

**ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И АНОМАЛИЙ РАЗМЕРОВ
ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ
ОККЛЮЗИЕЙ**

Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С., Раззаков У.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Осанка - привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Она формируется в процессе физического развития ребенка и совершенствования статдинамических функций. У младенца одновременно с приобретением навыков удержания головы, сидения, а затем стояния постепенно формируется физиологическое искривление позвоночника с изгибами: в шейном отделе выпуклостью вперед - шейный лордоз, в поясничном отделе - поясничный лордоз и в грудном выпуклостью назад - кифоз. При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, лопаткам, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое.

По данным исследований, проведенных Новосибирским НИИТО МЗ РФ, у 37% детского населения выявлено предсколиотическое состояние, 3,5% имеют выраженную II степень сколиоза, 1-2% страдают III степенью сколиоза, 0,05-0,1% имеют IV степень сколиоза.

Цель исследования - обосновать особенности взаимосвязи нарушения осанки и аномалий размеров лицевого отдела черепа у детей с мезиальной окклюзией.

Материал и методы исследования. Клиническое обследование 112 пациентов проводили по общепринятой схеме, на кафедре ортодонтии ТГСИ. Для уточнения диагноза и определения степени выраженности нарушения, детей направляли на компьютерное оптическое топографическое обследование. В результате было установлено, что все дети с мезиальной окклюзией имеют деформации позвоночника: 9% - нарушения в сагиттальной плоскости (выраженный грудной кифоз). 27% - сколиозы различной степени выраженности (предсколиозное состояние, сколиоз I и II степеней). 64% - сочетанные изменения во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Результаты исследования. Для определения влияния осанки на формирование лицевого скелета изучены осанка и деформации позвоночника у детей с мезиальной окклюзией и проведен корреляционный анализ между данными компьютерной оптической топографии, измерения моделей челюстей и ТРГ головы.

Больше всего корреляционных связей определено между параметрами, характеризующими положение тела в состоянии покоя (SN), угловое положение вершины поясничного лордоза относительно VII шейного позвонка (ST) и угловое положение вершины шейного кифоза относительно межъягодичной складки (SK). Параметр, характеризующий положение тела в состоянии покоя (SN), влияет на длину тела верхней (A' - PNS) и нижней (Go - Gn) челюстей, высоту ветвей нижней челюсти (Co-Go). Положительные связи средней силы

обнаружены с величиной сагиттальной щели и параметрами, характеризующими наклон ($<U1/NL$) и зубоальвеолярную высоту ($U1 - NL$) верхних резцов, сильную положительную корреляцию определили с суммарным углом ($<Sum$), характеризующим направление роста челюстей. Размеры апикального базиса верхней челюсти и высота ветвей нижней зависят как от нарушения положения тела, так и от величины грудного кифоза: высоты дуги (B), описанного ($УО$) и вписанного угла раскрытия ($УВ$), проективного угла ($УП$), и интегральной нормированной высоты дуги ($ИБ$)- отрицательная связь средней силы. Влияние последних на длину тела нижней челюсти несколько слабее. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

Положительные корреляционные связи средней силы тех же параметров и величиной сагиттальной щели между резцами (r от 0,55 до 0,68) могут свидетельствовать о том, что увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводит к увеличению щели. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

Заключение. На основании данных комплексного обследования (клинического, антропометрического, телерентгенометрического, функционального), а также результатов лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов выделены 3 степени ее выраженности. Так и телерентгенометрические, определяющие нарушения гармоничности (соразмерности) в гнатической части лицевого отдела черепа (нарушение соотношения передних точек апикальных базисов челюстей: $Wits$ -число ($N=0,78\pm0,26$), $<ANB$ ($N=3,38\pm0,33$); нарушение квадрилатерального соотношения размеров апикальных базисов челюстей (в норме они равны); нарушение наклона резцов по отношению к плоскости основания соответствующей челюсти: $<U1/SpP$ ($N=67,94\pm0,8$) и $<I1/MP$ ($N=85,48\pm1,03$).

Список литературы:

1. Арипова, Г., et al. "РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЕТОМ ТИПА РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ." Медицина и инновации 1.4 (2021): 421-425.
2. Конференция, VIIEM. "СПУТНИКОВЫЙ ФОРУМ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ." (2018).
3. Kovalenko, L. I., et al. "DARST. UND TRENNUNG VON EXO-UND ENDO-1, 3-DIMETHYL-BICYCLO (2, 2, 1) HEPTAN." Chemischer Informationsdienst. Organische Chemie 1.33 (1970): no-no.