

Д.В. Парванова

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИКУСА И ОСАНКОЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д.Н. Наумович

Кафедра стоматологии детского возраста

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.V. Parvanova

THE RELATIONSHIP BETWEEN PATHOLOGICAL BITE AND POSTURE

Tutor: PhD, associate professor D.N. Naumovich

Department of Pediatric Dentistry

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Резюме. По сведениям многочисленных исследований, между зубочелюстной и опорно-двигательной системами существует тесная взаимосвязь. Данная статья рассматривает взаимосвязь позно-статических особенностей осанки с типом окклюзии (с дистальным, мезиальным, открытым и перекрестным прикусом).

Ключевые слова: нарушения осанки; дистальный, мезиальный, открытый, перекрестный прикус; окклюзия.

Resume. According to numerous studies, there is a close relationship between the dentoalveolar and musculoskeletal systems. This article considers the relationship of postural-static features of posture with the type of occlusion (with distal, mesial, open and cross bite).

Keywords: postural disorders; distal, mesial, open, cross bite; occlusion.

Актуальность. Зубочелюстные аномалии относятся к группе основных стоматологических заболеваний, и характеризуется высокой распространенностью. В Республике Беларусь распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков 6-18 лет составляет $74,33 \pm 0,69\%$ [7].

Развитию аномалий окклюзии способствует неправильная посадка за столом (партой), привычка поддерживать голову ладонями или опираться одновременно на локоть и кисть [5]. Зубочелюстные аномалии могут быть как причиной, так и следствием нарушений опорно-двигательного аппарата. Из этого следует, что, и изменение положения тела может повлиять на черепно-лицевое развитие, и нарушение пространственного взаимоотношения между челюстями может вызвать постуральную адаптацию. Неправильный прикус - это не только патологическое развитие структур челюстно-лицевой области, нарушающее эстетику лица и функциональную активность жевательного аппарата, но и также нередко наблюдаемые изменения скелета, такие, как наклон головы вперед, деформация грудной клетки (уменьшение переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток), наклон таза, искривление голеней, плоскостопие. Важно отметить, что, по различным данным, сочетанная патология окклюзии и опорно-двигательного аппарата встречается больше, чем у половины пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении [2]. По этой причине тема остается актуальной и в настоящее время.

Цель: изучение данных научных исследований о взаимосвязи нарушения осанки и типа окклюзии.

Задачи:

1. Провести анализ научных данных о взаимосвязи нарушения осанки и типа окклюзии.
2. Выявить компенсаторно-приспособительные изменения, происходящие в опорно-двигательном аппарате при дистальном, мезиальном, открытом и перекрестном прикусе
3. Определить механизмы развития изменений, наблюдаемых в опорно-двигательной и зубочелюстной системах при аномалиях прикуса

Материалы и методы. Научная литература, анализ научной литературы.

Результаты и их обсуждение. Патологическое состояние зубочелюстно-лицевой системы влияет на изменение положения головы. В норме при ортогнатическом прикусе окклюзионный массоинерционный центр не смещен ни по сагиттали, ни по по трансверзали, также отмечается симметричная биоэлектрическая активность жевательных мышц и сгибателей головы (*m. masseter*, *m. temporalis m. sternocleidomastoideus*) [1].

При дистальной окклюзии наблюдается смещение окклюзионного массоинерционного центра в сторону, соответствующую увеличенной активности *m. temporalis* [1]. Таким образом, внешние признаки дистального прикуса проявляются сразу: меняется профиль лица, из-за этого подбородок имеет недоразвитую форму. Выражение лица часто кажется удивленным или нахмуренным. У обладателей дистального прикуса, как правило, сутулая спина, поясничный и шейный лордозы увеличены. Внешним признаком нарушений осанки при такой окклюзии является сутулость. Так, Петросян Н. М. установил, что у 25% детей с дистальной окклюзией было изменение осанки, характеризующееся выраженным грудным кифозом и поясничным лордозом. У 40% обследуемых выявлены деформации позвоночника в сагиттальной плоскости, а у 20% детей наблюдались сколиозы 1 и 2 степени [3].

При мезиальной окклюзии происходят обратные дистальному прикусу изменения положения челюстей. Это связано с тем, что массоинерционный центр смещается в сторону, соответствующую увеличению активности жевательной мышцы (*m. masseter*) и нижняя челюсть выступает вперед относительно верхней. При данном типе окклюзии профиль вогнутый, средняя часть немного западает назад. Лицо выглядит непропорционально за счет массивно выдающегося вперед подбородка. Изменение положения нижней челюсти также влияет на положение головы, подъязычная кость смещается вперед, а голова отклоняется назад. В опорной функции происходят следующие изменения: сглаживаются шейный лордоз, грудной кифоз, лопатки прижимаются к грудной клетке и угол наклона таза увеличивается. Спина также, как и при дистальном прикусе, имеет выраженную сутулость, однако в этом случае четко видно, что линия осанки проходит под тупым углом. Внешне это выглядит так, будто человек все время ходит «откинувшись назад».

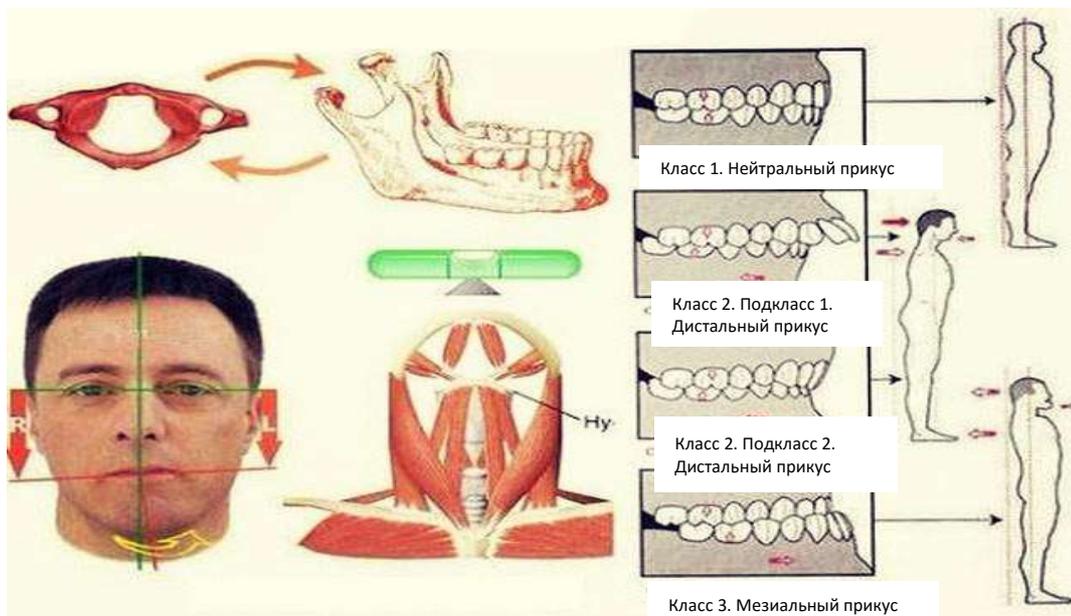


Рис. 1 – Осанка при нейтральном прикусе и изменения позно-статических реакций при дистальном и мезиальном прикусе

При перекрестном прикусе отдельные зубы или группы зубов нижнего зубного ряда перекрывают соответствующие зубы на верхнем зубном ряду. Косвенными симптомами перекрестного прикуса являются асимметрия лица и смещение подбородка. Следует отметить, что именно односторонний перекрестный прикус в области жевательных зубов чаще других аномалий окклюзии сочетается с сколиотической деформацией и разной длиной нижних конечностей [4]. Односторонний перекрестный прикус приводит к несимметричному росту нижней челюсти и усугубляет ассиметричный тонус жевательной мускулатуры. Существует множество различных гипотез, объясняющих большую распространенность перекрестного прикуса среди пациентов со сколиотической болезнью. Тем не менее, вне зависимости от этих предположений, рекомендовано проведение своевременной междисциплинарной терапии, направленной на нормализацию окклюзии, достижение симметрии лица и стабилизацию положения головы. В противном случае могут наблюдаться частые головные боли, мигрень и дискомфорт в области шеи и позвоночника.

Открытый прикус – это вид патологической окклюзии, который характеризуется частичным несмыканием верхних и нижних зубных рядов в переднем или боковом отделах, что мешает нормальному откусыванию и пережевыванию пищи. Открытый прикус часто можно определить по лицу: нижняя треть увеличена, сглажены носогубные складки, рот слегка приоткрыт, если же рот закрыть, губы сильно напряжены. Также пациенты с открытым прикусом могут иметь увеличенный размер языка. Открытый прикус также влияет на речь и дикцию: затрудняется произношение отдельных звуков. Открытый прикус также, как и другие аномалии окклюзии, изменяет миодинамическое равновесие. При данной патологии чаще всего происходит наклон головы вперед с формированием дистального прикуса, и таким образом, в опорно-двигательном аппарате наблюдаются изменения характерные для дистальной окклюзии. Возможна и обратная ситуация, когда человек откидывает голову — в таких случаях формируется мезиальный прикус,

правильное положение нижней челюсти нарушается, происходит изменение по типу мезиальной окклюзии.

Выводы: на основании проведенного исследования можно утверждать:

1. При лечении пациентов с патологией прикуса необходимо применять комплексные методы коррекции осанки и прикуса.

2. Выявленные закономерности изменения осанки при определенной аномалии окклюзии подчеркивают целесообразность совместного ведения пациента врачом-ортодонтом и ортопедом.

3. Наличие ортодонтической патологии является поводом для консультации у врача ортопеда для диагностики изменений в осанке.

Литература

1. Черемных А.И., Пронина И.В. - Взаимосвязь нарушения осанки и аномалий прикуса, - Студенческий форум, 2020 - pauchforum.ru

2. Шамсеева А.Р. - Прикус и осанка, - Студент-исследователь. Филлин: физкультура, личность, наука. Казань, 20-21 марта 2020 года.

3. Петросян Н.М. - Влияние осанки на формирование дистального прикуса и челюстно-лицевой области у детей 5-12 лет, - Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием

4. Мешалкина И.В., Корсак Л.В., Ткаченко Т.Б.- Проблема открытого прикуса: история вопроса и современное представления, - Институт стоматологии, 2019 - elibrary.ru

5. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О. - Влияние заболеваний опорно-двигательного аппарата на зубочелюстную систему детей в период сменного прикуса (обзорная статья), - Вестн. КГМА им. ИК ..., 2019 - kaznmu.edu.kz

6. Долбаненко В.С., Стрежнева В.О. - Взаимосвязь поструральных нарушений и ортодонтической патологии: обзор литературы, -ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» г. Архангельск, Архангельская область

7. Токаревич И.В., Москалева И.В., Корхова Н.В., Хандогий Д.В. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у детей и подростков Республики Беларусь. // Стоматологический журнал. – 2017. – Т. 18. - № 1. – С. 42-45.