

Белорусский государственный медицинский  
университет, г.Минск

Особенности осанки при дистальном, мезиальном,  
перекрестном и открытом прикусе

Кафедра стоматологии детского возраста

Автор: Парванова Дарья Владиславовна, 2 курс,  
стоматологический факультет

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

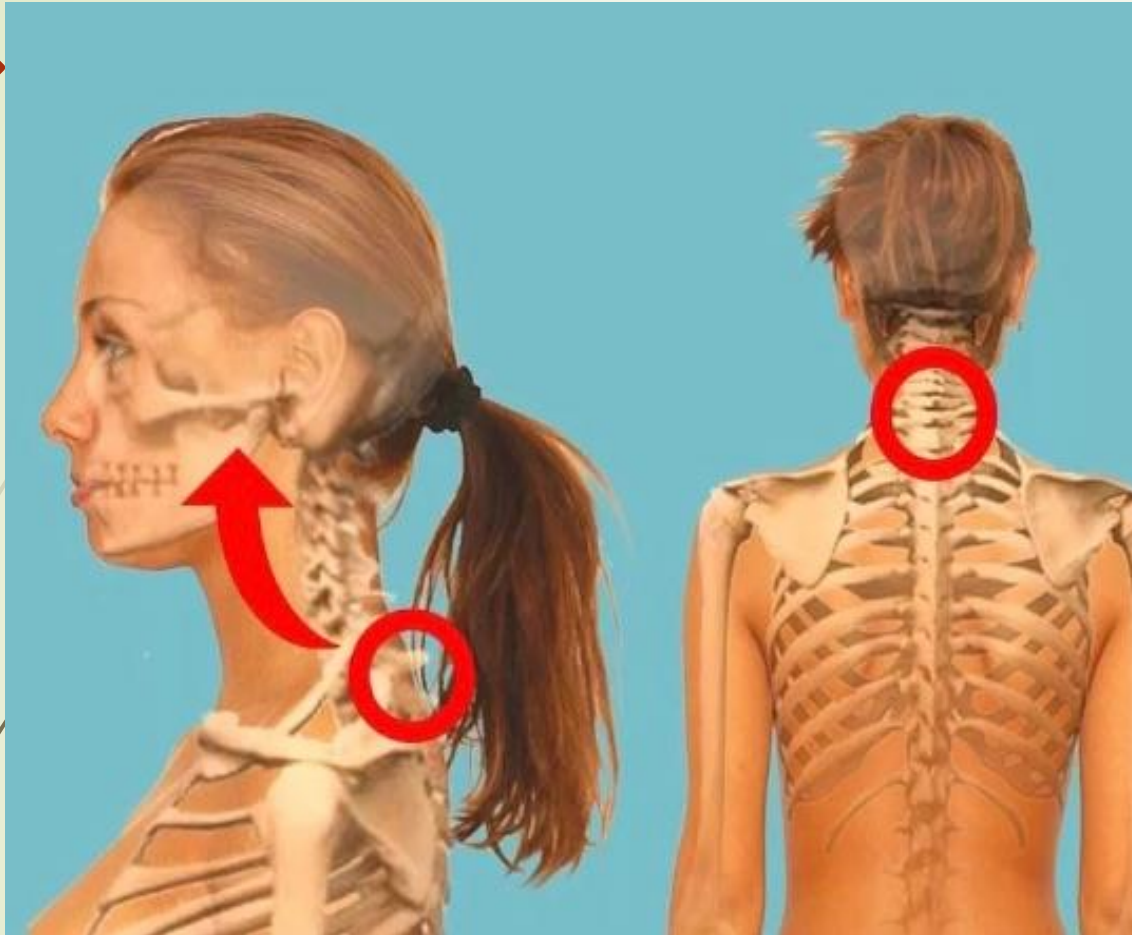


Рис. 1 – Цель данной работы.

**Цель:** Целью настоящей работы являлось изучение данных научных исследований о взаимосвязи нарушений 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.



➤ Рис. 2 – Взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и изменениями в опорно-двигательном аппарате.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно данным научных исследований, между зубочелюстной и опорно-двигательной системами существует тесная взаимосвязь. Наличие аномалий одной системы приводит к изменению функционального состояния другой. При этом происходит не только нарушение эстетических параметров, но и также наблюдается утрата полного объема функциональной активности, жевательных мышц и мышц спины

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

Причинами развития аномалий окклюзии могут быть: неправильная посадка за столом (партой), привычка поддерживать голову ладонями или опираться одновременно на локоть и кисть




➤ Рис. 3 – Распространенность аномалий окклюзии.



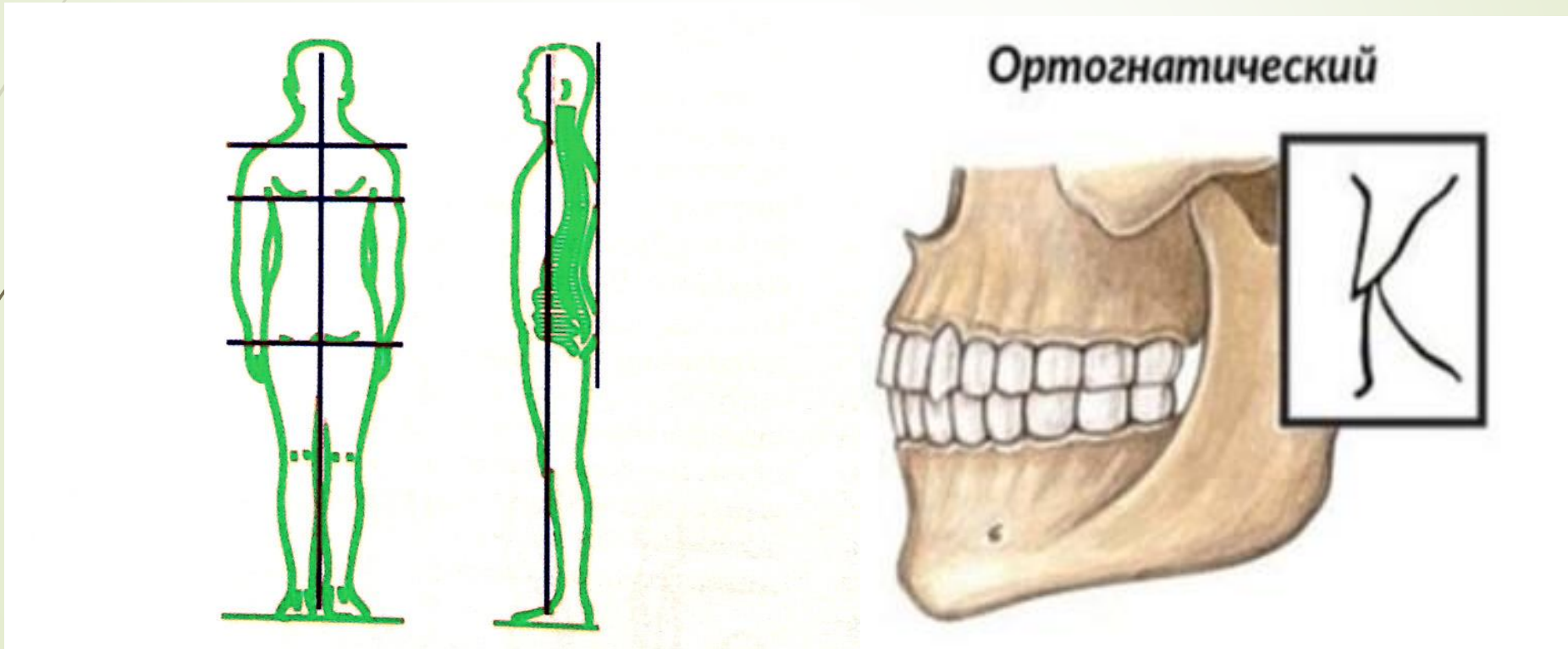
Зубочелюстные аномалии могут быть как причиной, так и следствием нарушений опорно-двигательного аппарата. Из этого следует, что, и изменение положения тела может повлиять на строение лицевого скелета, и нарушение пространственного взаимоотношения между челюстями может вызвать постуральную адаптацию

- Рис. 4 – Отсутствие четкого ответа в вопросе: что является первичным аномалии окклюзии или нарушения в опорно-двигательном аппарате.



Окклюзионный-массоинерционный центр—это звено общего центра масс тела человека, абстрактная точка, положение которой определяет распределение масс в челюстно-лицевой области

В норме при ортогнатическом прикусе окклюзионный массоиннерционный 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).



➤ Рис. 5 – Осанка при ортогнатическом прикусе.

➤ Рис. 6 – Ортогнатический прикус.



► Рис. 7 – Дистальный прикус.

**Дистальный прикус.** При дистальной окклюзии наблюдается смещение окклюзионного массоинерционного центра в сторону, соответствующую увеличенной активности *m. temporalis*.

**Внешние признаки дистального прикуса :**

- выпуклый профиль лица
- 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. Также часто отмечаются грудной кифоз и поясничный лордоз





**Мезиальный прикус.** 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.

**Внешние признаки мезиального прикуса :**

- профиль вогнутый, средняя часть немного западает назад.
- Лицо выглядит непропорционально за счет массивно выдающегося вперед подбородка.
- голова отклоняется назад
- 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.

► Рис. 8 – Мезиальный прикус.



**Перекрестный прикус.** При перекрестном прикусе отдельные зубы или группы зубов нижнего зубного ряда перекрывают соответствующие зубы на верхнем зубном ряду. **Косвенные симптомы:** асимметрия лица и смещение подбородка. Односторонний перекрестный прикус приводит к несимметричному росту нижней челюсти и усугубляет ассиметричный тонус жевательной мускулатуры. Также при перекрестном прикусе могут наблюдаться частые головные боли, мигрень и дискомфорт в области шеи и позвоночника

► Рис. 9 – Перекрестный прикус.



Следует отметить, что именно односторонний перекрестный прикус в области жевательных зубов чаще других аномалий окклюзии сочетается с **сколиотической деформацией** и разной длиной нижних конечностей.

► Рис. 10 – Осанка при перекрестном прикусе.



➤ Рис. 11 – Открытый прикус.

**Открытый прикус.** 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.

**Внешние признаки:**

- нижняя треть увеличена
- сглажены носогубные складки
- рот слегка приоткрыт, если же рот закрыть, губы сильно напряжены
- пациенты с открытым прикусом могут иметь увеличенный размер языка



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 (сутулость, грудной кифоз и поясничный лордоз)**. 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 (сглаживаются шейный лордоз, грудной кифоз, лопатки прижимаются к грудной клетке и угол наклона таза увеличивается)**.



Открытый прикус также влияет на речь и дикцию: затрудняется произношение отдельных звуков.

➤ Рис. 12 – Нарушение речи.

## 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.



Спасибо  
за внимание!