

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПАТОЛОГИЮ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Попов И. А., Ситникова К. А., Гегамян А. О.

Научный руководитель: ассистент Гегамян А. О.

Кафедра стоматологии детского возраста

В статье приведены данные о взаимосвязи типов роста нижней челюсти у людей, имеющих патологию дистального прикуса, с параметрами шейного отдела позвоночника, оцениваемых по протоколу Mariano Rocabado. Проведенный анализ телерентгенограмм в боковой проекции показал, что корреляционно значимым для дистальной окклюзии параметром оказалась глубина шейного отдела позвоночника, а для типов роста нижней челюсти – положение C1, C2, положение подъязычной кости, положение черепа относительно позвоночника, и глубина шейного отдела позвоночника. Вышеприведенные данные указывают о взаимном влиянии зубочелюстных аномалий и шейного отдела позвоночника друг на друга, что может быть использовано в комплексном лечении и в ранней диагностике предрасположенности к неправильному росту лицевого скелета.

Ключевые слова: *дистальный прикус, краниоцервикальное равновесие, типы роста нижней челюсти, цефалометрия, влияние нарушений осанки на зубочелюстную систему, развитие лицевого скелета, анализ телерентгенограмм в боковой проекции.*

The article presents data on the relationship of the types of mandibular growth in people with distal occlusion pathology with the parameters of the cervical spine, evaluated according to the Mariano Rocabado protocol. The analysis of radiographs in the lateral projection showed that the correlation parameter for distal malocclusion was the depth of the cervical spine, and for the types of growth of the

mandible – the position of C1, C2, the position of the hyoid bone, the position of the skull relative to the spine and, also, the depth of the cervical spine. The above data indicate the mutual influence of dental anomalies and the cervical spine on each other, which can be used in complex treatment and in early diagnosis of predisposition to abnormal growth of the facial skeleton.

Keywords: *distal malocclusion, craniocervical balance, types of mandibular growth, cephalometry, the effect of posture disorders on the maxillary system, development of the facial skeleton, analysis of lateral cephalometric radiographs.*

Введение

На сегодняшний день во всем мире регистрируется высокий рост зубочелюстных аномалий [1]. Данная тенденция повышает актуальность вопросов, связанных со своевременной профилактикой в ортодонтической стоматологии. Понимание механизмов формирования нарушений лицевого скелета помогло бы вовремя диагностировать предпосылки к неправильному росту, что, в свою очередь, улучшило бы ситуацию. Анализ отечественных и зарубежных источников литературы показал, что появление некоторых зубочелюстных аномалий связано с влиянием экзогенных факторов, а не только предопределено генами [3]. Еще в 60-х годах прошлого столетия был проведен эксперимент на обезьянах, которым искусственно формировали дыхание ртом, закупоривая носовые проходы. Ротовое дыхание повлияло на осанку обезьян, при этом животные опускали нижнюю челюсть и язык, что приводило к вертикальному росту лица и неправильному прикусу [2]. Влияние функциональных нарушений на морфологическое строение скелета активно обсуждается и по сей день. Знания о генезе зубочелюстных аномалий помогут не только предотвратить их на раннем этапе развития, но и добиваться наиболее предсказуемого и стабильного результата в будущем, так как проблема возникновения ортодонтического рецидива может иметь точно такие же корни [4]. Изучение организма как единого целого – ключ к патогенетическому лечению.

Цель исследования

Определить тип роста нижней челюсти и оценить параметры шейного отдела позвоночника по протоколу Mariano Rocabado у людей, имеющих патологию дистального прикуса. Выявить корреляционную зависимость между полученными результатами.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования было проанализировано 22 снимка телерентгенограммы в боковой проекции, у людей с установленным диагнозом «дистальная окклюзия». Для выявления корреляционной зависимости между параметрами шейного отдела позвоночника и типами роста нижней челюсти было выделено три группы. Распределение пациентов по группам происходило в соответствии с типом роста, который оценивали по нескольким взаимосвязанным параметрам: угол Go, индекс высоты лица, угол FMA, угол SN-GnGo и угол Y-NS. В первую группу были включены снимки пациентов с нейтральным типом роста – N1 (10 снимков), во вторую группу входили снимки пациентов с горизонтальным типом роста – N2 (4 снимка), а в третью группу входили снимки пациентов с вертикальным типом роста – N3 (8 снимков). Далее для каждой группы были определены параметры шейного отдела позвоночника в соответствии с протоколом Mariano Rocabado. Оценивалось положение C1, C2 относительно друг друга и относительно C0, угол CVA, положение подъязычной кости и глубина шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования

1. В группе N1 было выявлено, что 60% пациентов имеют нормальное положение C1, C2. У 40% пациентов определили отклонение от нормы; 40% пациентов имеют нормальное положение черепа относительно позвоночника, 30% имеют флексию черепа относительно позвоночника, а у 30% была экстензия черепа относительно позвоночника; 83% пациентов имеют положительное положение подъязычной кости, 0% имеют нейтральное положение подъязычной кости, а у 17% было отрицательное

положение подъязычной кости; 50% пациентов имеют нормальную глубину шейного отдела позвоночника, а 50% – выраженную.

2. В группе N2 было выявлено, что 25% пациентов имеют нормальное положение C1, C2. У 75% пациентов определили отклонение от нормы; 50% пациентов имеют нормальное положение черепа относительно позвоночника, 50% имеют флексию черепа относительно позвоночника, а у 0% была экстензия черепа относительно позвоночника; 100% пациентов имеют положительное положение подъязычной кости, 0% имеют нейтральное положение подъязычной кости, а у 0% было отрицательное положение подъязычной кости; 0% пациентов имеют нормальную глубину шейного отдела позвоночника, а 100% выраженную.

3. В группе N3 было выявлено, что 88% пациентов имеют нормальное положение C1, C2. У 12% пациентов определили отклонение от нормы; 50% пациентов имеют нормальное положение черепа относительно позвоночника, 12% имеют флексию черепа относительно позвоночника, а у 38% была экстензия черепа относительно позвоночника; 25% пациентов имеют положительное положение подъязычной кости, 12% имеют нейтральное положение подъязычной кости, а у 63% было отрицательное положение подъязычной кости; 25% пациентов имеют нормальную глубину шейного отдела позвоночника, а 75% выраженную.

Выводы

Проанализировав все снимки ТРГ в боковой проекции у людей с дистальным прикусом, обнаружили, что только у 32% значения глубины шейного изгиба позвоночника находились в пределах нормы. В группе с установленным «горизонтальным типом роста» в 75% случаев имелись отклонения от нормы по положению C1, C2, в 100% случаев определялось положительное положение подъязычной кости и в 100% случаев была выражена глубина шейного изгиба позвоночника. Группа с установленным «вертикальным типом роста» в 88% случаев имела нормальное расположение C1, C2, в 63% было определено отрицательное положение подъязычной кости и в 75% случаев была выражена глубина шейного

отдела позвоночника. Для группы с установленным «нейтральным типом роста» корреляционно значимым являлось только положение подъязычной кости, которое в 70% случаев было положительным.

Список литературы:

1. Аскарова Н.С. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций в период формирования прикуса. Актуальные научные исследования в современном мире. 2020; 5-9(61): 41-43.

2. Harvold E.P., Tomer B.S., Vargervik K., & Chierici G. Primate experiments on oral respiration. American journal of orthodontics. 1981; 9(4): 359–372. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(81\)90379-1](https://doi.org/10.1016/0002-9416(81)90379-1).

3. Sandoval C., Díaz A., & Manríquez G. Relationship between craniocervical posture and skeletal class: A statistical multivariate approach for studying Class II and Class III malocclusions. Cranio: the journal of craniomandibular practice. 2021; 39(2): 133–140. <https://doi.org/10.1080/08869634.2019.1603795>.

4. Токаревич И.В., Корнеева А.С. Современный подход к лечению зубочелюстных аномалий у детей в период смешанного прикуса. Бюллетень медицинской науки. 2021; 2(22): 63-69. https://doi.org/10.31684/25418475_2021_2_63. – EDN MROSFZ.

Как цитировать:

Попов И. А., Ситникова К. А., Гегамян А. О. Оценка параметров шейного отдела позвоночника у людей, имеющих патологию дистального прикуса с различными типами роста нижней челюсти. Материалы IX итоговой конференции НОМУИС. Барнаул. *Scientist*. 2023; 4 (26): 197-201.
