

Саутина А.Ф.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА И ОСАНКИ

Научные руководители: ассист. Данилюк М.В.

Кафедра ортодонтии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется взаимосвязи патологии прикуса и осанки, а также поиску наиболее подходящих методов комплексного лечения данных пациентов. Взаимодействие врачей разных специальностей существенно улучшает качество и скорость лечения данных пациентов, что говорит о необходимости проведения комплексной диагностики и лечения.

Цель: изучить и проанализировать литературу на тему взаимосвязи патологии прикуса и осанки, применить полученные данные при диагностике пациентов.

Материалы и методы. Был проведен обзор литературы, раскрывающий взаимосвязь патологии прикуса и осанки. Было проанализировано 47 источников литературы, включая научные публикации, статьи, методические пособия и учебники. Теоретические данные применены при диагностике пациента с зубочелюстной аномалией.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы отмечалось, что состояние опорно-двигательного аппарата у больных с дистальным прикусом сопровождается значительными нарушениями в сагиттальной и вертикальной плоскостях, заключающимися: в переднем смещении головы в 68% случаев; тазобедренных суставов относительно вертикали тела в 84% случаев; асимметрией лопаток в 40% случаев; увеличением кифоза грудного отдела в 56% и лордоза поясничного отделов позвоночника в 32% случаев соответственно.

Связь осанки с патологией зубочелюстной системы может иметь как прямую, так и обратную связь. Например, травмы копчика или разница в «длине» ног могут вызывать изменения в зубочелюстной системе, а патологическая окклюзия может влиять на осанку и даже привести к формированию сколиоза.

Теоретические данные мы применили на практике при обследовании пациента, обратившегося за ортодонтической помощью.

На кафедру ортодонтии БГМУ обратился пациент А., 16 лет с жалобами на эстетику лица и неправильное положение зубов. Был проведен фотопротокол, фото- и антропометрия, анализ ТРГ. Из анамнеза: ранее ортодонтическое лечение не проводилось, отмечает плоскостопие и сколиоз.

Был поставлен ортодонтический диагноз: дистальный, глубокий прикус, сужение верхнего и нижнего зубных рядов, укорочение нижнего зубного ряда, зубоальвеолярное небный наклон 12, 22, вестибулярный наклон 32, 31, 41,42, поворот по оси 31, сагиттальная щель 10 мм, смешанный тип глотания.

При проведении эстетической плоскости Ricketts определяется 3 тип профиля лица. Профильный угол (Т) А. Schwarz больше 10°, что обозначает, что профиль «скошенный кзади». Ретрузия нижней челюсти компенсируется шейным лордозом и грудным кифозом. Помимо шейного отдела эта асимметрия идет по всему телу.

Согласно анализу телерентгенограммы отмечается дистальное соотношение челюстей, заднее положение нижней челюсти, горизонтальный тип роста.

Выводы: таким образом, на примере разбора клинического случая наблюдается взаимосвязь патологии прикуса и осанки, подтверждаемая данными литературы. Что говорит о необходимости проведения комплексной диагностики и лечения данных пациентов.