных клиничко-функциональных нарушений со стороны ВНЧС у лиц с выявленной патологией.

#### **Объекты и методы исследования**

Нами было обследовано 138 студентов стоматологического факультета ВГУЗУ "УМСА" IV и V курсов в возрасте от 20 до 24 лет. Женщин было 81, мужчин - 57. Обследование включало изучение характера прикуса, наличие аномалий положения и формы отдельных зубов, аномалий формы зубных рядов, симметрии срединной (межрезцовой) линии, наличия суперконтактов. Диагноз, относящийся к вертикальным аномалиям прикуса (глубокий, открытый), к аномалиям в сагиттальном направлении (нейтроокклюзия, дистоокклюзия, мезиоокклюзия), устанавливали согласно классификационной схеме Ф.Я. Хорошилкиной [9]. При выявлении лиц с глубоким резцовым перекрытием определяли у них нарушение конфигурации лица, выясняли наличие дискомфорта в области одного или обоих ВНЧС в состоянии покоя, при открывании и закрывании рта, хруст и другие звуки в суставах при жевании. Определяли длительность выявленных симптомов, лечебные мероприятия по поводу глубокого резцового перекрытия. В анамнестических данных выясняли наличие подобной патологии в семье, перенесенные и сопутствующие общесоматические заболевания, травмы челюстно-лицевой области.

В план обследования здорового контингента с глубоким резцовым перекрытием, наряду с оценкой осмотра лица, входило определение размеров правой и левой половин тела и ветвей нижней челюсти, осмотр зубных рядов, состояние окклюзии, их фотосъемка; оценка характера движения нижней челюсти при открывании рта (строго вертикальное, поступательное вперед, Z-образное, ступенькообразное движение);

пальпация суставных головок нижней челюсти, собственно жевательных мышц, пальпаторная сравнительная оценка массы правой и левой жевательных мышц. Пальпацией определяли тонус височных, собственно жевательных, медиальных и латеральных крыловидных мышц с обеих сторон. Определяли болевые ощущения при легком надавливании на суставную головку при закрытом рте и при смещении нижней челюсти вниз или в стороны, появление при этом посторонних звуков в суставе. Фиксировали внимание на положении суставных головок при максимальном открывании рта.

### **Результаты исследования**

Среди обследованных 138 студентов у 84 (60,86%) выявлены разного рода нарушения в зубочелюстном аппарате: в виде аномалии формы и расположения отдельно стоящих или группы зубов – 43 чел. (31,2%), нарушений формы и размеров зубных дуг – 19 чел. (13,8%), вертикальных нарушений прикуса – 22 чел. (15,94%). При этом у части обследованных с вертикальными нарушениями прикуса (5 чел.) имела место скученность фронтальных зубов нижней челюсти.

Вертикальная дизокклюзия в виде глубокого резцового перекрытия обнаружена у 16 студентов (11,59% общего числа обследованных): у 9 - с умеренной степенью, у 7 - с тяжелой. Из анамнеза выяснено, что у всех 16 человек патология проявилась после смены молочного прикуса на постоянный. Часть из этих студентов (7 чел.) ранее наблюдались у врачей-ортодонтонтов, которые проводили лечение глубокого резцового перекрытия съемной или несъемной техникой. Лечебные мероприятия успеха не имели.

Из всех обследованных студентов, имевших глубокое резцовое перекрытие, 9 жалоб на свой внешний вид, наличие аномалии и сопутствующих функциональных нарушений со стороны зубочелюстного аппарата не предъявляли. Двое студентов отмечали неудовлетворенность

своим внешним видом, у 5 имелись жалобы на дискомфорт в области ВНЧС при жевании, широком открывании рта, зевании. При этом они отмечали появление посторонних звуков в суставах в виде хруста, клацанья, скрежета.

При общем осмотре студентов с глубоким резцовым перекрытием у 4 обнаружены признаки искривления позвоночника, у 2 - нарушение нормального тонуса скелетных мышц, у одного - излишняя масса тела.

При исследовании лица в анфас у всех 16 студентов с глубоким резцовым перекрытием отмечалось различной степени уменьшение нижней трети лица. У 9 человек (у 3 с умеренной степенью глубокого резцового перекрытия и у 6 - с тяжелой) обращала на себя внимание асимметрия правой и левой половин нижней челюсти (у 2 - и среднего отдела лица). При измерении размеров тела нижней челюсти от средней линии до угла у 3 обследованных с умеренной степенью глубокого резцового перекрытия одна половина нижней челюсти (на стороне уплощения) была больше на 2-3 мм ( $2,67 \pm 0,33$  мм) по сравнению с противоположной стороной. Выраженных нарушений в размерах ветвей нижней челюсти не обнаружено. У 6 человек разница в размерах уплощенной (большей) половины тела нижней челюсти была в пределах 3,5-5 мм ( $4,08 \pm 0,3$  мм). Ветвь нижней челюсти на стороне уплощения по сравнению с противоположной стороной была увеличена на 2-3 мм ( $2,78 \pm 0,17$  мм).

При осмотре преддверия полости рта у 3 человек оно было мелким, у 3 имела место аномалия прикрепления уздечки нижней губы в виде ее высокого места расположения.

При оценке прикуса у 9 студентов глубина резцового перекрытия составляла немного более  $2/3$  высоты коронок нижних резцов, что соответствовало умеренной (II степень по классификации Ф.Я. Хорошилкиной) степени перекрытия, у 7 человек фронтальная группа

зубов верхней челюсти касалась десневых сосочков зубов-антагонистов – III степень тяжести.

При сомкнутых зубных рядах смещение центральной линии между резцами верхней и нижней челюстей выявлено у 5 исследуемых (у 2 человек смещение было в правую сторону, у 3 - в левую). Смещение в пределах до 1 мм наблюдалось у 2 больных, до 2 мм - у 3 студентов (рис.1).



Рис. 1. Фото прикуса больных с различной степенью тяжести глубины резцового перекрытия: а) умеренная; б) тяжелая

Открывание рта у 11 человек из 16 с глубоким резцовым перекрытием не страдало, было в полном объеме, безболезненное. У 10 обследованных отсутствовали последние нижние моляры. У 5 человек определялись односторонние нарушения в височно-нижнечелюстном суставе (у 3 - слева, у 2 - справа). Из 16 студентов с глубоким резцовым перекрытием у 6 в одном из суставов выявлялись шумовые явления в виде крепитирующих звуков, клацанья, хруста. При открывании рта у них отмечалась своеобразная траектория движения нижней челюсти: у 3 она была зигзагообразная, у 2 - ступенчатая с выдвиганием челюсти вперед. Верхняя граница максимального открывания рта у всех 5 обследованных с нарушениями со стороны ВНЧС была большей (58-62 мм), чем у фактически здоровых (48-52 мм). Пальпаторно у 3 человек отмечались

напряжение и умеренная боль в области медиальной крыловидной мышцы с одной стороны, у 3 обследованных одна из суставных головок нижней челюсти в большей степени выдвигалась под скуловую дугу. Пальпация этого отдела была болезненной.

Анализ данных клинического обследования этих 5 человек дал возможность установить им диагноз функциональной нестабильности суставной головки нижней челюсти средней степени тяжести.

Таким образом, по результатам обследования 138 лиц 20 - 24 лет нами установлено, что у 60,86% выявлены разного рода нарушения в зубочелюстном аппарате, в том числе у 16 человек (11,59%) имело место глубокое резцовое перекрытие. При этом у 5 студентов (3,62%) констатированы нарушения в виде функциональной нестабильности со стороны ВНЧС. Это дает основание сделать вывод, что при наличии у людей глубокого резцового перекрытия лишь у третьей части из них наблюдаются функциональные нарушения со стороны ВНЧС, которые не всегда становятся поводом к обращению к артрологу. Ортодонтическая патология у большинства исследованных не вызывает морально-неврологических расстройств, а ортодонтическое лечение глубокого резцового перекрытия само по себе может привести к дезорганизации в мышечно-суставом комплексе за счет активного воздействия на адаптированную систему жевательного аппарата.