

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения  
Российской Федерации»

ТЕМА:

«Терминология в ортодонтии. Классификации  
зубочелюстных аномалий.»

Выполнил: ординатор Дудина М.О

В ортодонтии нередко в процессе диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий используют различающиеся термины, что затрудняет взаимопонимание специалистов. Ю.

М. Малыгин в 1982 г. предложил характеризовать резко выраженные зубочелюстно-лицевые аномалии как болезнь. Болезнь – «расстройство здоровья, нарушение правильной деятельности организма».

Для характеристики патологии в ортодонтии применяют термины «аномалия» и «деформация».

Аномалия – отклонение от нормы, общей закономерности; неправильность».

Деформация – изменение формы чего-нибудь; ранее правильная форма изменяется под воздействием неблагоприятных факторов». Аномалия – более широкое понятие, чем деформация, так как оно отражает нарушения как первичные (врожденные), так и вторичные (приобретенные).

При постановке диагноза определяют этиологию аномалий, если она может быть выявлена, а также функциональные, морфологические, эстетические нарушения в челюстно-лицевой области и общие изменения в организме:

- к функциональным относят нарушения функций зубочелюстной системы (дыхания, глотания, речи, жевания), наличие парафункций в челюстно-лицевой области, нарушения движений в височно-нижнечелюстных суставах (ВНЧС), а также смещения нижней челюсти, языка и их аномальное расположение;
- морфологические нарушения складываются из аномалий зубов, зубных рядов, окклюзий, аномалий развития лицевого отдела черепа, мягких тканей полости рта и челюстно-лицевой области, изменений осанки.

Далее представлены наиболее широко используемые понятия и термины в ортодонтии.

Аденция – врожденное отсутствие отдельных или всех зубов (частичная, множественная, полная). В. Ю. Курляндский (1957) предложил различать первичную адентию – врожденное отсутствие зубов и вторичную – потерю зубов.

Гиподонтия – аномалия развития: уменьшенное по сравнению с нормой количество зубов, что связано с отсутствием их зачатков.

Гиперодонтия – аномалия числа зубов, выражающаяся в наличии сверхкомплектных зубов.

Аномалии положения (позиции) зубов, формы и размеров зубных рядов, окклюзии характеризуют по предложенному Simon в 1919 г. отношению зубов, зубных рядов и челюстей к трем взаимно перпендикулярным плоскостям: срединно-сагиттальной, вертикальной и горизонтальной. Различают корпусное смещение зубов и их наклон.

Выделяют следующие аномалии позиции зубов (положения):

- 1 – мезиопозиция
- 2 – дистопозиция
- 3 – супрапозиция (выше окклюзионной плоскости)
- 4 – инфрапозиция (ниже окклюзионной плоскости)
- 5 – экзопозиция (вестибулярное положение)
- 6 – эндопозиция (оральное положение)
- 7 – тортопозиция (тортоаномалия)
- 8 – транспозиция

Аномалии зубных рядов:

в сагиттальном направлении:

- 1 – удлиненный зубной ряд
- 2 – укороченный зубной ряд

в трансверсальном направлении:

- 3 – суженный зубной ряд
- 4 – расширенный зубной ряд

в вертикальном направлении:

- 1 – зубоальвеолярное удлинение
- 2 – зубоальвеолярное укорочение

Окклюзия – это смыкание зубных рядов в переднем и в боковых участках в сагиттальном, трансверсальном и вертикальном направлениях. Современное понимание окклюзии включает взаимоотношения зубов, жевательной мускулатуры и височнонижнечелюстных суставов при функции и дисфункции

Прикус – взаимоотношение зубных рядов при максимальном контакте и полном смыкании зубов верхней и нижней челюстей. Вид прикуса определяется характером смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии. Различают временный, сменный и постоянный прикус, а также физиологический, патологический и аномалийный.

Для характеристики аномалий окклюзии в области моляров (в сагиттальной плоскости) используют различные термины:

с наличием трем между передними  
зубами, с тесным положением зубов

По отношению к нормальной форме с учетом  
мезиодистальных размеров коронок 4 резцов

Вверху, внизу, спереди, сбоку,  
справа, слева

Автор Вид смыкания зубных рядов

Е. Н. Angle (1889) Класс I, II, II2, III по Энглию

В. Е. Lischer (1926)

Нейтро-, дисто-, мезиоокклюзия

Ф. Я. Хорошилкина (1980)

Ю. М. Малыгин (1980)

Л. С. Персии (1998)

Б. Н. Бынин (1950)

А. И. Бе Прогнатия, прогения тельман (1956)

Л. ГГ. Григорьева (1985)

Л. В. Ильина-Маркосян (1967) Прикус постериальный, anteriальный  
со смещением и без смещения нижней  
челюсти

Х. А. Каламкаров (1970) Соотношение зубных рядов, челюстей:  
прогнатическое, прогеническое

Соотношение передних зубов в сагиттальном направлении при аномалиях прикуса  
оценивают по наличию или отсутствию контактов центральных резцов верхней и нижней  
челюстей при резцовом перекрытии верхними резцами нижних или наоборот.

Лучшие термины, характеризующие смыкание мезиально-щечного бугра первого  
постоянного моляра верхней челюсти с первым постоянным моляром нижней челюсти,  
предложены В. Е. Lischer (1926):

- «нейтроокклюзия» – нейтральное смыкание первых постоянных моляров, когда  
мезиально-щечный бугор верхнего моляра располагается в межбугровой щечной фиссуре  
нижнего моляра (I класс по Энглию);

- «дистоокклюзия» – мезиально-щечный бугор верхнего моляра располагается впереди щечной фиссуры нижнего моляра (II класс по Энгля);
- «мезиоокклюзия» – позади щечной фиссуры нижнего моляра, т. е. неправильное смыкание моляров.

В настоящее время этими терминами пользуются ведущие ортодонты мира для характеристики сагиттального смыкания зубных рядов.

Вертикальные аномалии прикуса определяют по отношению зубных рядов к окклюзионной или горизонтальной плоскости. Если режущие края центральных резцов верхней и нижней челюстей контактируют между собой или перекрывают эту плоскость в вертикальном направлении на 1/3, то это – норма. Для характеристики нарушений без учета

величины сагиттальной щели между центральными резцами обеих челюстей применяют следующие термины: «глубокий прикус», «снижающийся прикус», «глубокий травмирующий прикус», «глубокая резцовая окклюзия», «глубокое резцовое перекрытие», «глубокая резцовая дизокклюзия».

Если режущие края резцов одной или обеих челюстей не касаются окклюзионной плоскости, то такое нарушение в вертикальном направлении называют открытым прикусом, фронтальным зиянием зубных рядов, вертикальной резцовой дизокклюзией.

Лучшим термином является «дизокклюзия», зубоальвеолярное укорочение бывает в области передних или боковых зубов верхней, нижней либо обеих челюстей.

Зубоальвеолярное укорочение может быть в области передних зубов симметричным или асимметричным, в области боковых зубов – одно- и двусторонним, симметричным или ассиметричным. При дизокклюзии смыкание моляров в прикусе в сагиттальном направлении бывает трех видов: нейтроокклюзия, дистоокклюзия, мезиоокклюзия.

Для характеристики трансверсальных аномалий окклюзии используют следующие термины: «перекрестный прикус», «крестообразный прикус», «вестибулоокклюзия», «палатоокклюзия», «лингвоокклюзия», «экзоокклюзия», «эндоокклюзия». Наиболее привычным является перекрестный прикус, однако он не отражает, в каком направлении располагаются боковые зубы нижней челюсти по отношению к боковым зубам верхней челюсти.

Термин «экзоокклюзия» отражает более вестибулярное положение жевательной поверхности боковых зубов нижней челюсти по отношению к жевательной поверхности

боковых зубов верхней челюсти, «эндоокклюзия» – наоборот. Степень нарушений окклюзии в трансверсальном направлении определяют по отношению к вестибулолингвальному размеру бугров боковых зубов: отклонение на половину толщины бугра, на его величину, на 1,5, 2 бугра, а также по наличию трансверсальной щели между молярами (мм).

Постановка диагноза в ортодонтии осуществляется в трех плоскостях:

- сагиттальная плоскость – воображаемая вертикальная плоскость, которая проходит спереди назад и делит объект на левую и правую части;
- вертикальная плоскость – воображаемая плоскость, которая проходит сверху вниз перпендикулярно сагиттальной;
- трансверсальная плоскость – воображаемая плоскость, перпендикулярная первым двум.

Принципы построения классификаций аномалий зубочелюстной системы

Классификация Энгля (1899) является единственной общепринятой международной классификацией. В соответствии с классификацией Энгля, выделяются две группы аномалий:

- аномалии окклюзии (положения зубов: вестибулоокклюзию (вестибулярное положение), лингвоокклюзию (оральное положение), мезиоокклюзию (мезиальное положение), дистоокклюзию (дистальное положение), тортоокклюзию (поворот зуба), инфраокклюзию и супраокклюзию);
- аномалии смыкания.

Взаимное расположение челюстей и зубных рядов Энгль предлагал оценивать по соотношению первых постоянных моляров, которым он придавал ведущее значение в формировании постоянного прикуса. Он полагал, что ввиду неподвижности верхней челюсти верхние первые моляры прорезываются всегда в определенном месте (он назвал их "ключом окклюзии"), а аномалии прикуса формируются в результате смещения нижних

первых постоянных моляров, прорезывающихся на подвижной нижней челюсти. Автор выделил три класса аномалий.

I класс: нейтральное соотношение первых постоянных моляров, переднещечный бугорок верхнего первого моляра во время смыкания челюстей попадает в переднюю бороздку между щечными буграми нижнего первого моляра. К этому классу могут быть

отнесены: скученное положение передних зубов, зубоальвеолярная протрузия, зубоальвеолярная ретрузия, сужение зубных рядов и др.

II класс: нижние моляры смещены по отношению к верхним дистально. В зависимости от положения фронтальных зубов аномалии II класса Энгль разделил на два подкласса первый характеризуется протрузией верхних резцов с наличием трем, второй, наоборот, их ретрузией и тесным положением с налеганием друг на друга.

III класс: первые постоянные моляры нижней челюсти расположены мезиально по отношению к верхним. Поэтому мезиально-щечный бугорок верхнего моляра расположен дистально по отношению к передней бороздке между щечными буграми нижнего первого моляра. В зависимости от степени нарушения мезиодистального соотношения челюстей мезиально-щечный бугорок первого верхнего моляра может находиться на разных уровнях:

над дистальным бугорком нижнего моляра, между первым и вторым моляром и т. д.

Э. Г. Энгль впервые обратил внимание на то, что каждый зуб на обеих челюстях имеет два антагониста. Он признавал (1928), что первый постоянный моляр верхней челюсти может изменять свое местоположение из-за неправильного положения других зубов, в связи с чем предлагал убеждаться в правильности его позиции по отношению к скуло-альвеолярному гребню.

Основные недостатки классификации Энгля:

- 1) не учитывает этиологические факторы формирования ЗЧА и функциональные нарушения челюстно-лицевой области;
- 2) не отражает ЗЧА в трех взаимоперпендикулярных плоскостях;
- 3) не описывает ЗЧА временного прикуса.

Отечественными учеными предложено большое количество классификаций зубочелюстных аномалий, далее приведены те, которые получили наибольшее распространение.

Д.А. Калвелис (1957) предложил классификацию зубочелюстных аномалий, состоящую из трёх разделов:

- аномалии отдельных зубов,
- аномалии зубных рядов,
- аномалии прикуса, подразделив последние на сагиттальные, трансверзальные и вертикальные.

Данная классификация учитывает морфологические и функциональные отклонения и этиологию зубочелюстных аномалий.

## I. Аномалии отдельных зубов

### 1. Аномалии числа зубов:

- а) адентия (гиподонтия - частичная или полная),
- б) сверхкомплектные зубы (гипердонтия)

### 2. Аномалии величины зубов:

- а) гигантские,
- б) шипообразные,
- в) уродливые,
- г) зубы Гетчинсона, Фурнье.

### 3. Аномалии структуры твердых тканей - гипоплазия.

### 4. Нарушение процесса прорезывания зубов:

- а) преждевременное,
- б) запоздалое.

## II. Аномалии зубных рядов.

### 1. Нарушение образования зубного ряда

#### а) Аномальное положение отдельных зубов:

- ☐ губно-щечное,
- ☐ небно-язычное,
- ☐ медиальное,
- ☐ дистальное,
- ☐ низкое положение (инфрааномалия),
- ☐ супрааномалия - высокое,
- ☐ поворот зубов (тортоаномальное),
- ☐ транспозиция,
- ☐ тремы,
- ☐ тесное положение зубов

#### б) Дистопия верхних клыков.

### 2. Аномалии формы зубных рядов:

- а) суженный,
- б) седловидный,

- в) V-образная форма зубного ряда,
- г) четырехугольный,
- д) асимметричный.

### III. Аномалии прикуса

#### 1. Сагиттальные аномалии:

- а) прогнатия,
- б) прогения

#### 2. Трансверзальные аномалии:

- а) общесуженные зубные ряды,
- б) несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:

- ☐ нарушение соотношений боковых зубов с двух сторон,
- ☐ с одной стороны

#### 3. Вертикальные аномалии

##### а) Глубокий прикус:

- ☐ перекрывающий,
- ☐ комбинированный с прогнатией (крышеобразный)

##### б) Открытый:

- ☐ истинный (рахитический),
- ☐ травматический (от сосания пальцев)

Во всём мире и в нашей стране принята также Международная классификация болезней ВОЗ (МКБ X пересмотра). В том случае, когда необходимо регистрировать большие объёмы данных, крайне важна логически последовательная система их классификации и кодирования, особенно если предстоит использовать электронные или механические средства выборки и анализа данных. Такой системой представлена Международная классификация стоматологических болезней (МКБ-С). Она является прямым извлечением из Десятого пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-10) и включает все болезни и состояния, которые развиваются и имеют проявления в полости рта или связаны с полостью рта и смежными структурами. МКБ является систематизированной классификацией болезней, подлежащей принятию правительственными органами стран-пользователей. Она широко используется для

национальной статистики смертности и заболеваемости и периодически пересматривается.

Десятый пересмотр (МКБ-10) вступил в силу с января 1993 г.

Раздел МКБ-10 K07 отведен челюстно-лицевым аномалиям и деформациям. Ниже приведен список патологий, включенных в МКБ-10.

Код Аномалия

K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

K07.0 Основные аномалии размеров челюстей

Исключены:

акромегалия (E22.0);

атрофия или гипертрофия половины лица (Q67.4);

синдром Робена (Q 87.0);

односторонняя мышечковая гиперплазия (K10.81);

односторонняя мышечковая гипоплазия (K10.82);

K07.00 Макрогнатия верхней челюсти (гиперплазия верхней челюсти)

K07.01 Макрогнатия нижней челюсти (гиперплазия нижней челюсти)

K07.02 Макрогнатия обеих челюстей

K07.03 Микрогнатия верхней челюсти (гипоплазия верхней челюсти)

K07.04 Микрогнатия нижней челюсти (гипоплазия нижней челюсти)

K07.05 Микрогнатия обеих челюстей

K07.08 Другие уточненные аномалии размеров челюстей

K07.09 Аномалия размеров челюстей не уточненная

K07.1 Аномалии челюстно-черепных соотношений

K07.10 Асимметрия

Исключены:

атрофия половины лица (Q67.40);

гипертрофия половины лица (Q67.41);

односторонняя мышечковая гиперплазия (K10.81);

односторонняя мышечковая гипоплазия (K10.82)

K07.11 Прогнатия нижней челюсти

K07.12 Прогнатия верхней челюсти

K07.13 Ретрогнатия нижней челюсти

K07.14 Ретрогнатия верхней челюсти

K07.18 Другие уточненные аномалии челюстно-черепных соотношений

K07.19 Аномалия челюстно-черепных соотношений не уточненная;

K07.2 Аномалии соотношений зубных дуг

K07.20 Дистальный прикус

K07.21 Мезиальный прикус

K07.22 Чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (горизонтальное перекрытие)

K07.23 Чрезмерно глубокий вертикальный прикус (вертикальное перекрытие)

K07.24 Открытый прикус

K07.25 Перекрестный прикус (передний, задний)

K07.26 Смещение зубных дуг от средней линии

K07.27 Заднеязычный прикус нижних зубов

K07.28 Другие уточненные аномалии соотношений зубных дуг

K07.29 Аномалия соотношений зубных дуг не уточненная

K07.3 Аномалии положения зубов

K07.30 Скученность черепицеобразное перекрытие

K07.31 Смещение

K07.32 Поворот

K07.33 Нарушение межзубных промежутков, диастема

K07.34 Транспозиция

K07.35 Ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов

Исключены:

ретенированные или импактные зубы с нормальным положением их или соседних зубов (K01.0, K01.1)

K07.38 Другие уточненные аномалии положения зубов

K07.39 Аномалия положения зубов не уточненная

K07.4 Аномалия прикуса не уточненная

K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

Исключен: бруксизм (скрежетание зубами) (F45.82)

K07.50 Неправильное смыкание челюстей

K07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания

K07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания

K07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца

K07.58 Другие уточненные челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

K07.59 Челюстно-лицевая аномалия функционального происхождения не уточненная

K07.6 Болезни височно-нижнечелюстного сустава

K07.60 Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

Исключены:

текущий случай вывиха (S03.0) и растяжения височно-нижнечелюстного сустава (S03.4), болезни, описанные в классе XIII

K07.61 «Щелкающая» челюсть

K07.62 Рецидивирующий вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава

Исключен: текущий случай вывиха (S03.0)

K07.63 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, не классифицированная в других рубриках

Исключен: синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) (K07.60)

K07.64 Тугоподвижность височно-нижнечелюстного сустава, не классифицированная в других рубриках

K07.65 Остеофит височно-нижнечелюстного сустава

K07.68 Другие уточненные болезни височно-нижнечелюстного сустава

K07.69 Болезнь височно-нижнечелюстного сустава не уточненная

Силами ортопедов, ортодонтотв и челюстно-лицевых хирургов СанктПетербургского медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (Трезубое В.Н. и соавт.)

был синтезирован рабочий вариант классификации зубочелюстных аномалий. За его основу взята схема, предложенная экспертами ВОЗ. Кроме того, авторами были заимствованы некоторые детали из систем Д.А.Калвелиса, Х.А.Каламкарова, Е.И.Гаврилова, Свенсона.

Эта классификация включает в себя 5 групп аномалий.

I. Аномалии величины челюстей:

– макрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная);

- микрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная);
- асимметрия.

## II. Аномалии положения челюстей в черепе:

- прогнатия (верхняя, нижняя);
- ретрогнатия (верхняя, нижняя);
- асимметрия;
- наклоны челюстей.

## III. Аномалии соотношения зубных дуг:

- дистальный прикус;
- мезиальный прикус;
- перекрёстный прикус (односторонний – двух типов, двусторонний – двух типов);
- чрезмерное резцовое перекрытие;
- глубокий прикус;
- открытый прикус (передний, боковой).

## IV. Аномалии формы и величины зубных дуг:

### а) аномалии формы:

- суженная зубная дуга (симметричная, U-образная, V-образная, седловидная; асимметричная);
- уплощенная в переднем отделе (трапециевидная) зубная дуга;

### б) аномалии размеров:

- увеличенная дуга;
- уменьшенная дуга.

## V. Аномалии отдельных зубов:

- нарушение числа зубов (адентия, гиподентия, гиперодентия);
- аномалии размеров и формы зубов (макродентия, микродентия, слившиеся зубы, конические или шиловидные зубы);
- нарушение формирования зубов и их структуры (гипоплазия, дисплазия эмали, дентина);
- нарушения прорезывания зубов (ретинированные зубы, сохранившиеся или персистентные молочные зубы);
- дистопия или наклоны отдельных зубов (вестибулярные, оральные, мезиальные,

дистальные, высокое, низкое положение; диастема, тремы; транспозиция; тортоаномалии; тесное положение).

Следует заметить, что все известные классификации имеют много общего и хотя отражают наблюдающиеся в клинике разновидности зубочелюстных аномалий, но не могут полностью удовлетворить. Вряд ли можно считать, что одна из классификаций может претендовать на то, чтобы заменить все остальные. Внешне сходные аномалии, названные одной нозологической единицей, могут иметь в своей основе различные нарушения и только им присущие механизмы возникновения. Не удалось создать приемлемой классификации и на основе нарушения функции.

Ильина-Маркосян справедливо отмечала, что определение класса аномалии не заменяет диагноза, составляя лишь часть его. Диагноз должен быть сформулирован после полного обследования с применением различных методов.

Пример диагноза: Мезиальный прикус, оральный наклон верхних передних зубов и вестибулярный – нижних с наличием трем; отсутствие 36-го и 46-го зубов, укороченная уздечка языка, неправильная речевая артикуляция (шепелявость), нарушение внешнего вида отсутствует.

Н.И. Агапов (1928) первым из советских авторов занимался вопросом систематической классификации зубочелюстных деформаций. Все аномалии зубной системы по Н. И. Агапову делятся на девять основных видов, каждый из которых имеет несколько отдельных форм.

Эти виды аномалий следующие:

- 1) аномалии формы зубов,
- 2) аномалии структуры зубов,
- 3) аномалии величины зубов,
- 4) аномалии числа зубов,
- 5) аномалии прорезывания зубов,
- 6) аномалии положения зубов,
- 7) аномалии цвета зубов,
- 8) аномалии строения челюстей,
- 9) аномалии прикуса.

Л. В. Ильина-Маркосян (1955) описывала дифференциальную диагностику

прогении. Она различала:

- истинную прогению, развивающуюся в связи с увеличением размеров и изменением конфигурации нижней челюсти,
- ложную прогению, две формы ложной прогении:
  - а) вызванную недоразвитием верхней челюсти, чаще всего ее фронтального участка (фронтальную прогению),
  - б) получающуюся при первичном смещении нижней челюсти вперед (принужденную прогению).

А.Я. Катц (1939 г.) предложил, а в 1940 г. изложил в учебнике по ортопедической стоматологии (Н.А. Астахов, Е.М. Гофунг и А.Я. Катц) функциональную диагностику (классификацию аномалий прикуса), основывающуюся на функциональной норме.

Аномалии прикуса он делит на три класса:

Класс Описание

Первый класс Морфологически характеризуется отклонением от «функциональной нормы» главным образом участка зубных дуг впереди первых моляров.

Функциональная патология этого класса выражается в резком преобладании шарнирных артикуляционных движений нижней челюсти над боковыми ее движениями.

Второй класс Морфологически характеризуется отклонением от «функциональной нормы» главным образом дистальным сдвигом нижних первых моляров или мезиальным сдвигом верхних первых моляров по отношению к антагонистам. Функциональная патология этого класса выражается в значительном уменьшении размеров функционирующих жевательных поверхностей обеих зубных дуг. Особенно слабо работают выдвигатели нижней челюсти.

Третий класс Морфологически характеризуется мезиальным сдвигом нижних первых моляров или дистальным сдвигом верхних первых моляров по отношению к антагонистам. Функциональная патология выражается в уменьшении и в неправильном использовании жевательной площади. Функция жевательной мускулатуры при этом классе меняется, объясняется превалированием функции мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.

А. И. Бетельман (1956) опубликовал классификацию аномалий прикуса, в основу которой, по словам автора, положен учет функциональной патологии по А. Я. Катцу, но которая учитывает аномалии во всех направлениях: сагиттальном, вертикальном и трансверсальном.

При характеристике патологических прикусов автор исходил из морфологических особенностей, характерных для ортогнатии, которая отличается определенным взаимоотношением зубных рядов в трех направлениях. Отклонения во взаимоотношении зубных рядов в этих плоскостях влекут за собой возникновение патологических форм прикусов в трех направлениях. Отсюда и вытекает необходимость различать три группы патологических форм зубной окклюзии: сагиттальные, вертикальные и трансверсальные.

Классификация А. И. Бетельмана складывается из морфологического компонента, определяющего сдвиг зубных рядов в трех направлениях и их взаимоотношения, и второго компонента – определения функциональной патологии по А. Я. Катцу.

Учитывая эти два принципа, он делит аномалии прикуса на три основные группы:

1) Сагиттальные аномалии прикуса, которые в свою очередь делятся:

- «дистальный прикус, функциональную недостаточность выдвигателей и круговой мышцы рта»

- «мезиальный прикус, функциональную недостаточность ретракторов и чрезмерную функцию выдвигателей»;

2) Вертикальные аномалии прикуса:

- «глубокий прикус, недостаточность выдвигателей»

- «открытый прикус, функциональная недостаточность подымателей и круговой мышцы рта»;

3) Трансверсальные аномалии прикуса:

- «косой прикус, функциональная недостаточность одного из выдвигателей», левого или правого, в зависимости от того, в какую сторону сдвинута нижняя челюсть.

Данная классификация аномалий прикуса отличается следующими особенностями:

1) она дает не только морфологическую, но и функциональную характеристику деформаций,

2) в ней отражены не только сагиттальные, но также вертикальные и

трансверсальные аномалии.

Так, при классификации прогнатического прикуса А.И. Бетельман выделяет четыре ее формы:

- ☐ Первая форма – нижняя микрогнатия;
- ☐ Вторая форма – верхняя макрогнатия;
- ☐ Третья форма – верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия;
- ☐ Четвертая форма – прогнатия в сочетании с компрессией верхней челюсти в боковых участках.

При классификации прогенического прикуса автор выделяет три ее формы:

- ☐ Первая форма – верхняя микрогнатия
- ☐ Вторая форма – нижняя макрогнатия
- ☐ Третья форма – верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия

#### Классификация ММСИ

##### I. Аномалии зубов:

1. нарушение формы,
2. нарушение размера (макродения, микродения),
3. нарушение структуры и цвета твердых тканей зубов,
4. нарушение количества зубов (гипердонтия, гиподонтия),
5. нарушение сроков прорезывания зубов (раннее, позднее, ретенция),
6. нарушение положения (вестибулярное, оральное, дистальное, мезиальное, супраокклюзионное, инфраокклюзионное, поворот от оси, сочетанные по направлениям аномалий положения).

##### II. Аномалии зубного ряда:

1. нарушение последовательности расположения зубов,
2. нарушение контакта между смежными зубами (редкое расположение зубов с тремами и диастемами, скученность зубов),
3. нарушение симметричности расположения одноименных зубов правой и левой половины зубного ряда,
4. нарушение размера:
  - а) ширины (сужение, расширение),
  - б) длины (укорочение, удлинение),
  - в) формы.

### III. Аномалии челюстей и их анатомических размеров:

#### 1. нарушение размера:

- а) ширины (сужение, расширение),
- б) длины (укорочение, удлинение),
- в) высоты (уменьшение, увеличение)

#### 2. нарушение положения:

- а) к основанию черепа,
- б) смещение нижней челюсти в суставной впадине височной кости.

#### 3. нарушение формы,

#### 4. нарушение взаиморасположения анатомических отделов челюсти относительно друг друга,

#### 5. нарушение взаиморасположения челюстей (в сагиттальном, трансверсальном, вертикальном).

### IV. Аномалии прикуса:

#### 1. нарушение прикуса в сагиттальном направлении:

- а) прогнатический (дистальный),
- б) прогенический (мезиальный).

#### 2. нарушение прикуса в трансверсальном направлении:

- а) латерогнатический,
- б) латерогенический

#### 3. нарушение прикуса в вертикальном направлении:

- а) открытый,
- б) глубокий.

#### 4. сочетанные аномалии прикуса по двум и трем направлениям одновременно.

Все описанные классификации имеют много общего и по существу отражают наблюдающиеся в клинике разновидности зубочелюстных аномалий. По-видимому, следует признать рациональным отнесение аномалий к той или иной группе (классу) с дополнительным описанием клинических признаков имеющихся отклонений. Следует подчеркнуть, что определение класса аномалии не заменяет диагноз, это лишь часть его. Диагноз должен быть сформулирован после полного обследования больного с использованием, по показаниям, различных методов исследования.

Список литературы:

Основная литература:

1. Ортодонтическое лечение детей и взрослых: учеб. пособие / С.В. Черненко [и др.]. – М.: Миттель Пресс, 2010. – 360 с.
2. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: рук.для врачей / под ред.: Л.С. Персина. – М.: Медицина, 2004. – 360 с.: ил.
3. Стоматология детского возраста: учеб./ Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 640 с.

Дополнительная литература:

1. Ортодонтия: учеб./ Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. - Москва. МЕДпресс-информ, 2008г.
2. Ортодонтия.: учеб./ Персин Л.С., Хорошилкина Ф.Я.. Лечение зубочелюстнолицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. - Москва, 2002.
3. Современная ортодонтия: руков./Уильям Р. Проффит. М: МЕДпресс-информ 2008. – 560с.