

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВА ХІРУРГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ В КОРЕКЦІЇ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З МОВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

О.В. Петриченко

Українська військово-медична академія

Резюме. *Стаття присвячена клінічним аспектам раннього лікування зубощелепних аномалій у дітей з порушеннями мовлення, які пов'язані з патологією м'яких тканин. Значимості функціональної складової у виникненні мовних порушень та ризику обтяження ортодонтичної патології при відсутності логопедичної корекції.*

Ключові слова: *зубощелепні аномалії, дислалія, вестибулярні пластинки, міогімнастика.*

Вступ. На сьогоднішній день відмічається високий приріст поширеності зубощелепних аномалій та деформацій, особливо у дітей з тимчасовим прикусом [1,2,3]. Поліетіологічність факторів виникнення зубощелепних аномалій доведена багатьма вітчизняними та іноземними авторами [2,3] і потребує комплексного підходу як ортодонта, так і педіатрів, хірургів і спеціалістів не медичного профілю – дефектологів логопедів. Одним з етіологічних чинників виникнення зубощелепних аномалій є порушення функцій зубощелепної системи [3,4] таких як інфантильний тип ковтання, порушення тонузу жувальних та м'язів, порушення звуковимови або неправильна артикуляція. Особливе місце посідають функціональні невідповідності, пов'язані з порушенням мовлення. У дітей із аномаліями прикусу логопедичні порушення негативно впливають на ріст і формування зубощелепного апарату [4,5].

Водночас, при порушенні функції деяких рухомих органів артикуляції, можуть спостерігатися звичні патологічні стани (прокладання язика між зубами в стані спокою, а також під час процесів жування, ковтання і мовлення; порушення тонузу м'язів, внаслідок чого не виявляється достатнього тиску на зуби з боку губ, необхідного для нормального формування зубних рядів і т.д.), що чинить негативний вплив на дитячу щелепно-лицьову ділянку, яка формується [3,4,5].

Питання про роль анатомічних дефектів артикуляційних органів у формуванні мовної функції почало розглядатися в спеціальній літературі досить давно і всі порушення вимови, зумовлені органічними аномаліями

периферичного апарату мовлення об'єднували під терміном «механічна дислалія» [6].

Всі функції зубощелепної системи – жування, смоктання, ковтання, змикання губ, мова повинні знаходитися у фізіологічній рівновазі з анатомічними структурами. Зубощелепні аномалії та порушення функцій зубощелепної системи впливають як прямо один на одного, так і у вигляді «зворотного зв'язку». У дослідженнях багатьох вітчизняних вчених підкреслюється, що порушення функцій жування, ковтання, дихання, функціонального стану кругового м'яза рота, парафункції язика викликають аномалії розвитку кісткових структур зубощелепної системи [6,7].

Особливу роль в чіткості вимови звуків відіграють такі аномалії будови порожнини рота як форма піднебіння, положення зубів, форма і положення язика в спокої, а також інші функції зубощелепної системи [7,8].

У всіх випадках механічної дислалії необхідні консультації та лікування у таких фахівців, як хірург і ортодонт. Чим раніше з'явилася зубощелепна аномалія, тим більший ризик появи стійких дефектів звуковимови. Зубощелепні аномалії в тимчасовому прикусі провокують стійкіші порушення звукової сторони мови, ніж ті, що проявилися тільки в постійному прикусі. Чим раніше була виявлена ортодонтична патологія і чим раніше була розпочата комплексна робота з усунення дефектів артикуляційних органів, порушень звуковимови та розвитку фонематичного сприйняття, тим швидше і ефективніше можна досягти позитивних результатів в корекції дислалії [8,9,10].

Матеріали та методи. Протягом двох років ми спостерігали та лікували групу дітей (36 чоловік) віком від 3 до 7 років у яких зубощелепні аномалії ускладнювались мовними порушеннями.

Діти були розподілені на групи, залежності від стану розвитку зубощелепної системи: до першої групи ми віднесли 12 дітей з тимчасовим прикусом (від 3 до 5 років), до другої – 24 дитини зі змінним (від 5 до 7 років). До обох груп входили діти з проблемами мовлення, які були зумовлені дисфункцією м'яких тканин, що приймають участь у процесі артикуляції. Дітям обох груп були призначені вестибулярні пластинки. Пацієнтам I групи - першого розміру, (з червоним кільцем) для тимчасового прикусу, а пацієнтам II групи з синім кільцем для змінного прикусу. Також в залежності від типу зубощелепної аномалії застосовувались різні види даних апаратів. Так при відкритому прикусі, пацієнтам, в яких відмічали прокладання язика застосовували вестибулярні пластинки з дротяною заслінкою, при сагітальних видах патології (як II так і III класі Енгля) застосовувався апарат з козирком. Ношення апаратів відбувалось як в денний (30-60 хвилин) так і в нічний час і поєднувалось з міогімнастичними вправами двічі на день по 15хвилин.

Ношення апарату та виконання міогімнастичних вправ контролювалось як нами, так і логопедом.

Періодичність відвідувань для контролю результату і регулярності виконання рекомендацій щодо застосування апаратів була один раз на місяць.

Перед початком лікування, крім загальноприйнятих клінічних методів дослідження, особливу увагу ми приділяли методам дослідження артикуляційної моторики. Обстеження артикуляційної моторики включало 47 проб і проводилося по 5 тестах: вивчалися рухи лицьових м'язів - 16 проб, губ - 11 проб, нижньої щелепи - 6 проб, язика - 12 проб, м'якого піднебіння - 2 проби.

При вивченні стану функції лицьових м'язів відзначалися особливості природних мимічних рухів, що проявлялись в пацієнтів у ситуації спілкування.

При виконанні рухів оцінювалися наступні параметри: здатність до утримання артикуляційної/мимічної пози, здатність до переключення, рівномірність роботи м'язів, об'єм руху, тонус м'язів під час руху і при утриманні пози, темп, точність та диференціація руху, рухові заміни, синкінезії.

Результати. В ході дослідження на основі результатів виконання рухових проб визначався загальний стан артикуляційної моторики. Оцінка проводилася за чотирьохбальною системою: 1 бал – виражені порушення артикуляційної моторики; 2 бали – відзначалися помірно виражені порушення; 3 бали – відзначалася легка недостатність, що виражалася в незначних порушеннях; 4 бали – стан артикуляційної моторики відповідає віковій нормі.

Перед початком лікування, результати дослідження артикуляційної моторики серед пацієнтів I досліджуваної групи були наступні: в 7 дітей результат 2 бали, у 4-ох по 3 бали та в одного пацієнта – 1 бал. У пацієнтів II досліджуваної групи: у 16 дітей по 3 бали, у п'яти по 2 бали та у трьох по 1 балу.

Через рік після початку корекції було повторно проведено 47 проб дослідження артикуляційної моторики та отримано наступні результати: в I досліджуваній групі був лише один пацієнт, що отримав результат – 2 бали, та 1 пацієнт, що отримав 3 бали, інші 10 отримали в ході дослідження 4 бали. В групі II також лише в одного пацієнта був результат 2 бали, 2 пацієнтів показали результат – 3 бали та 21 пацієнт – 4 бали.

Що стосувалось корекції власне ортодонтичної патології, то тут результати були наступними: застосування вестибулярних пластинок в комплексі з міогімнастикою сприяло не тільки корекції прикусу і положення та функції язика, а й сприяло нормалізації функцій дихання та ковтання у дітей обох груп.

Висновки

Взаємозв'язок і взаємозалежність зубощелепних аномалій і артикуляційних порушень підкреслювали у своїх дослідженнях багато вітчизняних та іноземних авторів, відзначаючи, що аномалії апарату артикуляції різко спотворюють вимову, і логопедична робота без ортодонтичної корекції виявляється малоефективною.

Порушення, які виявлені у дітей в тимчасовому та змінному прикусі, стимуляція процесу саморегуляції за допомогою вестибулярних пластинок дозволяє нормалізувати розвиток зубощелепної системи та сприяти, таким чином, корекції мовних порушень. Своєчасне виявлення і адекватна корекція ортодонтичних та логопедичних порушень в періоді тимчасового та змінного прикусу – запорука успіху ортодонтичного лікування та стабільності досягнутих результатів. Тому поглиблення знань ортодонта в логопедії і логопеда в основах ортодонції є дуже важливим і своєчасним завданням інтеграції різних фахівців, що відповідають за здоров'я дитячого населення України.

Література

1. Малигін Ю.М. Систематизація різновидностей зубощелепно-лицевих аномалій по причинно-наслідковим взаємозв'язкам в процесі росту, розвитку та формування зубощелепної системи/ Малигін Ю.М // Досягнення ортодонції, ортопедичної та загальної стоматології за фахом та її викладання: збірник науково-практичних матеріалів; під ред. Ю.М. Малигіна. – ГОУ ДПО РМАПО. “М., 2005. “С. 148-168.
2. Курєдова В.Д. Зв'язок логопедичної патології із зубощелепними аномаліями / В.Д. Курєдова, Л.Д. Маловічко, В.А. Сірик // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду асоціації стоматологів України. – Київ, 2004. “С. 468-469.
3. Персін Л.С. Ортодонція. Діагностика та види зубощелепних аномалій. -М.: Наук.-вид. центр «Інженер», 1996. - С. 90-92.
4. Хорошилкіна Ф.Я. Класифікація морфологічних, функціональних, естетичних порушень при зубощелепно-лицевих аномаліях з урахуванням етіопатогенезу, естетичних і загальних відхилень/Ф.Я. Хорошилкіна// Досягнення ортодонції, ортопедичної та загальної стоматології за фахом і її викладання: збірник науково-практичних матеріалів; під ред. Ю.М. Малигіна. - ГОУ ДПО Російська медична академія післядипломної освіти. - М., 2005. - С.140-148.
5. Дістель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д., Карницького І.В. Метод профілактики та лікування зубощелепних аномалій, пов'язаних з порушенням носового дихання//Стоматологія - 1998. - №2. - С.53-54.
6. Іванова Г. Міогенні фактори при естетичних порушеннях і звукоутворенні/ Г. Іванова, К. Шутов // К. - 2005. - №4 (16). - С. 78-79.

7. Брагін Е.А., Хорєв О.Ю., Караков К.Г., Агранович О.В. Діагностика та лікування парафункцій жувальних м'язів. - Ставрополь. Изд.СГМА, 2004. - с.150.

8. Губіна Л. К., Краснікова О. П. Ситуаційний аналіз частоти вродженої патології щелепно-лицьової області та ймовірні фактори ризику//Дит. Стоматологія. - 2000. - N 1-2. - С. 65-68.

9. Образцов Ю.Л. Клініко-статистичний аналіз факторів ризику виникнення зубощелепних аномалій у дітей / Ю.Л. Образцов // Стоматологія. - 1991. - №1. - С. 66-69.

10. Хорошилкіна Ф.Я. Ортодонтія. Профілактика та лікування функціональних, морфологічних і естетичних порушень в зубощелепно-лицьової ділянки. Кн. IV. / Ф.Я. Хорошилкіна, Л.С. Персін, В.П. Окушко-Калашникова. - М., 2004. - 460 с.

Резюме. *Стаття посвячена клінічним аспектам раннього лічення зубочелюстных аномалій у дітей з порушеннями речі, связанніми з патологією м'яких тканин. Значимості функціональної складової в виникненні речевих порушень і ризику ускладнення ортодонтичної патології при відсутності логопедическої корекції.*

Ключевые слова: *зубочелюстные аномалии, дислалия, вестибулярные пластинки, миогимнастика.*

Summary. *The article is devoted to clinical aspects of early treatment of malocclusion children with speech disorders associated with abnormal soft parts. The significance of the functional component in the emergence of speech disorders and the risk of complications of orthodontic pathology in the absence of speech therapy.*

Keywords: *malocclusion, dyslalia, vestibular plate, myofunctional exercises.*