

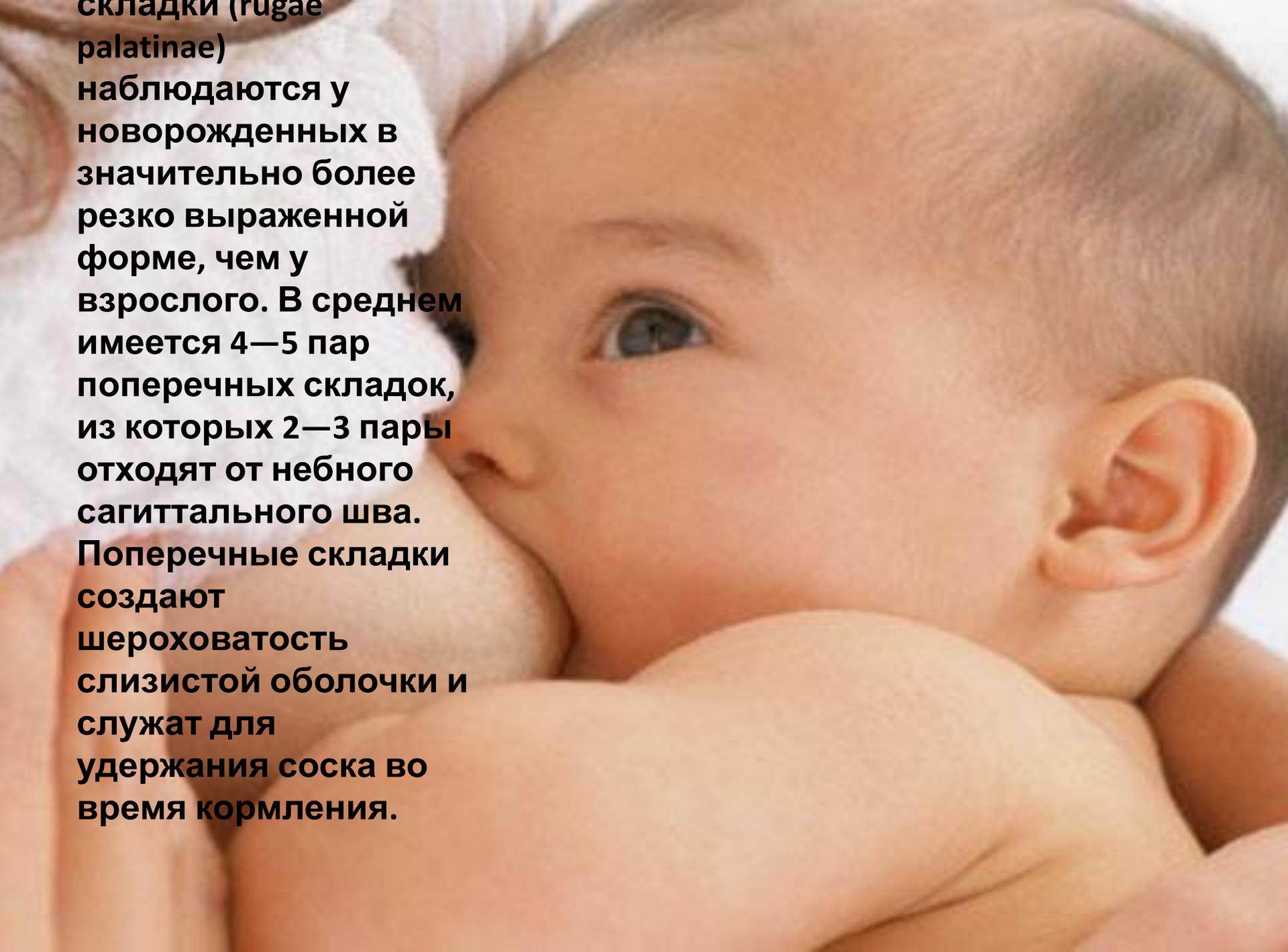
- Все органы человеческого тела от начала до конца жизни человека непрерывно претерпевают ряд морфологических изменений, которые находятся в тесной зависимости от функции. Жевательный аппарат человека в младенческом возрасте особенно ярко отражает это единство формы и функции. В первое полугодие после рождения в полости рта ребенка еще нет зубов, и все элементы жевательного аппарата полностью и целиком приспособлены для акта сосания, необходимого при приеме грудного молока.

## **1. Губы**

**новорожденного  
мягки, как будто  
несколько припухшие  
и имеют  
хоботообразную  
форму. Хорошо  
выражена круговая  
мышца полости рта.  
На губах развито  
нечто вроде  
сосательной  
подушки. Благодаря  
этому образованию  
ребенок плотно  
охватывает  
напряженный сосок  
груди.**



также для охватывания соска груди. Она представляет собой гребневидную складку слизистой оболочки, расположенную на альвеолярных отростках верхней и нижней челюстей во фронтальной области. Десневая мембрана изобилует маленькими сосочкообразными бугорками и богата сосудами, вследствие чего она обладает способностью к уплотнению. Это анатомическое образование особенно хорошо обнаруживается тут же после отнятия ребенка от груди (Шажке).



**складки (rugae palatinae) наблюдаются у новорожденных в значительно более резко выраженной форме, чем у взрослого. В среднем имеется 4—5 пар поперечных складок, из которых 2—3 пары отходят от небного сагиттального шва. Поперечные складки создают шероховатость слизистой оболочки и служат для удержания соска во время кормления.**

**представляет собой самостоятельное многодольчатое тело, заключенное в собственную соединительную капсулу. Этому анатомическому образованию также приписывают роль сосательного приспособления. Кроме указанных анатомических образований, в полости рта грудного ребенка имеется еще ряд других особенностей, которые служат для приема пищи. Так, например, в полости рта грудного ребенка резко выражен сосательный рефлекс. Стоит только коснуться пальцем языка или губ, как проявляется этот рефлекс**

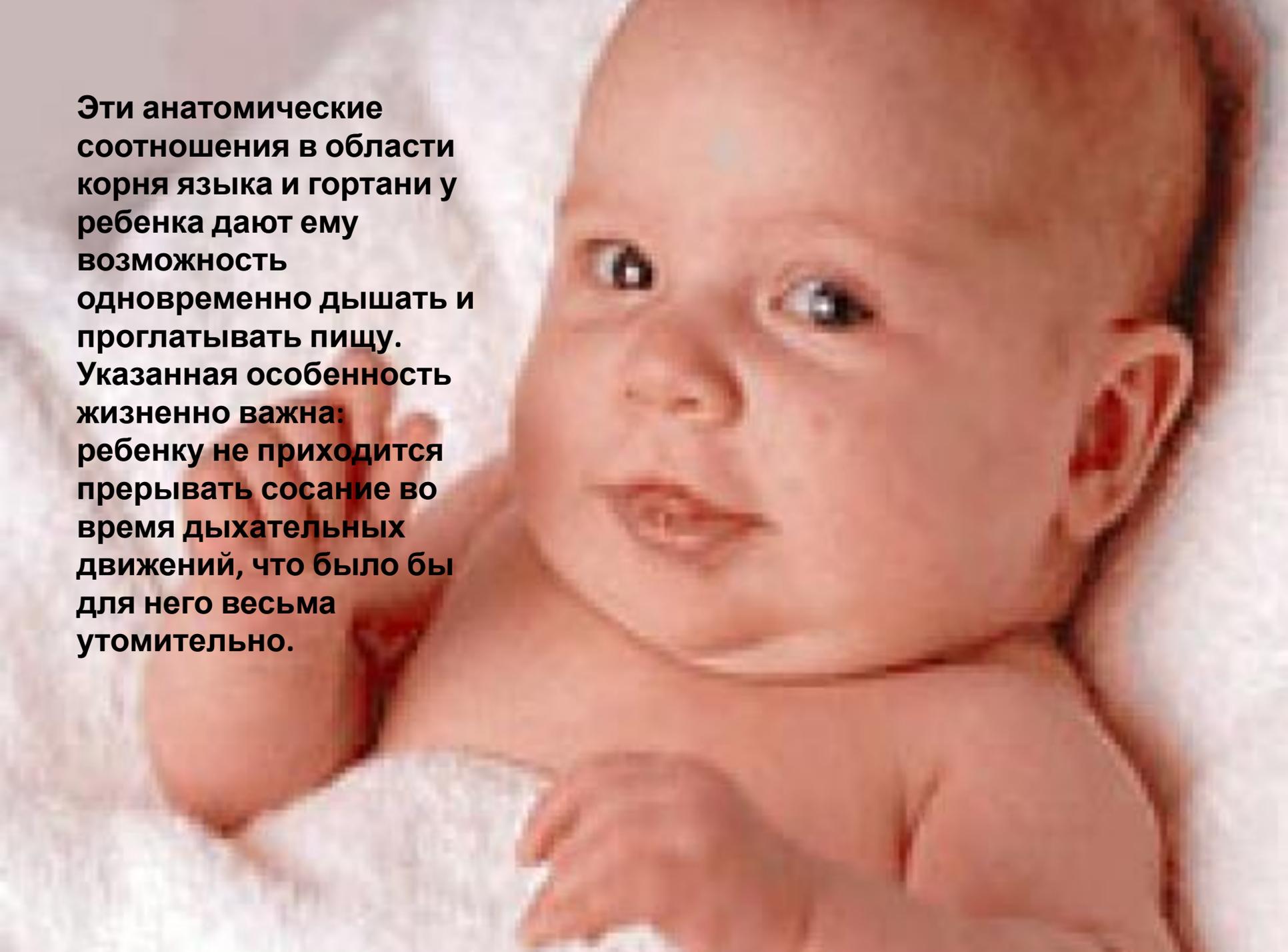
- Сильное ущемление пальца, введенного в рот ребенка, свидетельствует о том, что акт сосания инстинктивно сопровождается давлением, необходимым для выжимания молока из груди матери. Сосок материнской груди, вкладываемый в полость рта грудного ребенка, раздражает рефлексогенную зону полости рта. Процесс возбуждения, передающийся по афферентным волокнам тройничного нерва, иннервирующего полость рта, идет центробежно к сосательному центру, заложеному в продолговатом мозгу по обе стороны *corpus restiforme*.

- В центре это возбуждение перерабатывается в импульс, идущий центробежно по двигательным волокнам трех нервов: подъязычного, тройничного и лицевого; по подъязычному нерву происходит возбуждение языка, по тройничному — возбуждение жевательной, наружной крыловидной и щечной мышц, а по лицевому нерву — возбуждение губ. Мышцы, язык и губы начинают сокращаться и таким образом осуществляется сосательный рефлекс.

- К категории фактов приспособления полости рта новорожденного к приему пищи относится также наблюдающееся дистальное положение нижней челюсти новорожденного, так называемая физиологическая младенческая ретрогения. Как известно, ребенок для выжимания молока из соска материнской груди перемещает нижнюю челюсть кпереди. Благодаря этому он охватывает крепко сосок и производит ритмические движения спереди назад, при помощи которых выдавливается молоко. Отсутствие суставного бугорка облегчает ребенку сагиттальные движения нижней челюсти.

- Эта ретрогения к концу младенческого возраста благодаря ритмическим движениям нижней челюсти во время акта сосания превращается в ортогнатию.
- Наконец, у грудного ребенка топография гортани иная, чем у взрослого. Взрослый не в состоянии дышать во время глотания. Грудной же ребенок одновременно глотает и дышит. Это объясняется, по мнению Гассе, тем, что надгортанник расположен у взрослого глубже, чем у ребенка. У грудного ребенка вход в гортань лежит высоко над нижнезадним краем небной занавески и соединен только с полостью носа. Путь для пищи расположен у ребенка по сторонам от выступающей гортани, где имеется сообщение между полостью рта и глоткой.

**Эти анатомические соотношения в области корня языка и гортани у ребенка дают ему возможность одновременно дышать и проглатывать пищу. Указанная особенность жизненно важна: ребенку не приходится прерывать сосание во время дыхательных движений, что было бы для него весьма утомительно.**



прообразом челюстных костей взрослого человека, но имеют свои особенности.

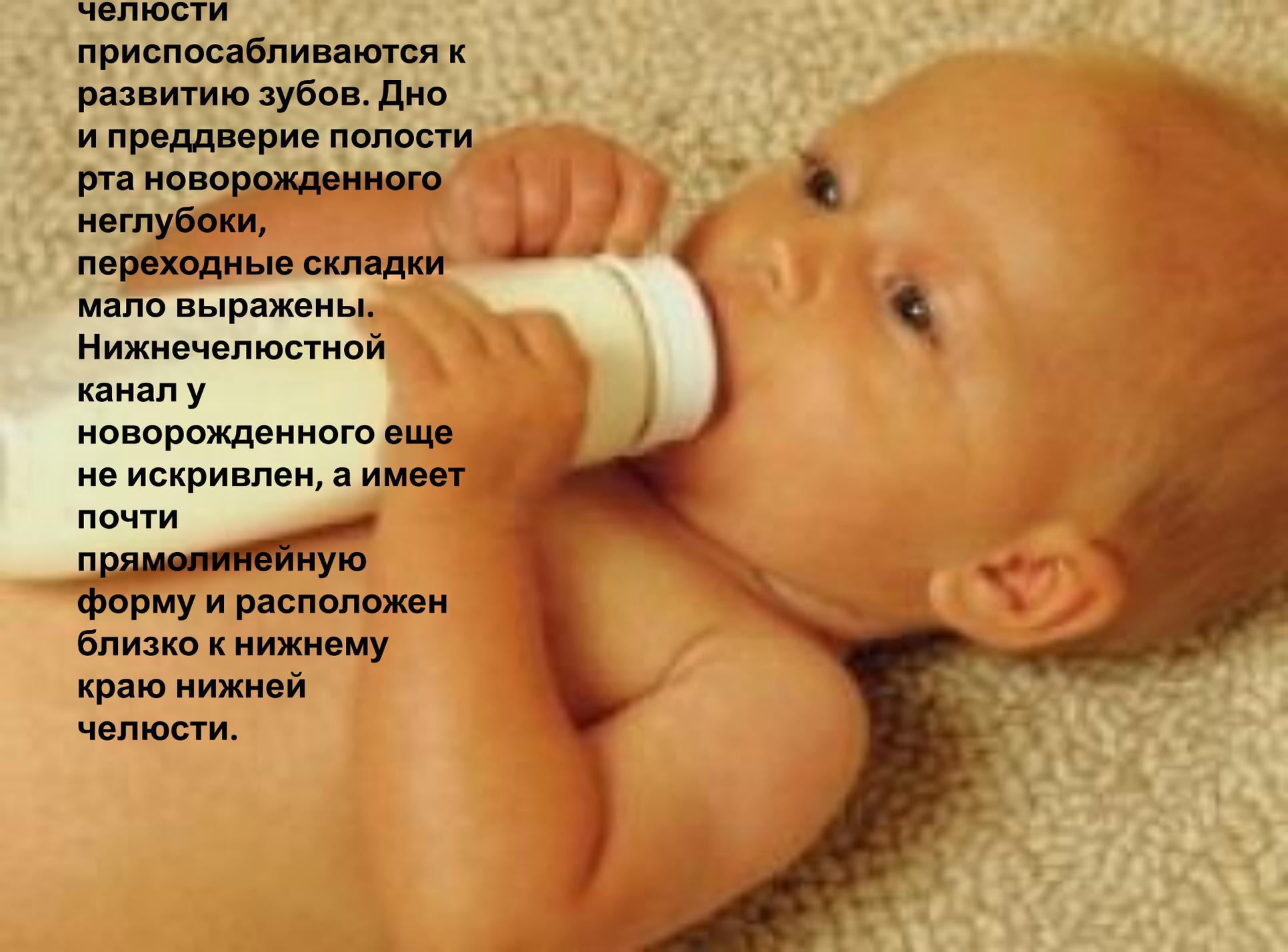
Они, во-первых, состоят только из двух дуг — базальной и альвеолярной. Во-вторых, у новорожденного нижняя челюсть состоит из двух половин, не сросшихся посередине и соединяющихся между собой соединительной тканью. Только на первом или на втором году жизни они срастаются в одну целую кость благодаря появлению одной — двух добавочных точек окостенения (*punctum ossificationis*).



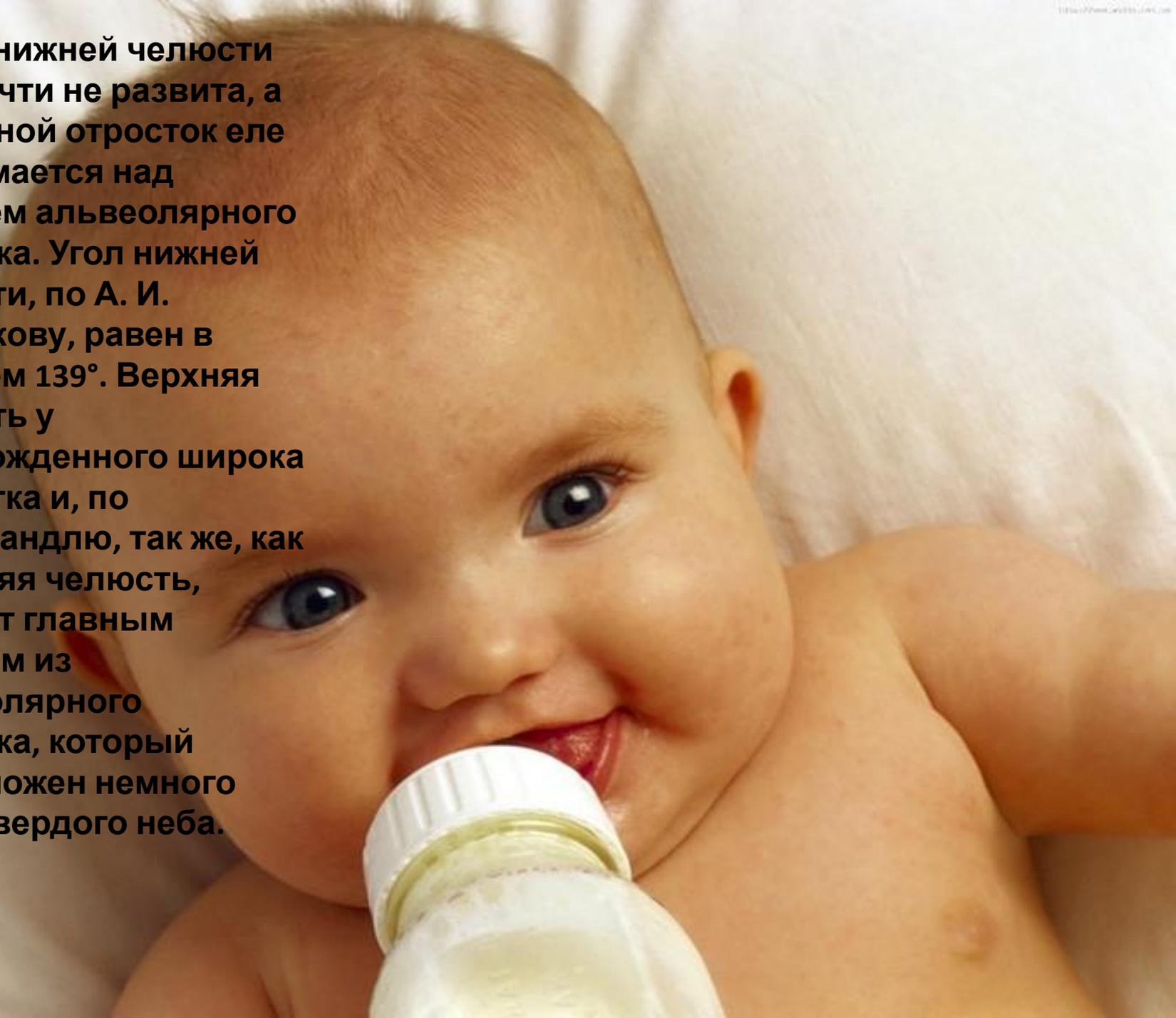
**выраженный альвеолярный отросток. Базальная часть ее слаборазвита. Высота альвеолярного отростка нижней челюсти у новорожденного 8,6 мм, а у взрослого — 11,5 мм. Высота основания тела у новорожденного 3—4 мм, у взрослого — 18 мм. Таким образом, альвеолярный отросток представляет собой основную часть нижней челюсти.**



**Челюсти  
приспосабливаются к  
развитию зубов. Дно  
и преддверие полости  
рта новорожденного  
неглубоки,  
переходные складки  
мало выражены.  
Нижнечелюстной  
канал у  
новорожденного еще  
не искривлен, а имеет  
почти  
прямолинейную  
форму и расположен  
близко к нижнему  
краю нижней  
челюсти.**

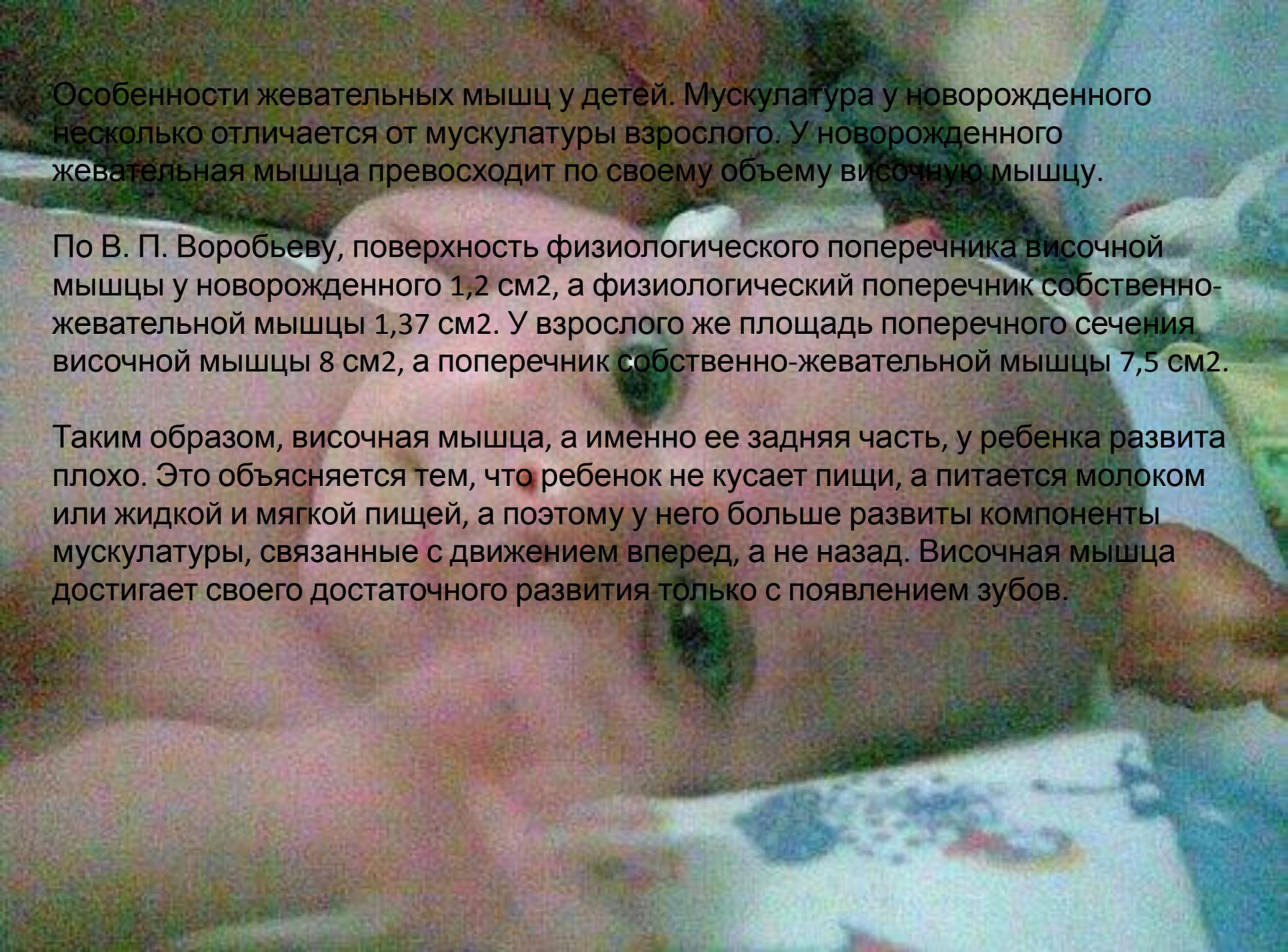


**Ветвь нижней челюсти еще почти не развита, а суставной отросток еле поднимается над уровнем альвеолярного отростка. Угол нижней челюсти, по А. И. Дойникову, равен в среднем  $139^\circ$ . Верхняя челюсть у новорожденного широка и коротка и, по Цукеркандлю, так же, как и нижняя челюсть, состоит главным образом из альвеолярного отростка, который расположен немного ниже твердого неба.**



**Длина верхней челюсти, по Цукеркандлю, у взрослого 64 мм, ширина 52 мм, длина альвеолярного отростка верхней челюсти новорожденного 25 мм, ширина 32 мм. Гайморова полость только намечается. Вместо нее имеется небольшое вдавление, вдающееся в боковые стенки полости носа. Объем полости по Михалайцу равен 0,15 см. Вся гайморова полость лежит медиально по отношению к альвеолярному отростку. Зачатки зубов расположены под самой глазницей и отделяются от последней тонкой костной пластинкой.**

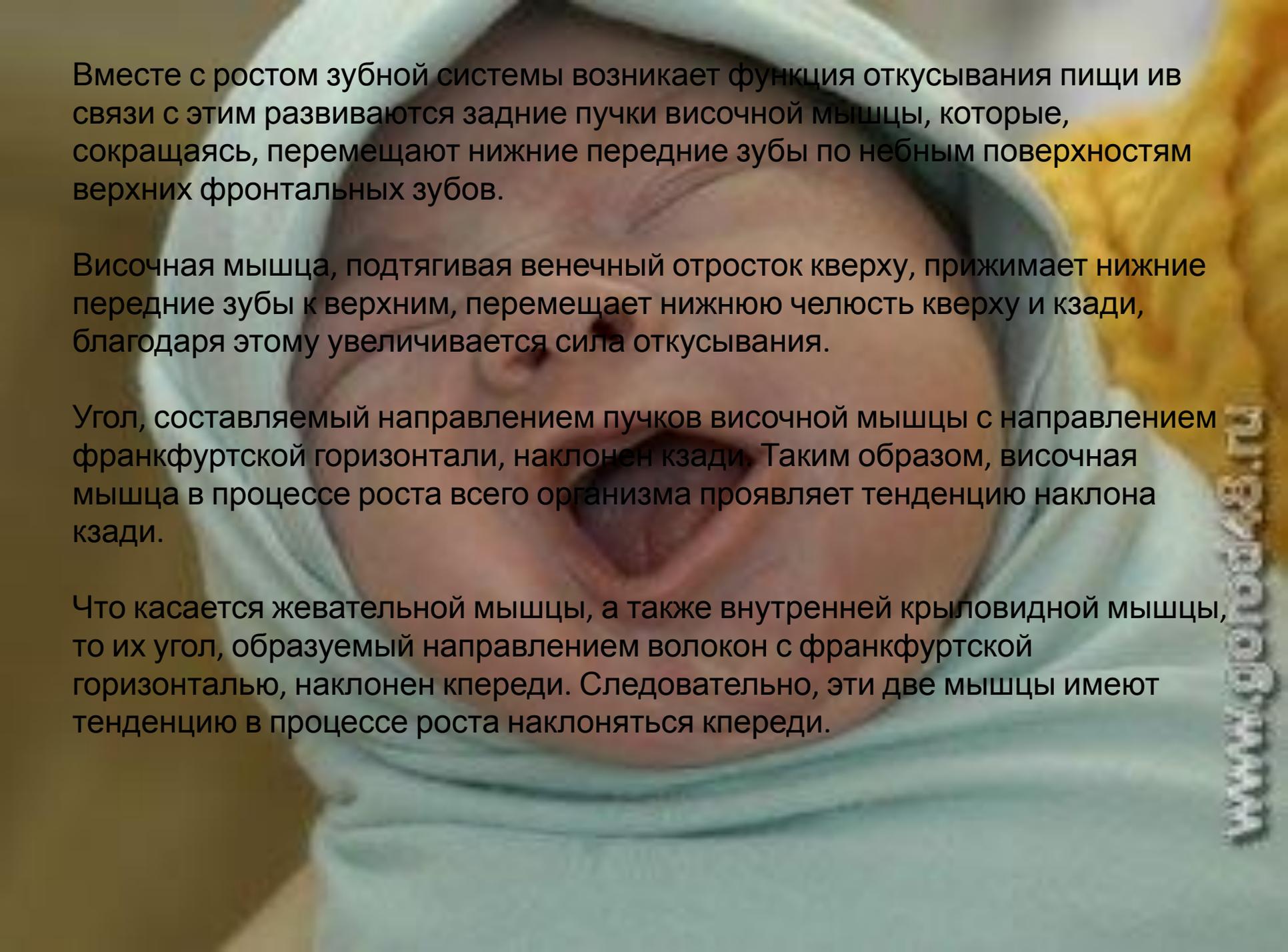




Особенности жевательных мышц у детей. Мускулатура у новорожденного несколько отличается от мускулатуры взрослого. У новорожденного жевательная мышца превосходит по своему объему височную мышцу.

По В. П. Воробьеву, поверхность физиологического поперечника височной мышцы у новорожденного 1,2 см<sup>2</sup>, а физиологический поперечник собственно-жевательной мышцы 1,37 см<sup>2</sup>. У взрослого же площадь поперечного сечения височной мышцы 8 см<sup>2</sup>, а поперечник собственно-жевательной мышцы 7,5 см<sup>2</sup>.

Таким образом, височная мышца, а именно ее задняя часть, у ребенка развита плохо. Это объясняется тем, что ребенок не кусает пищи, а питается молоком или жидкой и мягкой пищей, а поэтому у него больше развиты компоненты мускулатуры, связанные с движением вперед, а не назад. Височная мышца достигает своего достаточного развития только с появлением зубов.



Вместе с ростом зубной системы возникает функция откусывания пищи и в связи с этим развиваются задние пучки височной мышцы, которые, сокращаясь, перемещают нижние передние зубы по небным поверхностям верхних фронтальных зубов.

Височная мышца, подтягивая венечный отросток кверху, прижимает нижние передние зубы к верхним, перемещает нижнюю челюсть кверху и кзади, благодаря этому увеличивается сила откусывания.

Угол, составляемый направлением пучков височной мышцы с направлением франкфуртской горизонтали, наклонен кзади. Таким образом, височная мышца в процессе роста всего организма проявляет тенденцию наклона кзади.

Что касается жевательной мышцы, а также внутренней крыловидной мышцы, то их угол, образуемый направлением волокон с франкфуртской горизонталью, наклонен кпереди. Следовательно, эти две мышцы имеют тенденцию в процессе роста наклоняться кпереди.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**