

ԴԵՄՔԻ ԱՆՀԱՄԱԶՉԱՓՈՒԹՅԱՆ ՇՏԿՈՒՄԸ ՊԱՅՊԱՆՈՂԱԿԱՆ ԵՂԱՆԱԿՈՎ. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՊՔ

Մարգարյան Զ.Ս., Բարսեղյան Տ.Յ., Գրիգորյան Ա.Գ.
ԵՊԲՀ, մանկական ստոմատոլոգիայի և օրթոդոնտիայի ամբիոն

Ստացված է՝ 14.01.2022, գրախոսված է՝ 15.03.2022, ընդունված է՝ 19.04.2022

Բանալի բառեր՝ կմախքային խաչաձև կծվածք, կմախքային մեխիալ կծվածք, կինեպիոլոգ, կրանիոսակրալ թերապիա, ստորին ծնոտի դեֆլեքսիա:

Խաչաձև կծվածքը օկյուզիայի տրանսվերսալ անկանոնություններից է: Այն բնորոշվում է ատամնաշարերի տրանսվերսալ չափերի և ձևերի անհամապատասխանությամբ: Տվյալ կլինիկական դեպքում կներկայացնենք խաչաձև կծվածքը՝ ստորին ծնոտի անկյունագծով կողք տեղաշարժով (դասակարգումը՝ ըստ Ուժումեցկենեի) [1, 4]:

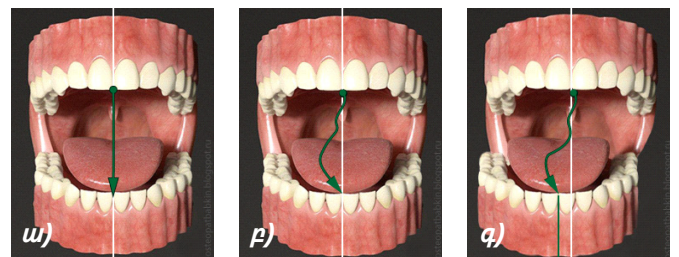
Կողմնային խաչաձև կծվածքի կմախքային տեսակը զարգանում է վերին ծնոտի նեղացման պատճառով (հաճախ V-աձև): Ստորին ծնոտի տեղաշարժով խաչաձև կծվածքի դեպքում օկյուզիոն ինտերֆերենցիայի առկայության պատճառով ստորին ծնոտը տեղաշարժվում է առաջ և կողք (լատերալ) առավելագույնս ատամնային կոնտակտներ ստանալու համար [5]:

Խաչաձև կծվածքն ախտորոշելու և բուժելու համար անհրաժեշտ է իմանալ նրա առաջացման պատճառները: Պատճառական գործոններից են ուղեղաղիմային ոսկրային համալիրի փոփոխությունները, որոնցից անմասն չեն մնում վերին և ստորին ծնոտները, բունքատործնոտային հողը, ատամնաալվեոլային հատվածը [5, 6, 7, 8]:

Պատճառական գործոնների մեծ մասին, որոնցից են մատը ծծելը, մշտական միակողմանի ծամելը, նույն դիրքով քնելը, շրթունքը և լեզուն ծծելը, շնչառական խնդիրները և այլն, անդրադառնում են գրեթե բոլոր օրթոդոնտները [1, 5]: Սակայն վերջին մի քանի տարիներին հատուկ ուշադրություն է դարձվում ուղեղաղիմային համալիրի փոփոխություններին, որը բխում է պոստուրալ խնդիրներից, իրանի ախտաբանական դիրքից, որը հանգեցնում է օրգանիզմի բոլոր հողերի,

այդ թվում նաև բունքատործնոտային հողի ախտաբանական հարմարվողականության [2, 3, 5, 10, 11]:

Պատճառական գործոններից պետք է առանձնացնել ԶՄԾՀ-ի դեֆլեքսիան և դեկադիան: Նորմայում բերանը բացելիս կզակի միջնակետի հետագիծը համընկնում է դեմքի միջնագծին [սկ. 1.ա]: Դեկադիայի դեպքում ստորին ծնոտը բացելիս թեքվում է միջնագծից, բայց բացելու ակտի վերջում կզակի միջնակետը համընկնում է դեմքի միջնագծին [սկ. 1.բ]: Դեֆլեքսիայի դեպքում ստորին ծնոտը բացելիս թեքվում է միջնագծից և բացման ակտի վերջում կզակի միջնակետն ամենաշեղված դիրքում է (սկ. 1.գ) [3, 6, 7, 9]:



Սկ. 1. ա) բերանի բացման նորմա, բ) դեկադիա գ) դեֆլեքսիա:

Հետևյալ ախտաբանությունները պայմանավորված են ընդհանուր օրգանիզմով, մասնավորապես հենաշարժիչ համակարգով: Օրինակ՝ սեպոսկրի թեք դիրքը ենթադրում է վերին և ստորին ծնոտների շեղում բոլոր երեք ուղղություններով՝ տրանսվերսալ, առաջահետին և ուղղահայաց: Ողնաշարի ամբողջ երկայնքով առկա շեղումները հանգեցնում են դիմաձևոտային համակարգի խնդիրների, նույնիսկ կրանիոսակրալ շրջանի խանգարման, հետևաբար հիվանդին պետք է ցույց տալ բազմակողմանի օգնություն [6, 7, 10, 11]:

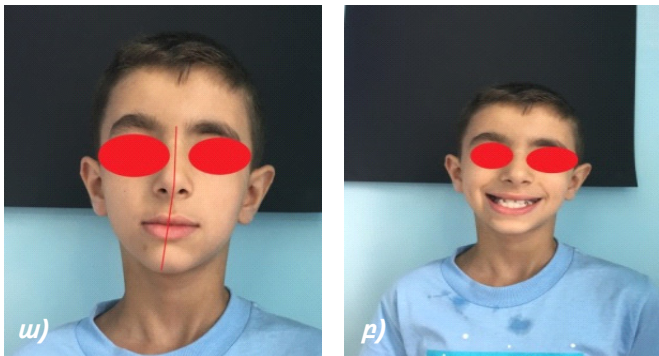
Պայմանավորված կլինիկական դեպքով՝ հիվանդի տարիքով, դեֆորմացիայի աստիճանով, գեղագիտական պահանջներով, բուժումը կարող է իրականացվել ոչ միայն օրթոդոնտիկ եղանակով, այլև բազմակողմանիորեն՝ ներառելով այլ մասնագետների՝ վիրաբույժի, թերապևտ ստոմատոլոգի, օրթոպեդ ստոմատոլոգի, կինեզիոլոգի և այլն:

* ՆԱՍԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵ

Զ.Ս. Մարգարյան
ԵՊԲՀ, մանկական ստոմատոլոգիայի և օրթոդոնտիայի ամբիոն
Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Կորյունի 2
Էլ. փոստ՝ Christina-margaryanorthodont@mail.ru
Հեռ.՝ (+374) 77 30 40 49

Նպատակը. գտնել բուժման ամենաարդյունավետ տարբերակը՝ առավելագույնս խուսափելով հետագա օրթոգնատիկ վիրահատությունից, համագործակցել այլ ոլորտի բժիշկների հետ ևս:

Կլինիկական դեպք: Ախտորոշում: Հիվանդ Չ. Ս.-ն 8,5 տարեկանում 30.01.2017 դիմել է ԵՊԲՀ թիվ 2 ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկայ, ԵՊԲՀ օրթոդոնտիայի ամբիոն՝ գանգատվելով դեմքի անհամաչափությունից և կզակի առաջային դիրքից (նկ. 2.ա, 2.բ):



Նկ. 2. ա) Դեմքի ասիմետրիա, կզակի շեղում միջին գծից դեպի աջ, բ) Բերանը բացելիս ասիմետրիան ավելի արտահայտիչ է դառնում:

Կատարվել է կլինիկական հետազոտություն, որի արդյունքում գրանցվել են դեմքի անհամաչափությունն ու կզակի առաջային դիրքը: Կմախքային համակարգը հետազոտելիս առկա են ուսերի մակարդակների՝ հստակ նկատվող տարբերություններ, ակնակապիճների, ականջախեցիների մակարդակների տարբերություններ (նկ. 3):



Նկ. 3. Երեխայի ուսերը, թիակներն ու անրակները տարբեր մակարդակներում են՝ պայմանավորված ողնաշարի թեթևությամբ:

Ներբերանային հետազոտությամբ բացահայտվեցին 1-ին և 4-րդ հատվածների հակադարձ

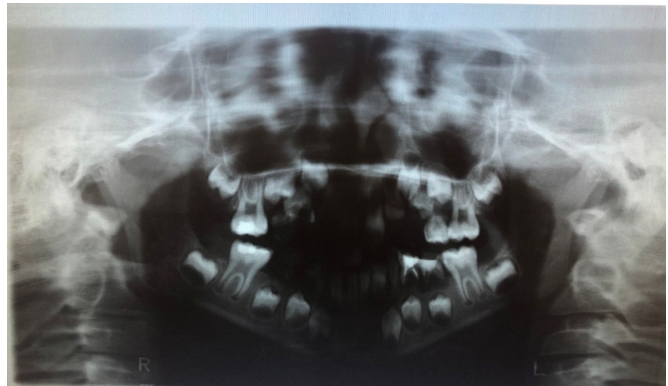
վերածածկ, ծնոտի V-աձև նեղացում, ստորին ծնոտի դեֆլեքսիա դեպի աջ, միջին գծի շեղում դեպի աջ, վերին և ստորին կենտրոնական կտրիչների միջնագծերի անհամապատասխանություն (նկ. 4):



Նկ. 4. Կտրիչների և ժանիքի հակադարձ վերածածկ, միջին գծի շեղում:

Առկա է վերին ծնոտի Roll, որը կլինիկայում հաստատվել է Շեստոպալովի սարքի միջոցով, որն էլ հետագայում հաստատվեց կինեզիոլոգի կողմից:

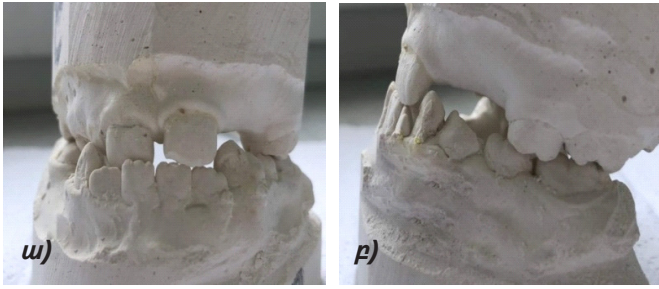
Կատարվել են նաև հարկլինիկական հետազոտություններ՝ ճակատային և կողմնային տելեռենտգենոգրաֆիաներ (նկ. 7.ա, 7.բ), օրթոպանտոմոգրամա (նկ. 5) և կինեզիոլոգի կողմից խորհրդատվություն:



Նկ. 5. Չ. Ս.-ի Օրթոպանտոմոգրաման:

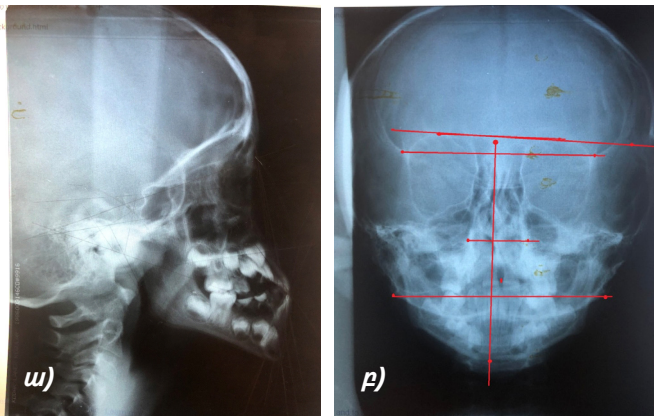
Օրթոպանտոմոգրամայում հստակ երևում են ստորին ծնոտի մարմնի աջ և ձախ կեսերի անհամապատասխան չափերը. ստորին ծնոտի մարմնի աջ կեսն ավելի մեծ է, քան ձախը:

Ուսումնասիրվել են նաև գիպսե մոդելները (նկ. 6.ա, 6.բ):



Նկ. 6. ա) գիպսե մոդել ֆրոնտալ կողմից, բ) գիպսե մոդել կողմնային հասվածից:

Կատարվել է կողմնային տելեռենտգենոգրամայի հետազոտություն՝ ըստ Շվարցի և Յարաբակի:



Նկ. 7 ա) Կողմնային տելեռենտգենոգրամա, բ) ճակատային տելեռենտգենոգրամա

Չափորոշիչները հետևյալն են՝

- ◆ $\angle SNA=82^\circ$ (82 ± 2 նորմա),
- ◆ $\angle SNB=83$ (78 ± 2 նորմա),
- ◆ $\angle SNPog=85$ (78 ± 2 նորմա),
- ◆ $\angle NSL/NL=11^\circ$ ($8,5 \pm 2$ նորմա),
- ◆ $\angle NSL/ML=39^\circ$ (32 ± 2 նորմա),
- ◆ Wits=9 մմ (1 նորմա),
- ◆ $N-Sna/Sna-Me=0,8$ ($0,7-0,9$ նորմա),
- ◆ $S-Go/N-Me \times 100\%=56\%$ ($65-66$ նորմա),
- ◆ $S-Go=63$ մմ ($70-80$ նորմա),
- ◆ $N-Me=113$ մմ ($105-120$ նորմա),
- ◆ $\angle NSAr=120^\circ$ (123 ± 5 նորմա),
- ◆ $\angle SarGo=142^\circ$ (143 ± 6 նորմա),
- ◆ $\angle ArGoMe = 135^\circ$ (130 ± 7 նորմա),
- ◆ $\text{Ij} = 397$ (396 ± 6 նորմա),
- ◆ $\angle NgoMe=80^\circ$ ($70-75$ նորմա),
- ◆ $\angle NL/ML=30^\circ$ (26 ± 4 նորմա),
- ◆ $NS = 62$ մմ,
- ◆ $Snp-A'=40$ մմ ($0,7*NS=43,4$),
- ◆ $Go-Gn=68$ մմ ($1,05*NS=65,1$),
- ◆ $Ar-Go=3$ մմ ($39-49$ մմ նորմա),
- ◆ $Go-Me=6$ մմ ($66-76$ նորմա),

- ◆ $\angle I/NL=65^\circ$ (75 ± 5 նորմա),
- ◆ $\angle I/ML=92^\circ$ (90 ± 5 նորմա),
- ◆ $\angle interstitial=135^\circ$ (135 ± 5 նորմա),
- ◆ $I/NA=22^\circ$ (22 նորմա),
- ◆ $I/NB=25^\circ$ (25 նորմա):

Վերլուծվել է ճակատային տելեռենտգենոգրաման.

Վերլուծությունը հստակ ցույց է տալիս դիմաձևության համակարգի ոսկրերի անհամաչափ լինելը:

Ընդհանուր հետազոտության հիման վրա նկատվել է իրանի անհամաչափություն, որի պատճառով ուղղորդվել է կինեզիոլոգի մոտ:

Կինեզիոլոգի ախտորոշումը.

1. Սեպաձև ոսկրի անհամաչափություն և ռոտացիա:
2. Ողնաշարի անհամաչափություն և ռոտացիա ողջ երկայնքով:
3. Կրծքավանդակի ռոտացիա:
4. Կորպուսի ամբողջական ռոտացիա:
5. Կրանիոսակրալ ռիթմի խանգարում:

Այսպիսով, կլինիկական հետազոտության, կինեզիոլոգի խորհրդատվության, ռենտգեն հետազոտության, գիպսե մոդելների ուսումնասիրության հիման վրա դրվել է վերջնական ախտորոշում՝ ոսկրային խաչաձև կծվածք՝ ստորին ծնոտի դեֆիցիտով դեպի աջ, կմախքային մեզիալ կծվածք [1, 4]:

Կազմվել է բուժման պլան.

Վերին ծնոտի օրթոպեդիկ լայնացում՝ տրանսվերսալ հարթությամբ, և օրթոպեդիկ աճ՝ առաջահետին ուղղությամբ:

Վերին ծնոտի Roll-ի ուղղում (օստեոպաթ+օրթոդոնտ):

Դիմաձևության մկանների թուլացում և մկանահոդային հավասարակշռության ստացում սպինտի միջոցով:

Ստորին ծնոտի դեֆլեքսիայի ուղղում:

Կզակի միջին գծի ուղղում:

Կենտրոնական կտրիչների միջատամային գծի ուղղում:

Ատամաշարի և վերին ու ստորին ծնոտների ճիշտ և կայուն փոխհարաբերության ստացում: Պլանավորվում է նաև օրթոդոնտիկ 2-րդ փուլ (բրեկետ-համակարգով բուժում):

Բուժման ընթացքը: Բուժումը սկսել ենք վերին ծնոտի վրա նախատեսված թուլացնող սպինտով, որում տեղակայված է եղել պտուտակ՝ վերին ծնոտի լայնացման համար (նկ. 8): Այսինքն՝ տեղադրվել է օրթոդոնտիկ սարք՝ լայնացնող սպինտ: Բուժման

սկզբնական փուլում լայնացում չի արվել, այլ սարքն աշխատել է որպես թուլացնող սպլինտ: Այդ ընթացքում հիվանդը 10 բուժական այց է կատարել կինեզիոլոգի մոտ: Կինեզիոլոգի մոտ 5-րդ այցից հետո, երբ արդեն հստակ ստացանք ստորին ծնոտի վերադիրքավորում՝ հորիզոնական հարթությամբ, հիվանդին ցուցում տրվեց ակտիվացնել պտուտակը յուրաքանչյուր 3-րդ օրը: Սարքով սկզբում լայնացում չի արվել, այն աշխատել է որպես սպլինտ՝ կինեզիոլոգի աշխատանքին զուգահեռ, որպեսզի ստանանք ստորին ծնոտի վերադիրքավորում (80%)՝ ըստ արդեն թուլացած դիմաձևատային մկանների, որը կենտրոնական փոխհարաբերությունն է՝ ըստ Պրոֆֆիտի [5]: Այնուհետև օգտագործել ենք պտուտակի հնարավորությունը՝ տրանսվերսալ ուղղությամբ վերին ծնոտի օրթոպեդիկ լայնացում ստանալու համար: Այս ամենից 3 ամիս անց դիտվել է ստորին ծնոտի վերադիրքավորում 80%-ով: Դրանից հետո Դիլլերի դիմակի միջոցով սկսել ենք շտկել կմախքային մեզիալ կծվածքը: Դիլլերի դիմակը կիրառվել է կինեզիոլոգի աշխատանքից հետո, քանի որ անհրաժեշտ էր սպասել գանգոսկրերի վերադիրքավորմանը:

Վերին ծնոտի տրանսվերսալ աճից 1 տարի անց հիվանդը նորից անցել է բուժման կուրս կինեզիոլոգի մոտ, որից հետո ստորին ծնոտի վերադիրքավորումը եղել է 95%:



Նկ. 8. Շարժական սարք վերադիրքավորման, միաժամանակ ծնոտի լայնացման և ատամնային տեղաշարժի համար:

Սպլինտի շտկումներին զուգահեռ (առաջին շտկումը՝ սարքը հանձնելուց հետո 7 օր անց, երկրորդ և երրորդ շտկումները՝ 10-ական օր անց, այնուհետև՝ յուրաքանչյուր 21-րդ օրը) հիվանդն ստացել է բուժում կինեզիոլոգի մոտ՝ 10 այց, քանի որ ամբողջ կորպուսային և ողնաշարային ռոտացիան ու անհամաչափությունը չէին կարող չազդել դիմաձևատային հա-

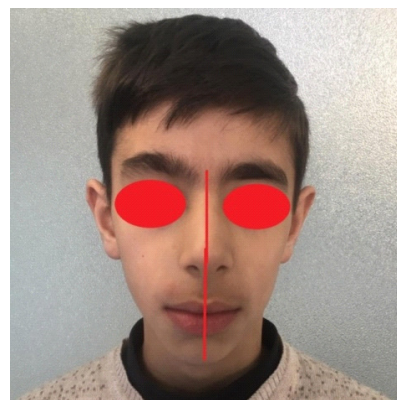
մակարգի վրա [2, 7]:

Հատկապես կարևոր էր սեպածն ոսկրի ռոտացիայի շտկումը (ինչքանով հնարավոր էր), քանի որ վերին ծնոտը, լինելով սեպոսկրին անշարժ միացած, չէր կարող անմասն մնալ ռոտացվելուց: Սպլինտը տեղադրելուց քիչ ժամանակ անց արդեն իսկ նկատվել էր առաջընթաց՝ ստորին ծնոտի վերադիրքավորում, ատամնային հակադարձ վերածածկի ուղղում 80%-ով (Նկ. 9.ա, 9.բ):



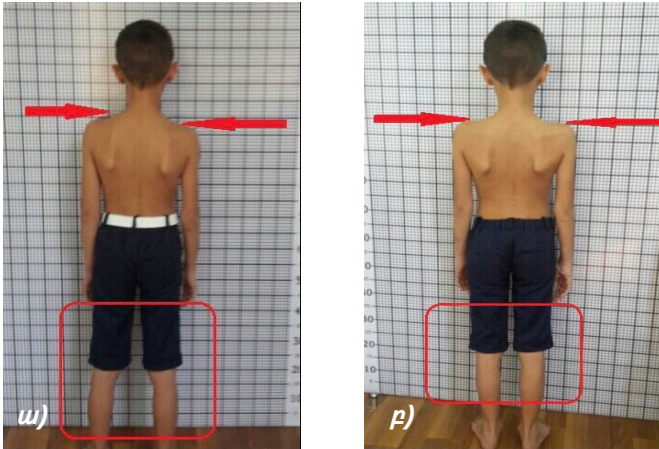
Նկ. 9. ա) կինեզիոլոգի և շարժական սարքի միաժամանակ աշխատանքի արդյունքը, բ) միջին գծի շտկում, ատամների ճիշտ վերածածկ:

Հստակ երևում է 11, 41 և 13, 43 ատամների հակադարձ դիրքի շտկումը, ինչպես նաև միջին գծի ուղղումը գրեթե 95%-ով (Նկ. 10) (ստացվել է կինեզիոլոգի աշխատանքի շնորհիվ՝ երկրորդ փուլի վերջում՝ առաջին փուլից 1 տարի անց):



Նկ. 10. Կզակի դիրքը բուժման արդյունքում ուղղվել է:

Հիվանդի իրանի անհամաչափությունը ևս բավականին շտկվել է կինեզիոլոգի աշխատանքից հետո (Նկ. 11. ա, բ):



Նկ. 11. *ա) բուժումից առաջ ուսերի և ծնկների անհավասար դիրքը՝ պայմանավորված ողնաշարի թեթույթյամբ, բ) կինեզիոլոգի աշխատանքի արդյունքում ողնաշարի ուղղում, ուսերի և ծնկների հավասար դիրք:*

Արդյունքը: Բուժման առաջին փուլի (գործառույթային բուժում) արդյունքում տեսնում ենք դեմքի անհամաչափության ակնհայտ շտկում: Օրթոդոնտիկ բուժման և կինեզիոլոգի համատեղ աշխատանքի շնորհիվ կատարվեց դիմաձևոտային համակարգի մկանների համաչափ և միաժամանակյա ճիշտ աշխատանք, արդյունքում օրգանիզմի փոխհատուցումն առավելագույնն էր: Բուժումը նպաստեց ամբողջ հենաշարժիչ համակարգի բարելավմանը, ուղղվեցին ուսերի և ականջների մակարդակների տարբերությունները, ծամելու գործառույթը, պրոֆիլը (որն էլ օրթոդոնտին դիմելու պատճառն էր), կանգնած վիճակում ծնկների դիրքը:

Քննարկումը: Կինեզիոլոգի շնորհիվ ստացած մկանառակային հավասարակշռությունը նպաստում է ոչ միայն առավելագույն արդյունքին, այլև ախտադարձի հավանականությունը հասցնում է նվազագույնի: Սակայն շատ կարևոր է մասնագետին դիմել փոքր տարիքում՝ մինչև ոսկրային համակարգի վերջնական ձևավորումը, որպեսզի հնարավոր լինի առավելագույնս օգտվել օրգանիզմի փոխհատուցողական հնարավորությունից [6, 7, 8]:

Մեխանիզմը հետևյալն է. մկաններով են պայմանավորված ոսկրերի «դիրք»-ն ու փոխհարաբերությունը միմյանց նկատմամբ: Իհարկե, առանց կինեզիոլոգի

աշխատանքի հնարավոր է կատարել դիմաձևոտային համակարգի բուժում՝ օրթոդոնտիկ շարժական և անշարժ տեխնիկաներով [10, 11, 12]: Սակայն նման բուժումը, առանց մկանային համակարգի հաշվեկշռված աշխատանքի, դատապարտված է ախտադարձի, ինչպես նաև հնարավոր չէ հասնել առավելագույն գեղագիտական արդյունքի: Մկանների հաշվեկշռված աշխատանքը կայուն արդյունքի գրավականն է: Յուրաքանչյուր բուժման ավարտին օրթոդոնտները հիվանդին են հանձնում ռետենյեր (շարժական կամ անշարժ): Ռետենյը պետք է լինի պասիվ և պահպանի ստացված արդյունքը: Բայց լինում են դեպքեր, երբ ամենագրագետ պատրաստված ռետենյերով անգամ հիվանդները վերադառնում են ախտադարձով: Նշանակում է՝ կա պատճառական գործոն, որը չի նկատվել և չի վերացվել: 90% դեպքերում այդ գործոնը դիմաձևոտային համակարգի մկանների անհամաչափ աշխատանքն է: Իսկ հաշվեկշռված մկանային համակարգի դեպքում նույնիսկ հիվանդի կողմից ռետենյերը ոչ պարտաճանաչ կրելու դեպքում անգամ ախտադարձ չի լինում: Ստացվում է, որ նույնիսկ օրթոդոնտի 100%-անոց ճիշտ աշխատանքի դեպքում էլ չի երաշխավորվում կայուն արդյունք [9, 11]: Կայուն արդյունք ստացվում է միայն համատեղ աշխատանքի և, իհարկե, օրգանիզմի փոխհատուցողական համակարգի շնորհիվ [5, 6, 7]:

Ամփոփում: Շատ հեղինակներ պնդում են, որին նաև հարում է մեր պրակտիկ փորձը, որ առանց կինեզիոլոգի կամ կրակոսակրալ թերապևտի՝ ստորին ծնոտի դիրքը 95%-ով չի շտկվի [7, 9, 10, 11]: Դրական արդյունքին նպաստեցին հիվանդի փոքր տարիքը, ժամանակին նեղ մասնագետին դիմելն ու բազմակողմանի բուժօգնությունն ստանալը: Առաջին հայացքից որևէ կապ չունեցող ախտանիշները պատճառահետևանքային մեծ շղթա էին: Մարդու օրգանիզմն ամբողջական համակարգ է, որում յուրաքանչյուր օրգան սերտորեն կապված է մյուս օրգանների հետ: Օգտվելով օրգանիզմի փոխհատուցողական հնարավորություններից, խուսափելով վիրահատական միջամտությունից՝ կարողացանք ստանալ դրական արդյունք:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия, 2008, 424 с.
2. Бандура Е.А., Кочетова М.С. Взаимосвязь остеопатии и ортодонтии при нарушении окклюзии. Стоматология ID 2017, 01, 5 А, 11006
3. Егорова И.А., Кузнецова Е.Л. Остеопатия в акушерстве и педиатрии. 2008, 185 с.
4. Персин Л.С. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Ортодонтия, 2004, 360 с.
5. Проффит Уильям Р. Современная ортодонтия, 2006, 553 с.
6. Allen D., Rebellato J., Sheats R., Ceron A.M. Skeletal and dental contributions to posterior crossbites. Angle Orthod., 2003, 73: 515-524
7. Benjamin Shield The Symbiotic Partnership of dentistry and craniosacral therapy. Part 1, Part 2 Upledger institute international, October 17, 2016
8. Littlewood S.J., Tait A.G., Mandall N.A., Lewis D.H. The role of removable appliances in contemporary orthodontics. Br. Dent. J., 2001, 191: 304-310
9. Pirtiniemi P., Kantomaa T., Lahtela P. Relationship between craniofacial and condyle path asymmetry in unilateral cross-bite patients. Eur. J. Orthod., 1990, 12: 408-413
10. Pinto A.S., Buschang P.H., Throckmorton G.S., Chen P. Morphological and positional asymmetries of young children with functional unilateral posterior crossbite. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., 2001, 120: 513-520
11. Thilander B., Lennartsson B. A study of children with unilateral posterior crossbite, treated and untreated, in the deciduous dentition – occlusal and skeletal characteristics of significance in predicting the long-term outcome. J. Orofacial Orthop., 2002, 63: 371-383

РЕЗЮМЕ

КОРРЕКЦИЯ АСИММЕТРИИ ЛИЦА КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДОМ. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Маргарян Х.С., Барсегян Т.Г., Григорян А.Г.

ЕГМУ, Кафедра детской стоматологии и ортодонтии

Ключевые слова: скелетный перекрестный прикус, скелетный мезиальный прикус, кинезиолог, краниосакральная терапия, дефлексия нижней челюсти.

Клинический случай представляет собой ортодонтическое лечение 8,5 летнего ребенка путем сотрудничества врача-ортодонта и кинезиолога. Поставлена цель достичь максимального эстетического результата без дальнейшего вмешательства ортогнатической хирургии. У пациента наблюдался скелетный перекрестный прикус с девиацией нижней челюсти в сочетании со скелетным мезиальным прикусом. Родителей сильно беспокоила асимметрия лица ребенка. Конечно же, они не наблюдали общей скелетной асимметрии при обращении к ортодонту. Во время консультации им детально была объяснена связь между асимметрией лица и общей скелетной асимметрией в целом. Пациент

был направлен на консультацию к врачу-osteопату, после чего параллельно с ортодонтическим лечением, в течение первого года получил 10, а затем еще 7 процедур у кинезиолога. В это время производилось ортопедическое расширение верхней челюсти в горизонтальной плоскости. После 17 кинезиологических процедур и расширения верхней челюсти, нижняя челюсть на 90% поменяла свое положение, исправилась также дефлексия. Далее для получения ортопедического роста верхней челюсти в сагиттальном направлении была присоединена маска Диляра. У пациента, кстати, мезиальный прикус имел двустороннюю генетическую предрасположенность. На данном этапе мезиальный прикус корректируется, однако планируется параллельно с формированием постоянного прикуса, провести пациенту 2-ой этап ортодонтической механотерапии.

SUMMARY

CORRECTION OF FACIAL ASYMMETRY BY A CONSERVATIVE METHOD. PRESENTATION OF A CLINICAL CASE

Margaryan K.S., Barseghyan T.H., Grigoryan A.G.

YSMU, Department of Pediatric Stomatology and Orthodontics

Keywords: skeletal crossbite, skeletal mesial occlusion, kinesiologist, craniosacral therapy, deflection of mandible.

The clinical case presents an orthodontic treatment of a 8.5-year old patient through cooperation between an orthodontist and a kinesiologist. The aim of the treatment was to reach the maximum aesthetical result without the future orthognathic surgery intervention. The patient had skeletal crossbite with the deviation of mandible in combination with the skeletal mesial occlusion. Parents were deeply worried about the facial asymmetry of their child. Of course, when they referred to an orthodontist, they didn't notice a general skeletal asymmetry. During the consultation, the connection between the general skeletal and facial asymmetries was explained to them in details. The patient

was directed to an kinesiological consultation, after which parallel to orthodontic treatment, the patient got 10 kinesiological procedures during the first year of treatment, and 7 more procedures later. During that period the orthopedic expansion of maxilla in horizontal plane was performed. After 17 kinesiological procedures and an orthopedic expansion, the mandible was replaced by up to 90%, and the deflection was corrected. After that the facial mask was combined for the orthopedic growth of maxilla in sagittal plane. By the way, mesial occlusion had bilateral genetic predisposition in the patient. The mesial occlusion was corrected in that stage, but it was planned to do the second part of permanent occlusion.