

- adhesion method: a preliminary study of serial dental casts // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1999. – Vol. 103. – P. 1630-1644.
18. Nadtochij A., Starikova N., Safronova U. et al. Position and Function of the tongue in children with cleft lip and Palate // XX congress of European association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery-2010. – Belgium, Bruges. – Abst. 6. – P. 420-421.
 19. Reiser E., Skoog V., Gerdin B., Andlin-Sobocki A. Association Between Cleft Size and Crossbite in Children With Cleft Palate and Unilateral Cleft Lip and Palate // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2010. – Vol. 47. – P. 175-181.
 20. Prasad C.N., Marsh J.L., Long R.E. et al. Quantitative 3D Maxillary Arch Evaluation of Two Different Infant Managements for Unilateral Cleft Lip and Palate // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2000. – Vol. 37. – P. 562-570.
 21. Pradip R., Shetye, Evans C.A. Midfacial Morphology in Adult Unoperated Complete Unilateral Cleft Lip and Palate Patients. – 2006. – Vol. 76. – P. 810816.
 22. Suri S., Disthaporn S., Atenafu E.G., Fisher D.M. Presurgical Presentation of Columellar Features, Nostril Anatomy, and Alveolar Alignment in Bilateral Cleft Lip and Palate After Infant Orthopedics With and Without Nasoalveolar Molding // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2012. – Vol. 49, №3. – P. 314-324.

Число детей, рождающихся с врожденной патологией челюстно-лицевой области, остается значительным. Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы и неба является наиболее тяжелой формой расщелины лица. У таких пациентов имеются выраженные анатомические и функциональные нарушения, требующие длительного и многоэтапного восстановления. В настоящее время лечение таких пациентов осуществляется комплексно и включает участие челюстно-лицевого хирурга, логопеда, отоларинголога, педиатра, ортодонта и др. На протяжении всего срока лечения ортодонтическая коррекция не только улучшает функциональные и эстетические показатели зубочелюстной системы, но и является подготовительным этапом для продолжения лечения у других специалистов. В то же время необходимо уточнению некоторых деталей самого метода и конструктивных особенностей аппарата, а также разработка показаний к применению того или иного вида ортодонтического лечения в зависимости от степени, тяжести и формы имеющейся деформации и выбора тактики подготовки пациента к первичному хирургическому лечению.

Ключевые слова: двусторонняя расщелина верхней губы и неба, ортодонтическое лечение.

Early orthodontic treatment in the system of complex rehabilitation of children with bilateral cleft lip and palate (literature review)

Amanullaev R.A., Murtazaev S.M., Ikramov G.A., Sobirov S.S.

The number of children born with congenital pathology of the maxillofacial region throughout the world remains at a

high level. Congenital bilateral cleft of the upper lip and palate is the most severe form of cleft face. In such patients, severe anatomical and functional disorders are identified that require a long and multi-stage recovery. Currently, the treatment of such patients has become complex and includes the work of many specialists, such as the maxillofacial surgeon, speech therapist, otolaryngologist, pediatrician, orthodontist, etc. Throughout the treatment, orthodontic correction not only improves the functional and aesthetic parameters of the dento-maxillary system, but also is a preparatory stage for the continuation of treatment by other specialists. Orthodontic correction at the age from birth to the start of a removable bite was called early orthodontic treatment. There are several theories for starting early orthodontic treatment. Some details of the method itself and the design features of the apparatus need to be clarified. There are no indications for the use of this or that type of orthodontic treatment, depending on the degree, severity and form of the existing deformity and the choice of tactics for preparing the patient for primary surgical treatment.

Key words: bilateral cleft of the upper lip and palate, orthodontic treatment.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-16>

УДК: 616.716.8-007:616.7]-616.314.26-056.5/6

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ СМЕННОГО ПРИКУСА



Нигматов Р.Н., Нигматова И.М.,
Нодирхонова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Резюме. Анализирована прямо пропорциональная зависимость распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с разным состоянием опорно-двигательного аппарата от степени тяжести нарушения позвоночного столба минимальная у физически здоровых детей и максимальная у детей со сколиозом. Особенно высок риск, в случаях, если зубочелюстная аномалия является следствием нарушения осанки. Поэтому, правильный подход к лечению зубочелюстных

аномалий у детей заключается в комплексном подходе, при котором коррекция прикуса должен сопровождаться с ортопедическим и логопедическим лечением.

Interrelation of dentoalveolar anomalies and diseases of the musculoskeletal system in children during the period of a shift bite (review article)

Nigmatov R.N., Nigmatova I.M., Nodirkhonova M.O.
Tashkent State Dental Institute

Summary. The direct proportional dependence of the prevalence of dentoalveolar anomalies and deformities in children with different conditions of the musculoskeletal system on the severity of spinal column disorders was analyzed. It was minimal in physically healthy children and maximum in children with scoliosis. The risk is especially high in cases where the dentofacial anomaly is a consequence of a violation of posture. Therefore, the correct approach to the treatment of dentoalveolar anomalies in children is a comprehensive approach in which occlusion correction should be accompanied with orthopedic and speech therapy treatment.

В процессе формирования аномалии зубных рядов и окклюзии происходят существенные изменения в строении лицевого скелета, а также наблюдаются специфические для конкретной аномалии окклюзии изменения позы (осанки) человека. У больного изменяется походка, нарушается гармония строения и движения тела [1, 4, 28, 29]. Взаимосвязи дистальной окклюзии с изменениями осанки (позы, постуры) человека в литературе освещены недостаточно. Сложилось мнение, что с завершением ортодонтического лечения вопрос исчерпывается. В то же время имеются факты, свидетельствующие о том, что, например, дистальная окклюзия сопровождается развитием нарушений организма и, в частности, опорно-двигательной системы. Зарубежные врачи – остеопаты: Palano D. 1994, Weber B. 1995; Marino 1999 [36,44] обратили внимание на то, что очень часто причиной сколиозов у молодых людей является аномалия прикуса, причем чаще всего – дистальная окклюзия.

Индивидуальность человека в значительной степени определяется морфологическими особенностями строения лица, а также манерами и привычками. Во внешнем облике больных с аномалиями окклюзии отмечаются общие черты, которые делают их похожими друг на друга. Внешнее сходство объясняется аналогичными морфологическими и функциональными отклонениями в развитии зубочелюстной системы, а также психосоматическими особенностями.

Наблюдающиеся при этом нарушения функций дыхания, глотания, жевания и речи усугубляют отклонения, отражающиеся на конфигурации лица и формировании отдельных черт характера человека. У больных с аномалиями окклюзии функциональные нарушения могут привести к морфологическим отклонениям – на-

рушениям осанки, которые не обладают способностью к саморегуляции [28].

Развитию аномалий окклюзии способствует неправильная посадка за столом (партой), привычка поддерживать голову ладонями или опираться одновременно на локоть и кисть руки, приложенной к подбородку. При этом нарушения окклюзии бывают, взаимосвязаны с направлением давления на челюсти [29].

При рассмотрении профиля стоящего человека центры тяжести его головы, лопаточно-плечевой артикуляции, бедер, колен и стоп находятся, как правило, на одной вертикальной оси, что характерно для гармонично развитой, статной фигуры. При аномалиях окклюзии центр тяжести головы нередко располагается впереди этой вертикальной оси, что влечет за собой изменение осанки и увеличение нагрузки, приходящейся на мышцы шеи. В этом случае сохранение правильного положения головы и горизонтального расположения взгляда возможно лишь при нарастании напряжения мышц шеи. У больных с аномалиями окклюзии наблюдается наклоненное вперед положение головы, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голеней, плоскостопие [28].

На ранних стадиях процесса эти отклонения можно расценивать как слабость осанки. Нарастание отклонений, которое с возрастом проявляется в большей степени, характеризуется как нарушение осанки.

У таких больных может наблюдаться резко выраженный лордоз и кифоз, реже сколиоз. В зависимости от степени выраженности изгибов позвоночника различают следующие виды осанок: нормальную, выпрямленную, сутулую, лордическую, кифотическую, сколиотическую [2]. Наблюдается и обратная тенденция: функциональное состояние опорно-двигательной системы определяет осанку и воздействует на формирование костно-мышечно-связочного аппарата. В этом случае зафиксированные позотонические рефлекссы, обусловленные вредными привычками, приводят к неправильной позе человека и, в свою очередь, способствуют развитию зубочелюстных аномалий.

Расширение представлений о взаимосвязи аномалий окклюзии с общими нарушениями организма позволяет поставить вопрос о необходимости комплексного изучения патологии и лечения таких больных рядом специалистов, в том числе остеопатами [12, 13, 14, 15]. Важно понимание взаимосвязи опорно-двигательной и зубочелюстной систем, в обеспечении устойчивости вертикальной позы человека. Это очень сложный, динамический процесс. В нем задействованы различные функциональные системы организма: опорно-двигательная, вестибулярная, зрительная, зубочелюстная и другие. Андрианов В.Л. с соавторами [3] показали влияние суставных рецепторов на позу человека. Рецепторы суставных капсул и связок сигнализируют о положении структур, образующих сустав, направлении и скорости их взаимного смещения.

С нарастанием степени тяжести нарушений опорно-двигательного аппарата возрастает число больных с дистальной окклюзией. Исследована возможность саморегуляции аномалий окклюзии при лечении нарушений опорно-двигательной системы. Установлено, что саморегуляция зависит от степени тяжести сколиоза и возможна только при незначительных нарушениях опорно-двигательной системы.

Необъяснимая безуспешность ортодонтического лечения, его длительность, развитие осложнений и рецидивов обусловлены влиянием на зубочелюстную систему нарушений со стороны других органов и систем. Аномалии окклюзии могут быть как причиной, так и следствием нарушений опорно-двигательного аппарата.

В работе F. Festa et al. (2003) на материале обследования молодых женщин, (средний возраст 27,4 года) отмечено существование связи между лордозом шейного отдела позвоночника и аномалиями прикуса II класса.

I. Mertensmeier и P. Diedrich [45] при обследовании 126 пациентов до и после ортодонтического лечения установили, что в случаях дистальной окклюзии у пациентов часто обнаруживается гиперлордоз шейного отдела позвоночника.

Аномальная работа шейных мышц может вызвать нарушения посадки головы, что повлияет на состояние шейного отдела позвоночника, ведет к асимметрии лица и нарушениям прикуса (Kondo E., Aoba T.) [40].

С другой стороны, S. Renger et al. [52] указывают, что средние и небольшие челюстно-лицевые деформации не влияют на осанку.

Результаты ряда исследований указывают на возможную связь между сколиозом и дистальным прикусом [38, 42, 51].

Предположение о том, что нарушение осанки является причиной развития аномалий прикуса и нарушения работы зубочелюстной системы, выдвигается очень давно. Большинство публикаций представляют собой описания отдельных эпизодов или субъективных клинических впечатлений. Так J. Huggare [38] считает доказанным тот факт, что аномалии прикуса II класса по Энглю связаны с искривлениями шейного отдела позвоночника и что у детей со сколиозом и кривошеей увеличивается опасность развития перекрестного прикуса. Сходные данные приводятся в работах P. Pirttiniemi et al., K. Grave и G. Townsend [37]. О связи нарушений осанки и аномалий прикуса пишут N.D. Mohl [49], A. Soytarhan и A.G. Aras [56,57], G. Minervini, F. Scioli [48], A. Nobili, R. Adversi [50], B. Solow и L. Sonnesen [55], R.S. Milani et al. [47], T. Shimazaki et al. [54], H. Yamaguchi и K. Sueishi [55]. Y. Azuma et al. (1999) подтверждают эти данные в эксперименте.

Телерентгенографические и рентгеноцефалометрические исследования подтверждают это предположение (Capurso U. et al.) [33, 34].

C. Lippold et al. [43] обследовали 59 подростков старшего школьного возраста. Нарушения прикуса по классификации Энгля распределились следующим об-

разом: I класс – 63%, II класс – 32%, III класс – 5%. В 58% случаев у подростков выявлены ортопедические нарушения. Обнаружены статистически достоверные корреляции между сколиозом и нарушениями прикуса II класса, а также между нарушениями осанки и нарушениями прикуса II класса.

Х.Д. Вахабов и др. [5] попытались выяснить взаимосвязь распространенности и интенсивности заболеваний и аномалий зубов и искривления позвоночника у школьников. Исследования проведены у 247 детей в возрасте 8-15 лет, страдающих сколиозом I-II степени. Зубочелюстные аномалии чаще выявлялись у детей в возрасте 8 лет (96,3%). К моменту полной смены зубов распространенность аномалий постепенно снижается. При сформированном постоянном прикусе аномалии выявлены в 60-70% случаев. У каждого второго обследованного неравномерные отпечатки на окклюзиограммах свидетельствуют о разрушении окклюзионного равновесия, перегрузке или недогрузке пародонта. Авторы приходят к выводу, что их исследования подтверждают высокую распространенность зубочелюстных аномалий у подростков 14-17 лет, страдающих сколиозом.

J. Huggare et al. [38] изучали состояние челюстно-лицевой системы у 22 пациентов в возрасте от 14 до 34 лет, которые в подростковом возрасте проходили лечение по поводу сколиоза. По сравнению с характеристиками здоровых людей обнаружены увеличение кранио-цервикального угла, особенно во фронтальной проекции, смещение плоскостей верхне- и нижнечелюстной дуг, выявлено значительное преобладание бокового прикуса.

H. Korbmayer et al. [41] отмечают, что в анатомическом и функциональном отношении стоматогнатическая система и верхний шейный отдел позвоночника тесно связаны. Принимая во внимание сложные нервно-мышечные взаимодействия этих областей, возникает вопрос о сотрудничестве ортодонтот и остеопатов. Происходит междисциплинарное взаимодействие в отношении пациентов с кривошеей и сколиозом. Поскольку эти заболевания явно требуют внимания остеопатов, именно их точка зрения принимается в расчет в исследованиях. Однако, несмотря на исследования, проводимые в этом направлении, до сих пор не сформулированы рекомендации по взаимодействию ортодонтот, остеопатов и ортопедов при лечении больных с аномалиями прикуса.

В то же время есть исследования, в которых отрицается какая-либо существенная связь между нарушениями осанки и аномалиями прикуса. Как отмечается в статье A. Michelotti et al. [46], информация о том, что жевательная система и осанка анатомически и функционально связаны, привела к построению ряда гипотез о корреляции между нарушениями прикуса и осанки. За последнее десятилетие эти аргументы оказали значительное воздействие на общество, в том числе и потому, что широко распространялись в средствах массовой информации. Вследствие этого возросло количество

пациентов, желающих одновременно лечить и прикус, и осанку. Авторы статьи не отрицают существования некоторых доказательств связи между прикусом и осанкой, но, тем не менее, отмечают, что эти доказательства, по всей видимости, ограничены кранио-цервикальным отделом позвоночника. По мнению A. Michelotti et al. [46], не следует корректировать нарушения осанки посредством лечения аномалий прикуса, и наоборот.

Расширение представлений о взаимосвязи аномалий окклюзии с общими нарушениями организма позволяет поставить вопрос о необходимости комплексного изучения патологии и лечения таких больных рядом специалистов, в том числе остеопатами. Важно понимание взаимосвязи опорно-двигательной и зубочелюстной систем, в обеспечении устойчивости вертикальной позы человека. Это очень сложный, динамический процесс. В нем задействованы различные функциональные системы организма: опорно-двигательная, вестибулярная, зрительная, зубочелюстная и др. Гурфинкель В. С. с соавторами (1965) показали влияние суставных рецепторов на позу человека. Рецепторы суставных капсул и связок сигнализируют о положении структур, образующих сустав, направлении и скорости их взаимного смещения.

По мнению ряда авторов аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их логопедическую коррекцию. Ограничение подвижности языка в результате аномалии его уздечки способствует нарушению артикуляции [6, 7, 9, 10].

В тоже время нарушения звукопроизношения или неправильная артикуляция, инфантильный тип глотания, нарушения тонуса жевательной и мимической мускулатуры являются этиологическими факторами развития аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Мышечные дистонии, приводящие к недостаточности функции мышц, нередко являются причиной, обуславливающей как нарушения осанки, так и патологии челюстно-лицевой области. Значительная роль в этиологии зубочелюстных аномалий отводится вредным привычкам, отмечающимся у детей и подростков.

В работах многих исследователей также отмечается, что нарушения функционального равновесия мышц, окружающих челюстные кости, играют важную роль в морфологических изменениях окклюзионных взаимоотношений и височно-нижнечелюстного сустава не только у взрослых, но и у детей. Нарушение мышечного баланса в челюстно-лицевой области при ротовом дыхании отражается на формировании лицевого скелета, развитии и тонусе мышц шеи. В результате перераспределения нагрузки происходит искривление шейного отдела позвоночника, особенно выраженное на уровне III-IV шейных позвонков. Изменяется положение подъязычной кости и черепа по отношению к позвоночнику, а иногда и форма позвоночного столба и грудной клетки. У больных с аномалиями и деформациями че-

люстно-лицевой области нередко выявляются нарушения психики, что в некоторых случаях требует медикаментозной коррекции психопатологических состояний. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области нередко осложняют не только функции жевания, глотания, дыхания, но и влияют на процесс артикулирования звуков речи. Особенно выражены нарушения речи у детей с аномалиями органов артикуляции.

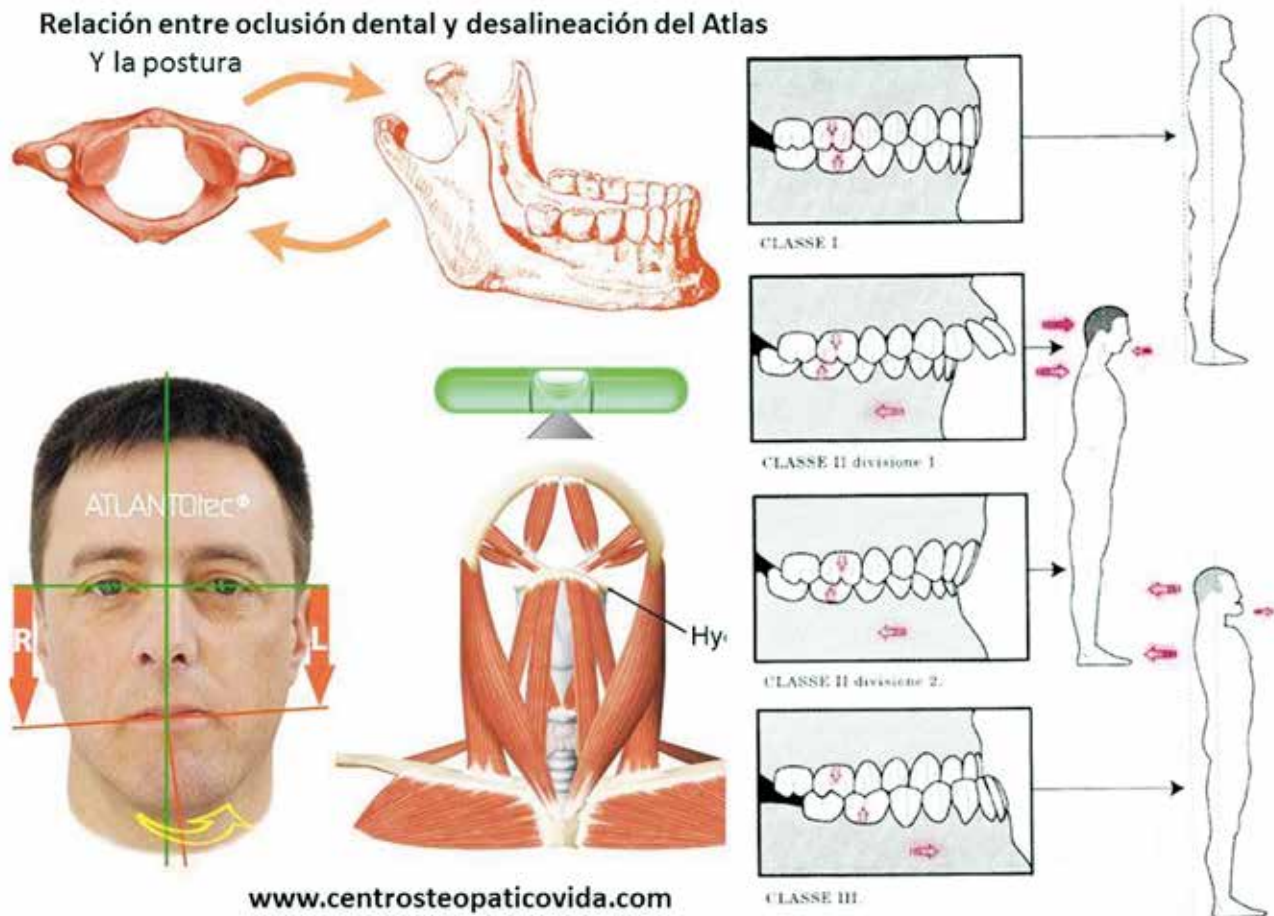
Вопрос о роли анатомических дефектов артикуляционных органов в формировании речевой функции начал рассматриваться в специальной литературе достаточно давно и все нарушения произношения, обусловленные органическими аномалиями периферического аппарата речи объединяли под термином «механическая дислалия». Вопрос о влиянии аномалий артикуляционных органов на речевую функцию затрагивается в работах отечественных и зарубежных специалистов. Авторы считают, что на артикуляцию согласных (и прежде всего фрикативных звуков) оказывают влияние деформации зубной дуги, прикуса и лица, размер языка и соотношение его с ротовой полостью, форма и высота небного свода. По мнению специалистов, анатомические неправильности речевого аппарата всегда являются причиной косноязычия, которое автор называет механической дислалией разной степени в зависимости от места аномалии (*dyslalia palatina, dentalis, lingualis, labialis*).

Следует отметить, что почти всегда в развитии аномалии прикуса играют роль несколько факторов, которые взаимно обуславливают друг друга и таким образом связаны в единую патогенетическую цепь.

С подобным мнением решительно не согласны врачи-osteопаты. В немногих работах, которые посвящены этой проблеме, утверждается, что положение челюсти, головы и позвоночника тесно связаны, поэтому лечение желательно проводить комплексно: врачом-ортодонтом и остеопатом (Crockett K.E., 1978; Magoun H.I. Jr., 1979; Jecmen J.M., 1988; Serviere F., 1989) [36, 39, 44, 53].

A.S. Chinappi Jr. и H. Getzoff [35] обследовали 33-летнюю пациентку, которая лечилась с помощью остеопатических методов от болей в пояснично-крестцовой области. После 30 месяцев лечения она все еще жаловалась на слабые боли в этой области и согласилась посетить ортодонта. У нее было выявлено нарушение прикуса 11 класса. После совместного лечения у ортодонта и остеопата боль прошла, улучшилась работа шеи, головы, позвоночника.

Остеопатические манипуляции способствуют улучшению адаптации к различным ортодонтическим аппаратам, позволяют сократить сроки лечения с уменьшением числа рецидивов и возможных осложнений после ортодонтических методов лечения. В Европе большинством ортодонтов осознана глубокая взаимосвязь нарушений прикуса с иными изменениями опорно-двигательного аппарата, что является фактором тесного взаимодействия ортодонтов и других специалистов с остеопатами. В Российской Федерации, к сожалению, ортодонтов, понимающих такую интеграцию – едини-



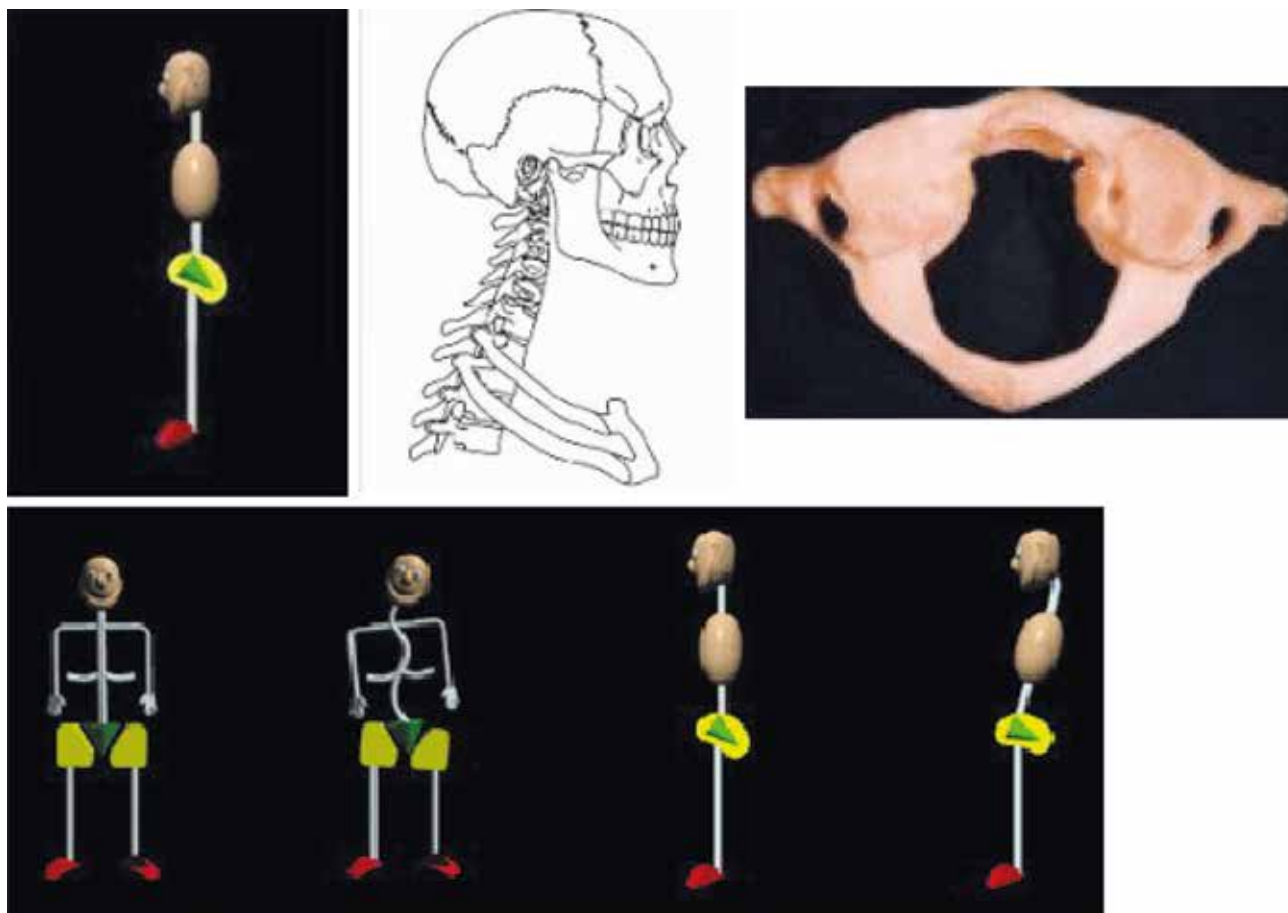
цы, не говоря о стоматологических клиниках, которые практикуют междисциплинарный подход [22].

Врачи, которые прошли соответствующее обучение и способные применять остеопатию, представляют важность ортодонтии, которая является средством, позволяющим корректировать положение зубов и челюсти. Они, как никто, представляют важность факторов здоровья человека – чем раньше начато лечение, тем меньшее количество дисфункций предстоит преодолеть организму, что ускорит процесс восстановления многократно. Многими стоматологами признано, что краниосакральная и краниомандибулярная сфера важна, особенно, в детской остеопатии [14, 17].

Таким образом, остеопатия, являясь важнейшей составляющей помощи при ортодонтических способах коррекции, позволяет способствовать сохранению хорошего здоровья. В свою очередь, понимание взаимовыгодных условий требует обострения понимания всех взаимосвязей между остеопатией детского возраста и ортодонтией. Остеопатические манипуляции в краниальной области, особенно в детском возрасте, позволяют оптимизировать ортодонтические вмешательства в пользу пациента. Исследования интеграции остеопатии с ортодонтией и стоматологией вообще, уделено крайне недостаточно внимания, что безусловно, актуализирует работы в этом направлении.

Статус опорно-двигательной системы, ее равновесие зависит от состояния и положения каждого элемента скелетного аппарата. Обычно эта система стабилизирована. Не всегда правильно, но, тем не менее, является устойчивой, работоспособной. При изменении положения хотя бы одного элемента естественный баланс нарушается. Это может проявить себя дискомфортом, болью или, при незначительном изменении, остаться незамеченным. Состояние зубочелюстного аппарата, как и любого компонента скелетной системы, тесно связано с состоянием всей опорно-двигательной системы. Прикус не есть что-то абсолютно самостоятельное, автономное. Он зависит от состояния всей костной системы, является результатом подстраивания организма под определенные индивидуальные свойства скелета. Наличие патологий прикуса (дистальный, мезиальный, перекрестный) очень часто косвенно говорит о нарушении осанки. С другой стороны прикус сам влияет на осанку.

При коррекции зубных аномалий и установке искусственных зубов, меняющих прикус и окклюзию, меняется и осанка. Иногда незаметно для самого человека. Если у человека с нарушением осанки производится коррекция прикуса и речи, и при этом не затрагивается осанка, после завершения лечения его зубочелюстной аппарат будет пытаться возвратиться в долечebное состояние. И это будет продолжаться до тех пор, пока не



будет исправлена осанка. Именно поэтому результаты ортодонтического, ортопедического и логопедического лечения при одной и той же методике могут различаться у разных пациентов, имеющих различную осанку. Для успешности лечения ортодонт и ортопеду необходимо учитывать особенности осанки его пациента, и при наличии патологии обращаться за помощью к остеопату, разъяснив перед этим своему пациенту о тесной взаимосвязи прикуса и осанки.

Зубочелюстные аномалии и нарушение осанки легче и быстрее корректируются у детей, поскольку их костная система, как и весь организм, находится в стадии формирования. Чтобы исправить начинающуюся аномалию, достаточно дать правильное направление росту костей. Одной из мер профилактики аномалий зубочелюстной системы у детей является контроль, в какой позе спит и играет ребенок. Особенно высок риск развития аномалий осанки и прикуса при пониженной костной минерализации. В этом случае неправильное положение головы и тела ребенка (например, сон все время на одном боку, подложенная под щеку или челюсть рука) быстро приводит к асимметрии челюстей, их смещению, сужению зубных рядов. Своевременная реакция родителей и врачей на неправильное развитие зубов и осанки малыша позволяет быстро исправить начинающуюся аномалию, нормализовать развитие опорно-двигательного аппарата.

Особенно высок риск, в случаях, если зубочелюстная аномалия является следствием нарушения осанки. Человек, которому было произведена коррекция прикуса или протезирование зубов, может начать испытывать дискомфорт и болевые ощущения в разных частях своего тела. Головная боль, спазмы в трапециальных и кивательных мышцах, болевые ощущения в руках, плечах, височно-нижнечелюстном суставе – все это говорит о том, что произошла разбалансировка опорно-двигательного аппарата

Если ребенок с нарушением осанки проходит лечение к массажисту, но не проводит коррекцию прикуса, успех лечения опорно-двигательного аппарата чаще всего бывает кратковременным.

Таким образом, можно сделать вывод: правильный подход к лечению зубочелюстных аномалий у детей заключается в комплексном подходе, при котором коррекция прикуса сопровождается с ортопедическим и логопедическим лечением.

Литература

1. Абальмасова Е.А. «Сколиоз.» / Ходжаев Р.Р. /– Ташкент: Б.И., 1995. -241 с.
2. Аксенова О.А. «Возрастная характеристика анатомических компонентов соматотипа в норме и при сколиозе» Автореф. дис. канд. мед. наук :

- 14.00.22 / Ростов, гос. мед. ун-т. – СПб., 1999. – 18 с.
3. Андрианов В.Л. «Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков.» / Баиров Г.А., Садофьева В.И., Райэ Р.Э./– Л. Медицина, 1985. – 256 с.
 4. Баширковская И.В. «Проблемы нарушения осанки у детей» / Туровская Г.П./ Педиатрия на рубеже веков: Проблемы, пути развития. СПб., 2000. – 4.2. – С. 21-23.
 5. Вахабов Х.Д. «Состояние пародонта у детей, страдающих сколиозом» / Шамсиев Х.Н., Вавилова В.М., Ханнаров К.Т. / Мед. журн. Узбекистана – 1989. – № 4. – С. 9-11.
 6. Виноградов С.И. Функциональное состояние жевательного аппарата при открытом прикусе и его изменение в процессе комплексного лечения под влиянием лечебной физкультуры с использованием приемов адаптивного биоуправления: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / I Ленингр. мед. ин-т им. акад. И.П. Павлова. – Л., 1985. – 16 с.
 7. Виноградова Т.Ф., Снагина Н.Г. Значение факторов диспропорции созревания зубочелюстной системы в стоматологии детского возраста // Сб. науч. тр. ЦОЛИУВ. – М., 1976. – С. 48-51.
 8. Гарькавец С.А. Влияние общесоматической патологии на стоматологический статус детей раннего возраста // Институт стоматологии. – 2007. – № 1. – С. 92.
 9. Гасымова З.В. Взаимосвязь зубочелюстно-лицевых аномалий с ротовым дыханием, нарушенной осанкой и способы комплексного лечения / З.В. Гасымова // Стоматология. – 2003. – № 1. – С. 22– 25.
 10. Голдырев А.Ю. «Физиология асимметрии, фронтальные нарушения осанки, сколиоз и сколиотическая болезнь» / Ишал В.А., Рождественский М.Е. / Вестн. новых мед. технологий. – 2000. – № 1. – С. 88-90.
 11. Гросс М.Д. «Нормализация окклюзии» / Мэтьюс Дж. Д. /: Пер. с англ. – М: Медицина, 1986. – 287 с.
 12. Даминов Т.О., Якубов Р.К., Мавлянов И.Р. Роль общих факторов в патогенезе развития деформаций зубочелюстной системы у детей // Стоматология. – 2002. – № 4. – С.57-60.
 13. Данилина О.А. « Влияние гено- и паратипических факторов на формирование признаков челюстно-лицевой области в онтогенетическом аспекте» : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Моек. мед. стоматол. ин-т. – М., 1996. – 20 с.
 14. Дыбов А.М., Оспанова Г.Б. Влияние деятельности желез внутренней секреции на рост и развитие зубочелюстно-лицевого комплекса // Ортодонтия. – 2007. – № 3 (39). – С. 4-8.
 15. Евдокимов И.К. «Особенности функции органов пищеварения у детей со сколиозом» // Вопр. охраны материнства и детства. – 1986 – № 11. – С. 70.
 16. Еловицова А.Н. «Экспресс-диагностика клинических форм сагиттальных аномалий окклюзии зубных рядов методом антропометрии лица.» / Печенов В.С. / -Пермь : Б.и., 1997. – 137 с.
 17. Калб Т.Л. «Проблемы нарушения осанки и сколиозов у детей: Причины возникновения, возможности диагностики и коррекции» // Вести, новых мед. технологий. – 2001. – № 4. – С. 62-64.
 18. Кудрявцева Т.Д. «Планирование и комплексное лечение больных с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями» Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 1997. – 15 с.
 19. Лавриков В.Г., Сулейманов А.Б., Аркатов Г.А. Клинические особенности поражения зубочелюстно-лицевой системы при синдроме Морфана // Ортодонтия. – 2007. – № 2(38). – С. 24-29.
 20. Малыгин Ю.М. «Дистальный прикус» // Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.М. Хорошилкиной. – М., 1982. – Гл. 15. – С. 268-311.
 21. Минаева И.Н. «Нарушения лицевого отдела черепа и окклюзии у детей и подростков при дистальном прикусе» : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Факультет усовершенствования стоматологов МЗ РФ.-М., 1994.– 23 с.
 22. Овсепян В.А. Особенности анатомо-функционального состояния позвоночника при нарушениях осанки во фронтальной плоскости и начальных формах сколиоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 22 / Ленингр. н.-и. дет. ортопед, ин-т им Г.И. Турнера. – Л., 1988. – 21 с.
 23. Персии А.С., Ханукай А.Р. Гармония лица и окклюзия // Стоматология. – 1998 – Т. 77, № 1– С. 66-70.
 24. Петросян Л.Б. Диагностика и лечение нарушений прикуса, сочетающихся с заболеваниями внутренних органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2000.-19с.
 25. Фадеев Р.А., Бобров А.П., Кисельникова Л.П. и др. Профилактика зубочелюстных аномалий как условие сохранения здоровья нации // Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 26-27.
 26. Хорошилкина Ф.Я. Нарушение осанки при аномалиях прикуса / Ф.Я. Хорошилкина // Ортодент-Инфо. – 2000. – № 1-2. – С. 40-47.
 27. Хорошилкина Ф.Я. Глубокий прикус // Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.М. Хорошилкиной. – М., 1982. – С. 355-363.
 28. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М., Френкель Р., Фальк Ф. Особенности формирования дистального прикуса и его функциональное челюстно-ортопедическое лечение // Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. – М., 1987. – С. 181-213.
 29. Хорошилкина Ф.Я., Френкель Р., Демнер Л.М., Фальк Ф., Малыгин Ю.М., Френкель К. Диагности-

- ка и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
30. Храпцов П.И., Федоров В.А. Новый метод оценки состояния осанки у детей и подростков // Гигиена и санитария. – 1998. – № 2. – С. 58-59
 31. Цимбалистов А.В. Динамика стабилметрических характеристик на этапах ортодонтического лечения дистальной окклюзии у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата / А.В.Цимбалистов, Т.А.Лопушанская, Е.Я.Худоногова и др. // Ортодонтия.-2005.-№ 3.– С.21-24.
 32. Шклярченко А.П., Аганянц Е.К. Общая оценка состояния здоровья девочек 8-16 лет с учетом тяжести сколиотической болезни // Педиатрия. – 2002. – № 6. – С. 45-50
 33. Capurso U., Garino G.B., Rotolo L., Verna C. Screening radiologico delle asimmetrie e delle alterazioni posutrali nel paziente ortodontico // Mondo Ortod. – 1990. – Vol. 15, № 3. – P. 313-320.
 34. Capurso U., Garino G.B., Rotolo L., Verna C.A. Parametri posturali cefalometrici e malocclusioni dentarie II Mondo Ortod. – 1989. – Vol. 14, № 3. – P. 345-349.
 35. Chinappi A.S. Jr., Getzoff H. Chiropractic/dental cotreatment of lumbosacral pain with temporomandibular joint involvement // J Manipulative Physiol. Ther. – 1996. – Vol. 19, № 9. – P. 607-612.
 36. Crockett K.E. Dental problems in general osteopathic practice // Hospitals. – 1976. – Vol. 50, № 3. – P. 135-137.
 37. Grave K, Townsend G. Hand-wrist and cervical vertebral maturation indicators: how can these events be used to time Class II treatments? // Aust. Orthod. J. -2003. – Vol. 19, № 2. – P. 33-45.
 38. Huggare J. Postural disorders and dentofacial morphology // Acta Odontol. Scand. – 1998. – Vol. 56, № 6. – P. 383-386.
 39. Jecmen J.M. A cranial osteopathic approach to correcting malocclusions employing Kernott and fixed labial appliance therapy // J. Am. Acad. Gnathol. Orthop.-1988,-Vol. 5, № 1.-P. 10-17.
 40. Kondo E., Aoba T.J. Case report of malocclusion with abnormal head posture and TMJ symptoms // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 1999.– Vol. 116, № 5.-P.481-493.
 41. Korbmacher H, Eggers-Stroeder G, Koch L, Kahl-Nieke B. Correlations between dentition anomalies and diseases of the of the postural and movement apparatus—a literature review // J Orofac Orthop. – 2004. – Vol. 65, № 3.-P. 190-203.
 42. Landmesser H., Pavsic I. Der Orthognator-eine Modifikation bei der kieferorthopadischen Begleitbehandlung von Skoliose-Patienten // Zahn. Mund. Kieferheilkd. Zentralbl. – 1978. – Vol. 66, № 6. – P. 582-588.
 43. Lippold C., van den Bos L., Hohoff A., Danesh G., Ehmer U. // Interdisciplinary study of orthopedic and orthodontic findings in pre-school infants // J. Orofac. Orthop. – 2003. – Vol. 64, № 5. – P. 330-340.
 44. Magoun H.I. Sr. The dental search for a common denominator in craniocervical pain and dysfunction // J. Am. Osteopath. Assoc. – 1979. – Vol. 78, № 11,-P. 810-815.
 45. Mertensmeier I., Diedrich P. Der Zusammenhang von Halswirbelsaulenstellung und Gebissanomalien // Fortschr. Kieferorthop. – 1992. – Bd. 53, № 1. – S. 26-32;
 46. Michelotti A., Manzo P, Farella M., Martina R. Occlusione e postura: quali le evidenze di correlazione? // Minerva Stomatol. – 1999. – Vol.48, № 11. – P: 525-534.
 47. Milani R.S., De Periere D.D., Lapeyre L., Pourreyron L.. Relationship between dental occlusion and posture // Cranio. – 2000. – Vol. 18, №2-P. 127-134:
 48. Minervini G., Scioli F. Riflessioni sulla postura del capo in ortognatodonzia // Arch. Stomatol. (Napoli). – 1990. – Vol. 31, № 3. – P. 557-564.
 49. Mohl N.D. Head posture and its role in occlusion // N. Y. State Dent. J. – 1976. – Vol. 42, № 1. – P. 17-23.
 50. Nobili A., Adversi R. Relationship between posture and occlusion: a clinical and experimental investigation // Cranio. – 1996. – Vol. 14, № 4. – P. 274-285.
 51. Paphalmy Z., Kallay M., Tomory I. Scoliosisos gyermekek kezelese kozben fellepo fogsordeformitasok megelozese // Fogorv Sz. – 1974. – Vol. 67, №12.-P. 374-376.
 52. Renger S, Bolender C, Edelin G. Posture du corps et morphologie cranio- faciale // Orthod Fr. – 2000. – Vol. 71, № 4. – P. 277-285: Rogers M.B. Herbst. appliance, variations.// J. Clin. Orthod. – 2003. – Vol. 37, № 3.-P. 156-159.
 53. Serviere F. L'examen postural en occlusodontie quotidienne // Cah. Prothese. – 1989. – № 65. -P. 36-42.
 54. Shimazaki T, Motoyoshi M., Hosoi K., Namura S. The effect of occlusal alteration and masticatory imbalance on the cervical spine II Eur. J. Orthod. – 2003. – Vol. 25, № 5. – P. 457-463.
 55. Solow B., Sonnesen L. Head posture and malocclusions // Eur. J. Orthod. 1998. – Vol. 20, № 6. – P. 685-693.
 56. Soytarhan A., Aras A. Ortodontik duzensizliklerde bas posturunun degerlendirilmesi // Turk. Ortodonti. Derg. – 1990. – Vol. 3, № 1. – P. 102– 106.
 57. Soytarhan A., Isiksal E. Angle sinif 11/1 duzensizligi gosteren olgularda Herbst apareyinin uygulanisi // Turk. Ortodonti. Derg. – 1990. – Vol. 3, № 1. P. 94-101.