Особенности диагностики детей на стоматологическом приеме

Татьяна Цукор[1]

Детская стоматология весьма специфична. В ней, как правило, еще нет глубоких ортодонтических проблем. Родители маленьких детей обращаются за помощью к стоматологам в основном по поводу кариеса. Но чрезвычайно важно именно на ранних этапах распознать намечающуюся проблему. Она не видна еще родителям, да и ребенка это никак не беспокоит. По этой причине на ортодонтическое лечение часто приводят подростков с уже реальными проблемами. Нарушенный прикус является следствием каких-то патологических процессов, происходящих в организме ребенка, о которых родители даже не догадывались. Они не замечают, что он ночью дышит ртом, потому что давно спит в соседней комнате. Они могут не узнать, что у ребенка синусит (гайморит), тонзиллит или аденоидит, пока он сам не пожалуется на плохое самочувствие. Они не видят деформацию нёба. Списывают изменение положения тела на слабые мышцы и часами проводят в бассейне, чтобы укрепить их, а результата все нет. Более того, почти никто не обращает внимание на то, как ребенок жует и глотает. Привычки грызть ногти, ручки, карандаши, сидеть подпирая подбородок сбоку – воспринимают как временные привычки. А желание сосать соску до 5 лет или пить из бутылочки считают детсим капризом, и чтобы не травмировать ребенка и поберечь собственные нервы позволяют ему это делать.

Все вышеперечисленные факторы сказываются на общем состоянии ребенка, на его здоровье: зрении, осанке, на состоянии опорно-двигательного аппарата, на его способностях к обучению, на его психологическом комфорте, на эстетике его лица.

Вы когда-нибудь обращали внимание на постуру шестилетнего ребенка с соской во рту? Его тело наклонено вперед. Голова и шея, также находятся в более переднем положении относительно тела. Его нижняя челюсть при этом смещена в ретрогнатическое положение. При условии, что ребенок постоянно ходит с соской у него сформируется инфантильный тип глотания и низкое положение языка, которые не дадут возможности развиться нижней челюсти, поскольку деформируется нёбо, сформировать правильный прикус и правильные черты лица. У ребенка наверняка будут речевые особенности. Чаще всего это межзубный тип произношения, поскольку соска, прижимая язык ко дну полости рта, формирует вялые инфантильные черты мышц переднего и боковых сегментов языка. Эти черты формируются не только у языка, но и в мышцах щек и губ, что нарушает миодинамическое равновесие ведущего к изменению положения зубов.

[1] Логопед-детский психолог, Семейный стоматологический центр «ДИАЛ-ДЕНТ» (Москва).

Данный мышечный дисбаланс неизбежно приведет и к нарушению жевания, которое совместно с постуральными изменениями тела будут способствовать формированию патологических изменений ВНЧС. Проблемы с дыханием, неврологические расстройства и гормональные также могут стать следствием возникших изменений.

Чтобы этого не случилось, очень важно на ранних этапах понять причины, которые могут привести к подобным метаморфозам. Ведущую роль среди прочих предпосылок занимают парафункциональная активность мышц орофациальной области.

Уже у двухлетнего ребенка можно увидеть только намечающиеся миофункциональные нарушения, которые приведут к нарушению прикуса и другим вышеупомянутым последствиям.

Детским стоматологам обязательно нужно обращать внимание на то, как ребенок дышит. Не довольствуйтесь ответом родителей, что это просто насморк. Из разговора с родителями всегда можно и нужно узнать часто ли ребенок простужается, как часто у него бывают отиты, нет ли у него аллергии, которая не позволяет ему полноценно дышать носом. Направляйте юных пациентов к оториноларингологам и аллергологам.

Изучайте анамнез ребенка! Если он на искусственном вскармливании, то входит в группу риска! Поскольку, только при условии грудного вскармливания задействованные мышцы щек, губ, языка мягкого нёба развиваются гармонично, что впоследствии повлияет благоприятным образом на формирование речевой способности, на состояние прикуса и формирование лицевого скелета. При активных сосательных движениях губы вытягиваются вперед, плотно прижимаясь к ореолу соска, чтобы грудное молоко не вытекало. Для того чтобы в принципе осуществить правильный захват груди необходимо задействовать мышцы губ и языка. В момент кормления во рту у ребенка язык совершает перистальтические движения: начало движения идет от кончика языка, затем движение переходит в среднюю часть языка, которая соприкасается с твердым нёбом и заканчивается касанием задней части языка (корнем) с мягким нёбом. По данным компании Rigeon в процессе сосания ребенок совершает около 800–1000 движений за одно кормление с интервалом в 0,8 с. При такой интенсивности задействованные органы артикуляции приобретают достаточную силу для перехода из инфантильного типа глотания, который является нормативным до 1,5 лет в соматический. Помимо этого гармоничное развитие мышц способствует правильному формированию звуков с соблюдением сроков. Результаты исследования Новиковой Г.М., в ходе которого было обследовано около 900 детей в возрасте 5–7 лет, показали, что у детей, которые были на естественном вскармливании короткий период (до 6 мес) в 80 % случаев наблюдались нарушения речи. Если период грудного вскармливания составлял более 6 мес, то процент детей с нарушениями речи значительно снижался (до 14,5) и данные нарушения были незначительными и легко устраняемыми.

Возникает вопрос, до какого возраста младенца нужно кормить грудью. Для правильного развития и роста нижней челюсти сосательные рефлексы должны быть заменены на жевательные, кроме того, необходимо соприкосновение передней

части языка с нёбом. В случае грудного вскармливания положение кончика языка несколько ниже, чем нёбное. По этой причине рекомендуется плавно завершить грудное вскармливание до 1,5 лет, чтобы получить необходимую пользу от грудного вскармливания и способствовать правильному развитию лицевых структур.

Одним из признаков дисфункции являются речевые нарушения. Часть из них обусловлена органическим происхождением, то есть связана с нарушением работы центров, отвечающих за речь (центр Брока или центр Вернике), но довольна большая часть речевых нарушений функционального происхождения. То есть нарушенный звук является индикатором того, что мышцы языка в отдельных сегментах недостаточно активны, может присутствовать несогласованность в работе мышц различного рода парафункции. Очевидно, что данное состояние отразится на всем спектре функционала, который обеспечивает язык.

Понять на приеме стоматолога нарушено ли звукопроизношение у ребенка дошкольного возраста или нет крайне сложно. Поскольку замены звуков в определенном возрасте является возрастной нормой. Но, возможно, вам поможет знание того, что к 5 годам у ребенка должны быть сформированы все звуки. В 3 года у ребенка могу быть замены следующего характера : Ш на С, Ж на З, Щ на СЬ, Р на Л, РЬ на ЛЬ, Ц на ТЬ или СЬ, Ч на ТЬ при этом не должно быть межзубных вариантов этих замен.

Вас должно насторожить, если:

- Ребенок абсолютно не говорит.
- После 5 лет неразборчивая речь.
- После 5 лет много звуковых замен.

В этих случаях направляйте к логопедам, которые с помощью массажа и артикуляционной гимнастики смогут дать толчок в речевом развитии, а значит и благоприятный исход в формировании зубочелюстной системы.

Вредные миофункциональные привычки – это основная проблема детской ортодонтии. Их так много в этом возрасте и они настолько пагубны, что занимают одно из центральных причин возникновения неправильного прикуса. Среди них:

- Привычка подпирать подбородок справа или слева.
- Грызть ногти.
- Грызть карандаши (колпачки, ручки).
- Закусывать нижнюю губу по центру, а также справа или слева.
- Закусывать щеки изнутри.
- Сосать соски в возрасте более одного года.

Формированию инфантильного типа глотания в детском возрасте способствуют:

- Ротовое дыхание или привычка открытого рта.
- Вредные миофункциональные привычки, перечисленные выше.
- Адентия.
- Раннее частичное удаление зубов.

Отдельно следует отметить, что к межзубному типу произношения и формированию инфантильного типа глотания способствует раннее удаление молочных зубов по показаниям или их потеря в результате травмы, – причина не важна. Основной причиной является длительное отсутствие, например, двух и более резцов или отсутствие двух и более моляров.

В результате чего язык начинает заполнять образовавшееся пространство, не имея необходимых тактильных ориентиров, он и формирует определенный уклад. А именно, межзубный. Помимо вышеописанной ситуации, возникает нарушение жевательной функции, что также негативно сказывается на общем здоровье ребенка. При отсутствии зубов страдает внешний вид ребенка, что может вызвать и различного рода психологический дискомфорт и комплексы. В этом случае, чтобы избежать подобных прецедентов, необходимо подумать об ортодонтических конструкциях, которые заменят отсутствующие зубы. Это может быть как одиночный протез, так и мостовидные конструкции, в некоторых случаях коронки. Главное помнить, что зубной протез не должен мешать росту и развитию челюстей и лицевых структур. Таким образом протезирование выполнит несколько функций: профилактическую – воспрепятствует развитию зубочелюстной патологии и лечебную – восстановит нарушенные функции жевания, глотания и звукопроизношения.

Следует уделить также отдельное внимание тому, на что стоматологи обращают меньше всего внимания, – осанке. Нарушение осанки – это верный признак того, что у пациента уже имеются нарушения прикуса, либо они возникнут в ближайшее время. При лечении важно следовать холистическому подходу, который рассматривает организм человека как единое целое с учетом взаимосвязи одних человеческих органов с другими системами организма. Это настоящий путь к успешному завершению лечения.

Джеймс Е. Карлсон[3] в книге «Физиологическая окклюзия линии» отмечает, что залогом гармонии нейромышечной системы является параллелизм скелетных структур. «В здоровом организме линии, соединяющие симметричные точки скелета, должны располагаться параллельно друг другу на всех уровнях: основание черепа, окклюзионная плоскость, шейный отдел позвоночного столба, плечевой пояс, грудной отдел, тазовый пояс, коленные суставы, лодыжки о кости стопы. Они же должны быть перпендикулярны гравитационной силе.

Если же имеются хронические заболевания какой-то из перечисленных структур, то рано или поздно это приведет к перенапряжению нейромышечной системы и, как следствие, к функциональным нарушениям. По данным автора у каждого пациента старше 20 лет с нарушением прикуса, отмечалась какая-либо симптоматика на одном из вышеперечисленных уровнях. Наиболее часто отмечался дискомфорт в области шеи (голова наклонена вперед), кроме этого:

- Плечи на разном уровне (привычное положение головы в правую или левую стороны к плечу, которое ниже по положению).
- Плоскостопие (голова наклонена вперед, масса тела давит на плюсневые кости и кости предплюсны).
- Боли в коленном суставе (боль в суставе на стороне окклюзионной дивергенции).
- Боли в пояснице (голова отклонена назад).
- Наличие травмы в крестце (как следствие, по восходящему типу – несимметричное функциональное нарушение в грудном и шейном отделах и перекрестный прикус).

- Напряжение в грудном отделе (сутулость).

В детском возрасте любые нарушения осанки протекают, как правило, бессимптомно. Болей ребенок еще не чувствует, но тенденции к неправильному положению тела уже существуют. И на эти изменения осанки стоит обратить пристальное внимание, поскольку они могут являться предвестниками нарушения прикуса. Чтобы избежать глубоких проблем, необходима консультация, а в большинстве случаев и коррекционная терапия остеопатов.

Какой общий вывод можно сделать из вышесказанного? Чтобы не допустить возникновения нарушения прикуса или не допустить его развития, необходимо смотреть на маленького пациента комплексно, не упуская вышеупомянутых нюансов, указывающих на то, что проблема уже существует. Не отпускайте такого пациента, берите его под наблюдение и через каждые 3–4 мес производите осмотр и наблюдайте за динамикой, параллельно направляя к необходимым специалистам: отоларингологу, логопеду, остеопату .

Сотрудничество стоматолога и отоларинголога необходимы для правильного формирования лицевого скелета и опорно-двигательного аппарата в целом (рис. 1).

Личный опыт взаимодействия с отоларингологом позволяет логопеду достаточно быстро, а главное – стабильно решать речевые и миофункциональные проблемы.

Необходимо обратить внимание на типичные ошибки, которые допускают ортодонты при исправлении прикуса пациента. Автору не раз приходилось сталкиваться с ситуацией, когда в случае начинающейся ортодонтической и миофункциональной патологии, ребенку назначался миофункциональный трейнер.

СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬСЯ К ЛОРУ:

- Если у ребенка постоянно открыт рот
- Если произношение имеет нарушения
- Имеются структурные изменения лица
- Обнаружены изменения прикуса
- Начатое ортодонтическое лечение не приносит желаемых результатов (синдром молчащего синуса)
- Если ребенок храпит по ночам, что может быть предвестником более опасного симптома
- Если имеется ночное апноэ
- При инфантильном типе глотания и низком положении языка
- При частых головных болях
- При изменении гормонального фона

Рис. 1. Причины для обращения к лору

Перед тем, как назначить трейнер, рекомендуется провести несколько исследований носовой полости: риноманометрию и риноскопию, которые дают объективные представления о состоянии носового дыхания. Трейнер, безусловно, способствует формированию ряда необходимых навыков и функций таких как:

- Автоматизации навыка носового дыхания.
- Перепозиционированию языка в нёбное положение.
- Выработке навыка правильного глотания (соматического).
- Правильному звукопроизношению без его исправления.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ТРЕЙНЕРА, ТАКЖЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- Разминка органов артикуляции перед фиксацией трейнера (для более комфортного ощущения при контакте губ и языка с трейнером)
- Обеспечение источником невербальной связи (поскольку в тренере нельзя разговаривать)
- Выполнение дыхательных или интеллектуальных упражнений (для лучшей адаптации к его ношению)
- По возможности, поощрение (формирования положительных эмоций при ношении трейнера, поскольку его использование предполагает ряд ограничений)

Рис. 2. Обязательные действия врача перед назначением трейнера

- Правильному позиционированию челюстей.
- Избавлению от храпа и бруксизма.
- Укреплению круговой мышцы рта.
- Снижению излишнего давления мышц щек и губ, подбородочной мышцы на зубы.
- Симметричному развитию мышечной системы артикуляционной зоны.

Но, без полноценной возможности незатрудненного свободного вдоха носом, трейнер работать не будет (рис. 2).

Передняя активная риноманометрия – это метод исследования носовой полости, который позволяет измерить суммарный объем проводимого воздушного потока и суммарное сопротивление ему носовых структур.

Риноскопия – это исследование, позволяющее определить малейшие изменения в носовой полости. Различают переднюю среднюю и заднюю риноскопию.

При проведении передней риноскопии осматривают слизистую носовой полости, передние и средние отделы носовой перегородки и передние отделы нижней и средней носовых раковин, а также дно полости носа.

Средняя риноскопия предполагает осмотр средней носовой раковины и среднего носового хода, обонятельной щели, задняя риноскопия – носоглотки и заднего отдела носовых ходов и носовой перегородки.

Ограниченное носовое дыхание требует лечения оперативного или консервативного, в зависимости от ситуации, но решение данного вопроса должно быть приоритетным в плане ортодонтического лечения по ряду причин:

- При положении открытого рта или ротового дыхания язык не заполнит нёбное пространство. Нёбо в этом случае будет лишено поддержки и, поскольку именно мышцы языка, благодаря сбалансированному перераспределению сил, способствует росту нёба в длину и ширину, а также формированию правильных пропорциональных лицевых структур, то данный процесс будет нарушен.
- При условии открытого рта невозможно устранить ряд парафункций таких как: инфантильное глотание, инфантильное жевание, инфантильное положение губ (неполное смыкание губ).
- При положении открытого рта невозможно добиться восстановления миодинамического равновесия, баланса между мышцами губ, языка и щек, который необходим для устойчивого результата после ортодонтического лечения, либо в профилактических целях (для

предотвращения развития зубочелюстных аномалий).

- При условии открытого рта не удастся достичь качественного звукопроизношения. Чаще всего оно так и остается межзубным, несмотря на усилия специалистов (логопедов, миофункциональных терапевтов, дефектологов), что отражается на фонетической стороне речи и на формировании прикуса.
- При условии открытого рта будут наблюдаться изменения пропорций лицевых структур, а именно вертикальный тип роста.

Существенную роль на положение зубов и формирование прикуса оказывает степень открывания рта. Джон Мью[1] в книге «Мальокклюзия зубов» называет это правилом 4 мм. Если рот большую часть времени открыт менее, чем на 4 мм в состоянии покоя, то мы можем наблюдать минимальные изменения в виде небольшой скученности зубов, 4–8 мм – выраженную скученность зубов, 8–12 мм – значительные скелетные нарушения прикуса, более 12 мм – вертикальный тип роста. Ситуация, которая потребует хирургического вмешательства, если вовремя не обратить внимание на причины данного нарушения, одна из которых – ограничение носового дыхания.

Даже при условии освобождения дыхательных путей, не всегда удается достичь положительного результата, а именно восстановления носового дыхания. В очень редких случаях дыхание из ротового переходит в носовое только потому, что у человека появляется такая возможность. В большинстве случаев нормализация носового дыхания требует специального обучения. Для этой цели существует программа обучения носовому дыханию. В ее основу положен комплекс упражнений по А. Стрельниковой. Помимо упражнений обязательно проводится мероприятия по созданию мотивационной сферы. Основной целью которой является само желание дышать носом. На каждой встрече пациенту, особенно если его возраст до 12 лет рассказывается о пользе дыхания через нос и подкрепляется увлекательными слайдами для наглядности. Нужно использовать любую возможность: перед началом занятия, в процессе, после окончания занятия, чтобы объяснить пациенту, почему на этой неделе необходимо следить за сомкнутостью губ и выполнять дыхательные упражнения. Заметьте НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ! А не постоянно. Поскольку для пациентов сама мысль о пожизненном выборе в пользу носового дыхания является пугающей. Поэтому рекомендуется подходить к решению вопроса дыхания не глобально, а по ситуации. Выполнение дыхательной гимнастики требует системности, поэтому немаловажным критерием при выборе упражнений на дыхание являлась простота их выполнения, отсутствие или минимизация вспомогательного инвентаря, легкость восприятия, необходимых для принятия и использования данной системы в повседневной жизни. Данным условиям предложенный комплекс полностью соответствует и имеет ряд других преимуществ (табл. 1).

И еще один немаловажный пункт – психологическая адаптация пациента к новому типу дыхания. Поскольку при перестройке дыхания пациенту носовой тип дыхания может казаться не комфортным.

Таблица 1. Причины назальной обструкции у детей

Дыхательная гимнастика по А.Н. Стрельниковой	Классическая дыхательная гимнастика
Формирует тип дыхания	
Носовой диафрагмальный	Носовой (реберный)
Возможность проконтролировать вдох	
Акцентированный шумный вдох	Нет акцента на вдохе
Факторы способствующие оптимальному вдоху	
Тренирует межреберные мышцы	Слабые движения межреберных мышц
Рабочий объем воздуха на вдохе	
Объем до 2000 мл	Объем до 500 мл
Степень сложности выполнения	
Простота исполнения	Сложная схема выполнения (метод Бутейко)

Основной причиной подобного дискомфорта может быть привычка дышать ртом, которая вызывает ряд ассоциативных мышечных и нейронных связей. Именно они и не дают возможности окончательно принять новый тип дыхания, трактуя данную перестройку как стресс, выход из зоны комфорта.

Как может проявляться подобное неприятие:

- Некогда, было много дел, сильно устаю, много уроков и т.п.
- У детей плаксивость, отказ от выполнения упражнений.
- При выполнении упражнений желание закрыть глаза или отвернуться от зеркала.
- Описание упражнения трактуют как сложное, трудновыполнимое.

Что нужно для создания правильной привычки? Не так уж много:

- Правильная мотивация.
- Системность выполнения и частота повторений, которые создадут условия устойчивого сигнала к ЦНС.

Для выполнения этих задач существует универсальный совет: **«Если вы не готовы потратить время на свое здоровье, то мы не будем начинать лечение».**

Еще один аспект, который необходимо учесть в работе как стоматологов, так и логопедов – взаимодействие с остеопатом. Предвидя некоторое недоверие среди большинства специалистов к данному направлению работы, важно отметить, что остеопатия, как наука, никогда не основы-

валась на каких-то случайных событиях в истории болезни пациента. Она являлась и является результатом тщательных наблюдений и клинических экспериментов. Законы и постулаты, на которых зиждется наука остеопатия выведены на их основе. Несмотря на то, что ее основатель Эндрю Тейлор Стилл жил и успешно лечил людей в 19-м веке, как наука остеопатия была признана только в 21-м веке.

Филипп Дрюэль, доктор остеопатии, создатель канадского фонда обучения и исследований в области остеопатии дает определение остеопатии как строгой науки, основанной на пальпаторном, диагностическом и терапевтическом искусстве.

Что важно знать и как можно использовать опыт остеопатов. М.А. Клозад и Б. Дараян[2] в книге «Остеопатическая концепция окклюзии» следующим образом описывают основные законы краниальной остеопатии:

- Структура целостна и непрерывна.
- Существует естественный иммунитет тела.

Первый постулат говорит о том, что опорная ткань живого тела непрерывна и соответственно непрерывна соединительная ткань. Любые изменения в любой точке тела, влекут за собой изменения в другой точке тела. И важно понять, что любые изменения в положении языка или челюсти повлекут за собой изменения положения тела, колен, ступней. И наоборот.

Второй постулат следует понимать, что тело содержит в себе то, чем защищается, поддерживает и адаптируется к любым изменениям. То есть, если вы вносите изменения в уже сложившийся мир мышечных, фасциальных, структурных, нейронных взаимосвязей, то организмом, возможно данный изменения будут трактоваться как срыв компенсаций. В качестве примера можно привести стандартное лечение с помощью брекет-систем. Мы выравниваем структуры, создаем идеальную окклюзию, а человек начинает себя чувствовать плохо, появляются головные боли, нарушается локомоторная функция, появляются мышечные и суставные боли. Такие жалобы часто трактуются как особенности психического статуса пациента и, к сожалению, не всегда принимаются всерьез. Тем не менее это прямой повод обратиться за помощью к остеопату, который сможет отдельные функциональные нарушения интегрировать в функциональное единство тела.

Становится понятным, что четко определить первопричину изменения положения челюсти возможно только комплексно обследовав пациента. И также становится понятным, что имеет смысл посетить остеопата до начала ортодонтического или ортопедического лечения для определения нисходящего или восходящего типа нарушения. Эта информация поможет определить, с какого момента следует начинать стоматологическое лечение. Если нарушение по восходящему типу, то вначале потребуется работа с организацией тела в пространстве и внутренних органов. И только после определения и устранения функциональных помех в теле, следует приступать к стоматологическому лечению. Если же нарушение по нисходящему типу, то первична ортодонтическая или ортопедическая коррекция и изменение положения языка и уже затем – тела (рис. 1).

С точки зрения остеопатии язык, являясь мышечным органом, входит в глоточ-

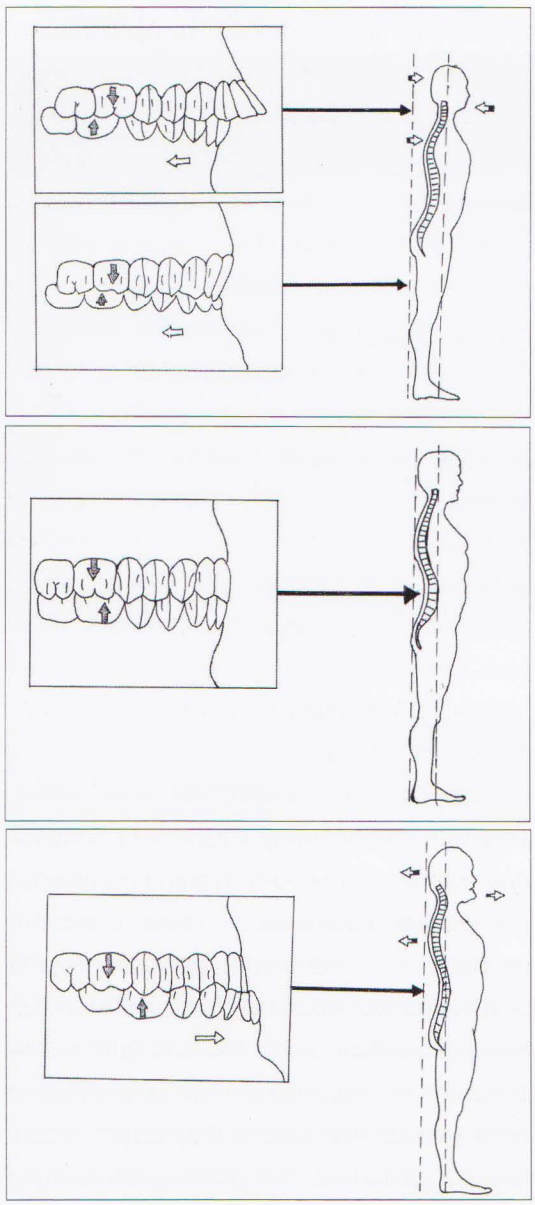

Рис. 1.
Связь постуры тела и типа прикуса

но-язычно-подъязычное-нижнечелюстное единство. Единство представлено языком, нижней челюстью, щитовидной железой, перстневидным хрящем и хрящевой трахеей и входит в состав висцерального скелета.

Язык находится в зоне, через которую осуществляется фонация, глотание, жевание и дыхание. А это означает, что от его положения и мышечного тонуса зависят все вышеперечисленные процессы.

Язык можно рассмотреть и с точки зрения функционального единства, в которое входит круговая мышца рта, щечная мышца, крыловидно-нижнечелюстная связка и мышца сокращающая глотку и передняя позвоночная связка. Любое дисфункция отмеченная в каком-либо сегменте языка способна изменить функцию мышц, входящих в единство по принципу цепной реакции.

Язык выступает также основной предпосылки для роста и формирования прежде всего нёба и других околоротовых костей. Иными словами, если по каким-либо причинам он не осуществляет поддерживающую функцию нёба, то оно начинает деформироваться, приобретает формы узкого, высокого или готического нёба (узкое и высокое).

Изменение формы нёба влечет за собой изменения формы и положения носа, глаз, положения зубов, скул и нижней челюсти, пропорций лица. То есть несет функциональные и эстетические изменения.

Язык также является органом, состоящим из большого количества мышц, а именно 17, который входит с мышцами щек и губ в отношения миодинамического равновесия. Миодинамическое равновесие, в свою очередь обеспечивает формирование правильного прикуса и лица с правильными пропорциями, поскольку распределяется мышечное давление изнутри и снаружи гармонично. В случае, если давление изнутри, со стороны языка превышает давление снаружи мы часто получаем наклон зубов в губную сторону. Если давление снаружи превышает давление изнутри, то наклон зубов обычно меняется в лингвальную сторону.

Язык, являясь чрезвычайно чувствительным органом, в связи с чем посту-

ра языка формируется не только из его мышечных предпосылок, но и под влиянием его проприоцептивных и сенсорных возможностей, которые развиваются в процессе роста и формирования временных зубов и зубных дуг. Это необходимо учитывать при проведении миофункциональной терапии, создавая для языка новые ориентиры и ощущения.

Профессиональный опыт обращения автора к остеопатии во время проведения миофункциональной коррекции позволил сформулировать для стоматологов следующие рекомендации:

- Помимо несимметричного смыкания зубов присутствует ассиметричное положение глаз, ушей, плеч.
- Изменение положения тела в пространстве: наклонено вперед или сильно отклонено назад.
- Низкое и несимметричное положение языка.
- Напряжение в корне языка и артикуляционно-мимической мускулатуре.
- Несимметричное расположение носа.
- Несимметрично развиты мышцы лица и кости лицевого скелета.
- Привычное положение головы в наклоне в правую или левую сторону.
- Переднее положение головы относительно тела.
- Боли или ощущение напряжения в области шеи.
- Часто повторяющиеся головные боли неизвестного происхождения.
- Ухудшение зрения и слуха.

Все вышеперечисленные симптомы важно знать и учитывать, поскольку язык входит в ряд анатомических цепей и отношений, которые при минимальных, только намечающихся изменениях в положении языка и нижней челюсти могут привести к подобным последствиям или, наоборот, вышеперечисленные симптомы могут повлечь за собой изменения, требующие в дальнейшем проведения ортодонтической коррекции. Главное – вовремя эти признаки распознать.

В заключении необходимо подчеркнуть необходимость работы стоматологов в команде. Грамотное, целевое направление к смежным специалистам даст возможность не только создать условия для устойчивости стоматологической системы, что позволит быстро и в срок, а главное, без рецидивов завершить любое начатое лечение, но и завоевать авторитет ответственного, внимательного, умеющего планировать и думающего о перспективах здоровья своего пациента врача.

Литература

1. Джон Мью. «Мальокклюзия зубов» / М. ТАРКОММ 2018.
2. М.А. Клозад, Б.Дараян. «Остеопатическая концепция окклюзии».
3. Джеймс Е. Карлсон. «Физиологическая окклюзия». Midwest Press 2009.