

РОЛЬ ПОРУШЕНЬ АРХІТЕКТОНІКИ ГУБ У РОЗВИТКУ АТОПІЧНОГО УРАЖЕННЯ ЧЕРВОНОЇ КАЙМИ ГУБ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

О.А. Каденко¹, М.В. Стремчук²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

²Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Резюме. У статті наводяться результати дослідження особливостей архітекtonіки губ у дітей з atopічним хейлітом. Ознаки порушення фізіологічної архітекtonіки губ виявлені у 100% обстежених, тоді як у здорових дітей контрольної групи – лише у 21,54% випадків. Частота виявлення функціональних відхилень та шкідливих звичок у дітей з atopічним хейлітом у 2,5 рази перевищувала аналогічний показник контрольної групи. У структурі функціональних відхилень у хворих віком до 7 років переважали порушення функції ковтання, у дітей 8-16 років – порушення функції жування. У старших вікових групах серед шкідливих звичок найчастіше виявляли смоктання або прикушування губ, щік та язика. Перебіг atopічного хейліту поєднувався із зубо-щелепними аномаліями у 63,93% дітей з даним захворюванням. Отримані в ході дослідження результати є беззаперечним доказом значимості зазначених місцевих факторів у формуванні та підтриманні патологічного процесу на червоній каймі губ у дітей з atopічним хейлітом. З метою нормалізації тонусу *m. orbicularis oris* та відновлення правильного стереотипу змикання губ у хворих на atopічний хейліт доцільно призначати комплекс міогімнастичних вправ за методикою проф. О.П.Максимової.

Ключові слова: atopічний хейліт, архітекtonіка губ, функціональні порушення, шкідливі звички.

ВСТУП

За статистичними даними останніх років близько 20% дітей страждають на atopічний дерматит (АД), частота якого стрімко збільшується протягом останніх років [5]. Приблизно у третини з них захворювання супроводжується atopічним хейлітом (АХ), тобто запальним процесом на червоній каймі губ та шкірі навколоротової ділянки, з хронічним рецидивуючим перебігом. Причому ураження червоної кайми губ може бути єдиним симптомом atopічного дерматиту

[11]. Значне різноманіття клінічної картини, схильність до частих рецидивів і тривалий, часто резистентний до терапії, перебіг АХ обумовлені, насамперед, його поліетіологічністю, складними патогенетичними механізмами розвитку, виникненням захворювання у ранньому дитячому віці за умов функціональної та морфологічної незрілості систем організму. Окрім зміни зовнішнього вигляду губ, що погіршує естетику і створює психологічні комплекси у дитини, atopічний хейліт часто супроводжується інтенсивним свербіжем у навколоротовій ділянці, який заважає

повноцінному навчанню, сну, дозвіллю пацієнтів. Слід визнати, що арсенал сучасних медикаментозних засобів дозволив зробити вагомі кроки на шляху до вдосконалення лікувальної тактики стосовно даної категорії хворих. Водночас на виникнення хейліту при атопії суттєвий вплив мають ряд місцевих факторів, які на сьогоднішній день вивчені недостатньо і не завжди враховуються при виборі тактики лікування. Актуальність даної проблематики є очевидною і визначає необхідність розробки нових обґрунтованих підходів до лікування та профілактики рецидивів АХ у дитячому віці з урахуванням впливу місцевих передумов.

Одним з таких місцевих чинників є архітектоніка губ – характер змикання губ у стані спокою і при виконанні функції. В нормі змикання губ повинно відбуватись по лінії Клейна, тобто по лінії переходу червоної кайми у слизову оболонку губ. При цьому змикання забезпечується м'язами губ за рахунок їх оптимального тону.

При порушенні архітектоніки губи або взагалі не змикаються у стані спокою, або змикання відбувається не по лінії Клейна, і слизова оболонка вивернута назовні. Неправильною архітектоніка буде і у випадку щільного змикання губ, якщо при цьому напружуються м'язи навколоротової ділянки.

Ще у 90-х роках минулого століття на основі багаторічного досвіду власних спостережень проф. О.П.Максимова у своїх роботах наголошувала, що порушення фізіологічної архітектоніки губ не є прямою причиною, але є суттєвою передумовою розвитку хейлітів незалежно від їх генезу (метеорологічний, ексфолюативний, ангулярний, атопічний, гландулярний тощо). При цьому, на думку О.П.Максимової, хейліт розвивається при одночасному поєднанні двох факторів: порушення архітектоніки губ та неадекватність реакції шкіри, червоної кайми і слизової оболонки губ на дію чинників зовнішнього середовища [9, 10]. Імунопатологічні зміни в організмі дитини з АД внаслідок генетично обумовленої ІgЕ-опосередкованої сенсibiliзації на фоні морфологічної незрілості тканин губ (вони

формується до 12 років) зумовлюють недостатність компенсаторних захисних механізмів і, як наслідок, неадекватність реакції на зовнішні подразники. Крім того, атипова реакція покривних тканин губ при АХ обумовлена також структурно-функціональними змінами в епідермісі та порушенням бар'єрних властивостей шкіри. Тобто в усіх дітей з атопічним ураженням має місце неадекватність реакції на зовнішні подразники. І лише у тих дітей, в яких вона поєднується з порушенням архітектоніки, виникає хейліт як симптом АД. Таким чином, при АД залучення до патологічного процесу червоної кайми губ і кутів рота розвиватиметься у дітей з нефізіологічним стереотипом змикання губ [9]. Так, за даними Н.О.Савичук, М.М.Соломонюка (2004), при дослідженні АХ порушення архітектоніки губ було діагностовано у 40,0% обстежених дітей [11]. У роботах Л.М.Горбатової (2000) вказуються значно вищі показники: зокрема частота неправильного змикання губ у хворих з хейлітом на фоні дисемінованого нейродерміту становить 94,0%, з ізольованою формою АХ – 96,0% [2].

Таким чином, метою даного дослідження є вивчення особливостей архітектоніки губ у дітей з АХ і встановлення їх ролі у розвитку даної патології у різні вікові періоди.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено обстеження 61 дитини, хворої на АХ, зокрема, 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні АД, віком від 1 до 16 років, які перебували на амбулаторному і стаціонарному лікуванні у Хмельницькому обласному шкірно-венерологічному диспансері. Усіх дітей було поділено на 4 вікові категорії відповідно до біологічної схеми періодизації В.І.Берзіня (2008): 9 дітей – група раннього дитинства (1-3 роки), 17 дітей – першого дитинства (4-7 років), 17 дітей – другого дитинства (8-12 років), 18 дітей – підліткового віку (13-16 років). Групу контролю склали 65 практично здорових осіб аналогічного вікового періоду (8, 19, 21 і 17 дітей

відповідно) без ознак ураження слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ.

При вивченні особливостей архітекtonіки губ у дітей з атопічним хейлітом використовували рекомендації, запропоновані О.П.Максимовою, та розроблену нею класифікацію [9]. Відповідно до зазначеної класифікації, змикання губ може бути повним і неповним; повне змикання, в свою чергу, може бути правильним і неправильним. Повне правильне змикання визначали за такими критеріями:

1) губи дитини у стані спокою щільно зімкнуті, змикання забезпечується найбільш крайніми губними фрагментами, тобто м'язами власне губ за рахунок їхнього рівномірного оптимального тонуусу;

2) архітектоніка губ фізіологічна – змикання відбувається по лінії переходу червоної кайми у слизову оболонку губ (зоні Клейна).

Повне неправильне змикання діагностували у випадках, якщо змикання губ відбувалося не по лінії переходу червоної кайми у слизову оболонку губ, а зона Клейна або частина слизової оболонки порожнини рота було відвернута назовні чи всередину, а також якщо губи змикались щільно, але змикання забезпечувалось участю як власне губних м'язів, так і м'язів навколоротової ділянки.

При неповному змиканні губ спостерігали відсутність звичного змикання губ у стані спокою, а при функції губи змикались правильно або неправильно. Якщо змикання відбувалося правильно, це свідчило про знижений тонуус м'язів [9].

Клінічні ознаки функціональних порушень та шкідливих звичок визначали під час збору анамнезу, візуального огляду та динамічного спостереження за дитиною. При цьому використовували систематизацію шкідливих звичок дітей за фізіологічним принципом, розроблену В.П. Окушко (1965) [12].

Для порушення функції жування характерними були збільшення або зменшення тривалості пережовування їжі, звичка жувати зубами однієї половини щелепи (ознаки нерівномірного розподілу жувального навантаження). Про порушення функції ковтання свідчили підвищена активність

мімічних і жувальних м'язів (особливо в ділянці підборіддя – «симптом наперстка»), відсутність змикання губ, зубів під час ковтання, локалізація язика між зубами або на дні ротової порожнини при розімкненому положенні зубних рядів («некоординований язик»). У разі порушення функції дихання зуби не змикались, визначалась сухість червоної кайми губ на фоні зниженого тонуусу колового м'яза рота; нерухомі крила носа, нетипове положення язика (зміщений вниз і назад). За наявності у дитини ознак ротового дихання проводили дихальну пробу з метою з'ясування, чи є такий характер дихання шкідливою звичкою, чи вимушеним внаслідок непрохідності дихальних шляхів. Під час виконання дихальної проби дитина ставала біля стіни таким чином, щоб потилиця, спина і п'яти торкались її, а напрямок погляду був паралельний до підлоги, губи зімкнуті, дихання через ніс. Якщо дитина дихала спокійно і були відсутні симптоми утрудненого дихання (блідість, ціанотичність шкірних покривів, запаморочення і т.п.), то пробу ускладнювали. Дитині пропонували повторити те саме, але після фізичного навантаження – 10 присідань. Якщо після навантаження дитина могла дихати носом (навіть за наявності симптомів компенсації – роздування крил носа, подовжений вдих), то дихальні шляхи вважали прохідними для потоку повітря, а ротове дихання – не вимушеним, а шкідливою звичкою.

Діагностику зубощелепних аномалій проводили у вертикальній, сагітальній і трансверзальній площинах із залученням ортодонта. У дітей в період старіння тимчасового прикусу (5-6 років) звертали увагу на співвідношення дистальних поверхонь других тимчасових молярів та фізіологічне стирання молочних зубів.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою пакету програм StatSoft Statistica 10 Enterprise з використанням непараметричних методів (з визначенням критерію χ^2 , для малих вибірок ($n < 5$) – критерію χ^2 з поправкою Йетса), при цьому достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами проведених досліджень у всіх обстежених нами дітей з atopічним хейлітом різного віку були виявлені ознаки порушення архітекτονіки губ.

Повне правильне змикання губ не діагностували в жодної дитини з atopічним хейлітом. У більшості хворих (52,46%) діа-

гностували повне неправильне змикання губ (рис. 1, 2), у решти обстежених (47,54%) – неповне змикання (рис.3). Разом з тим, при визначенні стану архітекτονіки губ у практично здорових дітей контрольної групи повне правильне змикання губ (рис. 4) встановлено в 78,46% випадків (51 дитина), а повне неправильне і неповне діагностовано сумарно в 21,53% (14 осіб).



Рис. 1. Клінічний випадок. Дитина О., 9 років. Діагноз: atopічний хейліт, ізольована форма, середній ступінь важкості. Порушення архітекτονіки губ у вигляді повного неправильного змикання: губи змикаються не по лінії Клейна, частина слизової оболонки нижньої губи вивернута назовні



Рис. 2. Клінічний випадок. Дитина Б., 5 років. Діагноз: симптоматичний хейліт при дисемінованій формі atopічного дерматиту, легкий ступінь важкості. Порушення архітекτονіки губ у вигляді повного неправильного змикання: губи зімкнуті щільно, але змикання забезпечується участю м'язів навколоротової ділянки, головним чином підборіддя та щічних м'язів



Рис. 3. Клінічний випадок. Дитина К., 15 років. Діагноз: atopічний хейліт при дисемінованій формі atopічного дерматиту, середньоважкий ступінь. Відсутність звичного змикання губ у стані спокою (неповне змикання)



Рис. 4. Клінічний випадок. Дитина Д., 6 років, практично здорова. Архітектоніка губ – фізіологічна. Повне правильне змикання губ

Отже, отримані результати підтверджують дані О.П.Максимової [10] щодо провідної ролі порушення архітекtonіки губ у розвитку атопічного хейліту поряд з неадекватністю реакції покривних тканин на дію факторів зовнішнього середовища, у тому числі алергічних.

Незважаючи на переважання кількості дітей з симптоматичним хейлітом при дисемінованій формі атопічного дерматиту (у 2,2 рази), розбіжність середньостатистичних значень порушення архітекtonіки губ відносно таких з ізольованою формою атопічного хейліту в усіх вікових катего-

ріях дітей була статистично недостовірною ($p > 0,05$).

Непрямими ознаками порушеної архітекtonіки губ є наявність у дитини функціональних відхилень та шкідливих звичок, які опосередковано впливають на тонус м'язів. Враховуючи значення функціональних порушень та шкідливих звичок у формуванні зубощелепних аномалій у дітей різного віку і пов'язаних з ними порушень архітекtonіки губ [10, 12], проведено вивчення основних функцій (смоктання, жування, ковтання, дихання) та виявлення шкідливих звичок (табл. 1).

Таблиця 1

Функціональні порушення та шкідливі звички у здорових дітей контрольної групи та хворих на атопічний хейліт

Функціональні порушення	Вікові категорії дітей							
	I		II		III		IV	
	Раннє дитинство (1-3 роки)		Перше дитинство (4-7 років)		Друге дитинство (8-12 років)		Підлітковий вік (13-16 років)	
	ОГ n=9	КГ n=8	ОГ n=17	КГ n=19	ОГ n=17	КГ n=21	ОГ n=18	КГ n=17
	%		%		%		%	
Порушення смоктання	77,78	25,0	—	—	—	—	—	—
p	p>0,05							
Низька ефективність смоктальних рухів	14,29	—	—	—	—	—	—	—
Негерметичне охоплення соска губами малюка	28,57	33,33	—	—	—	—	—	—
Відсутність ознак згасання смоктального рефлексу у віці старше 12 міс.	57,14	66,67	—	—	—	—	—	—
Порушення функції жування	33,33	12,5	41,18	5,26	64,71	14,29	77,78	11,76
p	p>0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,001	
Зменшення тривалості пережовування їжі	33,33	—	42,86	—	36,36	33,33	35,71	—
Одностороннє жування	66,67	100,0	57,14	100,0	63,64	66,67	64,29	100,0
Порушення функції ковтання	66,67	25,0	58,82	10,53	41,18	4,76	44,44	5,88

Функціональні порушення	Вікові категорії дітей							
	I		II		III		IV	
	Раннє дитинство (1-3 роки)		Перше дитинство (4-7 років)		Друге дитинство (8-12 років)		Підлітковий вік (13-16 років)	
	ОГ n=9	КГ n=8	ОГ n=17	КГ n=19	ОГ n=17	КГ n=21	ОГ n=18	КГ n=17
	%		%		%		%	
p	p>0,05		p<0,01		p<0,05		p<0,05	
Інфантильний тип ковтання	50,0	66,67	20,0	33,33	14,29	—	12,5	—
Відсутність змикання губ і зубів під час ковтання	16,67	—	50,0	33,33	42,86	100,0	50,0	—
Локалізація язика між зубами або на дні ротової порожнини при розімкненні зубних рядів («некоординований язик»)	33,33	33,33	30,0	33,33	42,86	—	37,5	100,0
Порушення функції дихання	44,44	—	41,18	10,53	41,18	14,29	61,11	5,88
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p<0,001	
Ротове дихання (вимушене)	50,0	—	42,68	—	28,57	33,33	27,27	—
Ротове дихання (шкідлива звичка)	50,0	—	57,14	100,0	71,43	66,67	72,73	100,0
Шкідливі звички	77,78	62,5	52,94	15,79	47,06	9,52	33,33	11,76
p	p>0,05		p<0,05		p<0,05		p>0,05	
Смоктання або прикушування губ, щік, язика,	—	—	33,33	33,33	50,0	—	50,0	50,0
Смоктання пальців	71,43	60,0	11,76	—	—	—	—	—
Підкладання кулачка під щоку	—	—	11,11	33,33	25,0	—	16,67	50,0
Звичне спання на «улюбленому» боці	28,57	40,0	33,33	33,33	25,0	100,0	33,33	—

Примітки:

ОГ – основна група дітей;

КГ – контрольна група дітей;

P – достовірність різниці значень між показниками дітей основної та контрольної груп.

Слід зазначити, що в ході даного дослідження в багатьох випадках спостерігали наявність в одного і того ж пацієнта одночасно кількох функціональних відхилень. Так, при ізольованій формі захворювання порушення однієї функції спостерігали у 6 дітей (31,58 %), двох функцій – у 9 (47,37 %), трьох – у 4 (21,05 %) осіб, а при симптоматичному хейліті на фоні АД – відповідно у 23 (54,76 %), 15 (35,71 %), 4 (9,52 %) пацієнтів. З наведених даних видно, що у дітей з ізольованою формою АХ наявні більш важкі функціональні відхилення (сумарно у 68,42 % випадків), ніж у дітей із симптоматичним хейлітом при дисемінованій формі АД (у 45,23 %). Це пояснює встановлену авторами [10] відсутність ураження губ у дітей з важкою формою АД при наявності фізіологічної архітекτονіки губ та функції зубощелепного апарату.

Шкідливі звички спостерігали у 49,18% обстежених з atopічним хейлітом (30 дітей), що у 2,5 рази перевищує відповідний показник контрольної групи. У ранньому дитячому віці (1-3 роки) шкідливі звички були виявлені у 77,78 % дітей з atopічним хейлітом (7 осіб), при цьому переважала звичка смоктання пальців (71,43 %). У віці 4-7 та 8-12 років шкідливі звички діагностували відповідно у 52,94 % (9 дітей) та 47,06 % випадків (8 дітей). У підлітків 13-16 років їх спостерігали у 6 дітей (33,33 %). У старших вікових групах серед шкідливих звичок найчастіше виявляли смоктання або прикушування губ, щік та язика (50,0% випадків), що, імовірно, можна пов'язати з певним проявом нервового напруження дитини через постійний дискомфорт і свербіж у периоральній ділянці (та на інших ділянках тіла при дисемінованій формі atopічного дерматиту).

При аналізі результатів дослідження у дітей з різними формами atopічного хейліту істотних відмінностей у частоті і структурі функціональних порушень та шкідливих звичок ми не виявили.

У дітей контрольної групи частота виявлення зазначених функціональних відхилень була у 2-3 рази меншою. У структурі функціональних відхилень у дітей контрольної

групи, аналогічно до основної групи дітей, переважали порушення функції ковтання.

Звички, що спричиняють порушення архітекτονіки губ, у практично здорових дітей контрольної групи виявили у 18,46 % випадків (12 дітей). Серед них у ранньому дитячому віці найчастіше спостерігали звичку смоктання пальця (60 %), а в старших вікових групах переважало звичне спання на «улюбленому боці» (від 33,33 % до 100 % від усіх здорових дітей зі шкідливими звичками).

Таким чином, встановлені нами особливості архітекτονіки губ у дітей різного віку з atopічним хейлітом вказують на провідну роль порушення їх змикання у розвитку захворювання. При цьому відсутність або неправильне змикання призводить до порушення міодинамічної рівноваги у порожнині рота та навколоротової ділянки [10]. Коловий м'яз рота стає в'ялим, тонує його – різко знижений, кути рота опущені. Поряд з іншими факторами (порушення смоктання, жування, ковтання, дихання та наявними шкідливими звичками) це сприяє формуванню патології прикусу. За нашими даними, у дітей, хворих на atopічний хейліт, зубощелепні аномалії виявлені у 39 обстежених, що склало 63,93% випадків. З них: відкритий прикус діагностовано у 8 дітей (20,51 %), глибокий – у 5 (12,82 %), дистальний – у 14 (35,9 %), медіальний – в 11 (28,21 %), перехресний – в 1 (2,56 %).

Отже, характер змикання губ визначається станом *m. orbicularis oris*, і відновлення фізіологічної архітекτονіки губ можливе за рахунок нормалізації тону м'язів навколоротової ділянки. Тому для нормалізації архітекτονіки губ дітям з АХ доцільно призначати комплекс міогімнастичних вправ. Тривалість лікування залежить, головним чином, від віку дитини, її індивідуальних особливостей, регулярності і правильності проведення міотерапії, старанності, наполегливості та відповідальності пацієнтів і їхніх батьків при виконанні вправ. При цьому відбувається не лише нормалізація тону колового м'яза рота, а й формування нового

правильного стереотипу змикання губ на рівні центральної нервової системи.

Міотерапія включає два етапи:

1. Масаж губ (для дітей раннього віку та дітей, які через порушення тонузу фрагментів колового м'язу рота не здатні виконати міогімнастичні вправи) – погладжування, пальцеве розтирання, розминання *m.orbicularis oris* та вібраційний вплив

2. Вправи для тренування *m.orbicularis oris* (для дітей дошкільного і шкільного віку): надування повітря за губу, надування щік тощо.

Серед основних функціональних ефектів міотерапії слід зазначити:

- поліпшення секреторної функції шкіри;
- активізація лімфо- і кровообігу у дермі;
- підвищення еластичності м'язових волокон, посилення їх скоротливої функції;
- нормалізація м'язового тонузу мимічної мускулатури (зниження при спастичності, підвищення при в'ялості);
- формування фізіологічного стереотипу змикання губ на рівні ЦНС.

Тому обстеженим дітям з АХ для відновлення фізіологічної архітекτονіки губ у складі комплексної терапії пропонували виконання міогімнастичних вправ обов'язково при щільно зімкнених губах за методикою О.П.Максимової [9, 10]:

1. Надування повітря за нижню губу, але таким чином, щоб м'які тканини підборіддя не напружувались (щоб не з'являвся «симптом наперстка»).

2. Почергове надування щік: дитина надуває обидві щоки і почергово переганяє повітря з правої щоки у ліву, імітуючи полоскання рота.

3. Витягування губ у вигляді «хоботка»: при зімкнених зубах дитина витягує губи вперед трубочкою та зміщує їх почергово доверху, донизу, вправо, вліво. При виконанні цієї вправи батьки пацієнтів або самі діти повинні контролювати, щоб щелепи не зміщувались, зуби були зімкнені, а губи – обов'язково герметично закриті. Після цього витягнуті у вигляді «хоботка» губи дитина розмикає і змикає, імітуючи рухи стулок мушлі або рупор [9, 10].

У частини дітей з АХ виконання вище вказаних вправ було значно ускладненим, а в окремих випадках – навіть неможливим через суттєві порушення тонузу *m. orbicularis oris*. Зокрема у деяких пацієнтів при спробі надути повітря за нижню губу воно не втримувалось м'якими тканинами губи і видувалося назовні, порушуючи при цьому герметичність змикання губ. Це вказує на значну слабкість фрагментів колового м'язу рота в ділянці нижньої губи [9]. Частина дітей з АХ при виконанні цієї вправи взагалі не могли надути нижню губу через спастичний стан *m. orbicularis oris* у цій зоні. Про підвищений тонузу колового м'язу рота свідчило також помітне напруження ЧКГ та її збліднення при надуванні щік. У таких випадках перед виконанням міогімнастичних вправ рекомендували проведення деяких прийомів активізуючого (при зниженому тонузі) або розслаблюючого (при посиленому тонузі) масажу губ [3, 7, 9]. Так, при гіпотонузі *m. orbicularis oris* призначали погладжування губ подушечками вказівних пальців обох рук рухами у напрямку від середини до кутів рота 8-10 разів. Після цього діти самостійно або за участі батьків виконували розминаючий масаж: губу (нижню, потім – верхню) захоплюють на глибину присінка великим і вказівним пальцями обох рук і розминають її коловими або хвилеподібними рухами протягом 1 хв. При цьому вказівний палець вводять у присінок порожнини рота подушечкою «до себе», а великий палець розміщують на шкірі відповідно до розташування вказівного. При гіпертонузі колового м'язу рота призначали процедуру розслаблюючого масажу шляхом легкого погладжування губ вказівними пальцями обох рук рухами у напрямку від кутів рота до фільтрума 6-8 разів [3]. Зазначені прийоми масажу дитина може виконувати самостійно або з допомогою батьків. Проводити масаж губ перед міотерапією рекомендували щодня, поки дитина не навчиться правильно виконувати міогімнастичні вправи. Процедуру масажу губ призначали також пацієнтам раннього дитинства при неможливості самостійного виконання ними однієї або кількох міогімнастичних

вправ через вікові особливості. Батькам таких дітей, крім того, рекомендували тренувати у них різноманітні пасивно-активні рухи за участю колового м'яза рота: пити через соломинку, захоплювати і утримувати губами палички різного діаметру, голосно вимовляти приголосні та голосні звуки [б], [в], [м], [п], [ф], [а], [о], що можна легко проводити в ігровій формі [4, 8].

Усі міогімнастичні вправи радили проводити до нанесення на червону кайму губ і шкіру периоральної ділянки будь-яких лікувальних засобів (топічних глюкокортикостероїдів, інгібіторів кальціневрину, антисептиків, емолієнтів тощо).

Пацієнтам з порушенням носового дихання обов'язковою є консультація отоларинголога для обстеження та лікування. Таким пацієнтам (у випадку, якщо ротове дихання є шкідливою звичкою) для відновлення носового дихання та досягнення фізіологічної архітекtonіки губ поряд з курсом міотерапії призначали спеціальну дихальну гімнастику за методикою І.Л.Зубко (2007) [4]:

1. При закритому роті і щільно зімкнених губах у положенні стоячи вдихнути і повільно видихнути повітря 5-6 разів. При цьому кисті рук розмістити позаду шиї.

2. Під час ходьби протягом 2-3 хв поступово збільшувати фазу видиху:

– на рахунок «один-два» – вдих, на рахунок «три-чотири-п'ять-шість» – видих;

– на рахунок «один-два» – вдих, на рахунок «три-чотири-п'ять-шість-сім» – видих.

Проведення міогімнастики у дітей з неповним змиканням губ рекомендували розпочинати тільки після виконання дихальних вправ.

При виявленні патології прикусу пацієнтам призначали консультацію ортодонта і, за необхідності, – виправлення зубощелепних аномалій.

ВИСНОВКИ

Встановлені нами особливості змикання губ у дітей різного віку з atopічним хейлі-

том вказують на провідну роль порушення архітекtonіки губ у розвитку захворювання. При цьому відсутність або неправильне змикання губ призводить до порушення міодинамічної рівноваги у порожнині рота та навколоротової ділянки. Частота виявлення функціональних відхилень та шкідливих звичок у дітей з atopічним хейлітом у 2,5 рази перевищувала аналогічний показник здорових дітей контрольної групи. У дітей до 7-річного віку з АХ у структурі функціональних порушень найчастіше спостерігали порушення функції ковтання, що безпосередньо пов'язане з порушенням тону мимічної мускулатури ротової і навколоротової ділянки та є вирішальним фактором у підтриманні патологічного процесу на червоній каймі губ при atopічному хейліті. У дітей 8-16 років переважали порушення функції жування, що перешкоджає правильному функціонуванню жувальних і навколоротових мимічних м'язів, включаючи *m. orbicularis oris* та негативно впливає на архітекtonіку губ та формування зубощелепної системи. У старших вікових групах серед шкідливих звичок найчастіше діагностували смоктання або прикушування губ, щік та язика, що можна пов'язати з нервовим напруженням дитини внаслідок постійного дискомфорту і свербіжу у периоральній ділянці. Перебіг atopічного хейліту у 63,93% дітей поєднувався із зубощелепними аномаліями, що свідчить про взаємозв'язок змін стереотипу змикання губ з функціональними та морфологічними порушеннями патології прикусу при розвитку atopічного хейліту у дітей.

Отримані в ході дослідження результати є беззаперечним доказом значимості вказаних місцевих факторів у розвитку atopічного хейліту у дітей. Одним з можливих шляхів ефективного розв'язання даної наукової проблеми є призначення дітям з АХ у складі комплексної терапії міогімнастичних вправ з метою нормалізації архітекtonіки губ та формування стійкого стереотипу їх правильного змикання на рівні ЦНС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Головка Н.В. Профілактика зубощелепних аномалій / Н.В.Головка. – Вінниця: Нова Книга, 2005. – 252 с.
2. Горбатова Л.Н. Атопический хейлит у детей: факторы риска и клинические симптомы / Л.Н.Горбатова // Стоматология. – 2000. – №3. – С. 49-50.
3. Дьякова Е.А. Логопедический массаж: учебное пособие / Е.А.Дьякова. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 96 с.
4. Зубко И.Л. О правильном дыхании / И.Л.Зубко, Е.М.Никитина // Логопед. – 2007. – №4. – С. 114-119.
5. Калюжна Л.Д. Нові підходи до терапії та контролю атопічного дерматиту (методичні рекомендації) / Л.Д.Калюжна. – Київ, 2006. – 20 с.
6. Клінічні та спеціальні методи обстеження у дитячій стоматології [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://smile-center.com.ua/ru/articles/klinichni-ta-spec-metody-obstezhennya-doslidzhennya-u-dyt-stomat>
7. Краузе Е.Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика: практическое пособие / Е.Н.Краузе. – СПб.: КОРОНА принт, 2004. – 80 с.
8. Логопедия: учебник / [Л.С.Волкова, Р.И.Лалаева, Е.М.Мастюкова и др.]; под ред. проф. Л.С.Волковой. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 703 с.
9. Максимова О.П. Заболевания губ у детей / О.П.Максимова. – Москва, 1985. – 25 с.
10. Максимова О.П. Лечение хейлита у детей и взрослых / О.П.Максимова // Клиническая стоматология. – 2001. – №1. – С.18-21.
11. Савичук Н.О. Особливості клініки та фактори ризику виникнення атопічного хейліту / Н.О.Савичук, М.М.Соломонюк // Ліки України. – 2004. – №1. – С. 79-81.
12. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я.Хорошилкина. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 544 с.

REFERENCES

1. Golovko N.V. Prevention of teeth anomalies. – Vinnitsa: New Book, 2005. – 252 p. (Ukrainian)
2. Gorbatova L.N. Atopic cheilitis in children: factors of risk and clinical symptoms // Stomatolohyya. – 2000. – №3. –P. 49-50. (Russian)
3. Dyakov EA Logopedic massage. – M.: Publishing Center “Academy”, 2012. – 96 p. (Russian)
4. Zubko I.L., Nykytyna E.M.About right breathing // Speech. – 2007. – №4. – P. 114-119. (Russian)
5. Kalyuzhna L.D. New approaches to the treatment and control of atopic dermatitis (guidelines) — Kyiv, 2006. – 20 p. (Ukrainian)
6. Clinical and special examination methods in pediatric dentistry [electronic resource]. – Access mode: <http://smile-center.com.ua/ru/articles/klinichni-ta-spec-metody-obstezhennya-doslidzhennya-u-dyt-stomat> (Ukrainian)
7. Krause EN Logopedic massage and articulate gymnastics. – Spb.: CROWN print, 2004. – 80 p. (Russian)
8. The speech-language pathology: Textbook / [L.S.Volkova, R.Y.Lalaeva, E.M.Mastyukova et al.] ed. prof. L.S.Volkovoy. – M.: Humanytar. ed. Center VLADOS, 2006. – 703 p. (Russian)
9. Maksymova O.P. Diseases of lips in children. – Moscow, 1985. – 25 p. (Russian)
10. Maksymova O.P. Treatment of cheilitis in children and adults // Clinical stomatolohyya. – 2001. – №1. – P.18-21. (Russian)
11. Savychuk N.O., Solomonyuk M.M. Clinical and risk factors of atopic cheilitis // Medicines Ukraine. – 2004. – №1. – P. 79-81. (Ukrainian)
12. Horoshylkyna F.Y. Orthodontics. – M.: MIA, 2006. – 544 p. (Russian)

**РОЛЬ НАРУШЕНИЙ
АРХИТЕКТониКИ
ГУБ В РАЗВИТИИ
АТОПИЧЕСКОГО
ПОРАЖЕНИЯ КРАСНОЙ
КАЙМЫ ГУБ В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ И ПУТИ ИХ
КОРРЕКЦИИ**

**Каденко О.А.¹,
Стремчук М.В.²**

¹ Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л.Шупика

² Винницкий национальный медицинский
университет имени Н.И.Пирогова

Резюме. В статье представлены результаты исследования особенностей архитектоники губ у детей с атопическим хейлитом. Признаки нарушения физиологической архитектоники губ обнаружены у 100% обследованных, тогда как у здоровых детей контрольной группы - только в 21,54% случаев. Частота выявления функциональных отклонений и вредных привычек у детей с атопическим хейлитом в 2,5 раза превышала аналогичный показатель контрольной группы. В структуре функциональных отклонений у больных в возрасте до 7 лет преобладали нарушения функции глотания, у детей 8-16 лет - нарушение функции жевания. В старших возрастных группах среди вредных привычек чаще всего обнаруживали сосание или прикусывания губ, щек и языка. Течение атопического хейлита сочеталось с зубочелюстными аномалиями в 63,93% детей с данным заболеванием. Полученные в ходе исследования результаты являются неоспоримым доказательством значимости указанных местных факторов в формировании и поддержании патологического процесса на красной

**ROLE OF LIPS
ARCHITECTONICS
DISORDERS IN THE
DEVELOPMENT OF ATOPIC
LESION IN RED BORDER
AT CHILDREN AND WAYS
OF ITS CORRECTION**

**Kadenko O.A.¹,
Stremchuk M.V.²**

¹ National Shupyka Medical Academy
of Postgraduate Education

² Vinnytsa National Pirogov
Medical University

Abstract. The article presents the results of research features architectonics lips in children with atopic cheilitis. Signs of physiological architectonics lips were detected in 100% of patients, whereas healthy children in the control group - only 21.54% of cases. The frequency of functional disorders and addictions in children with atopic cheilitis 2.5 times the same period the control group. The structure of functional abnormalities in patients under the age of 7 years dominated swallowing dysfunction in children 8-16 years - chewing dysfunction. In older age groups among the bad habits often found prykushuvannya or sucking lips, cheeks and tongue. The course of atopic heylita combined with teeth abnormalities in 63.93% of children with this disease. The results obtained in the study results are indisputable evidence of the importance of these local factors in the formation and maintenance of the pathological process in the red border of lips in children with atopic cheilitis. In order to normalize the tone of m. orbicularis oris and restore the proper closing of the lips stereotype in patients with atopic cheilitis miohimnastychnyh advisable to appoint a set of exercises by Maksymova method.

Key words: atopic cheilitis, lips architectonics, functional disorders, pernicious habits.

кайме губ у детей с атопическим хейлитом. С целью нормализации тонуса т. orbicularis oris и восстановления правильного стереотипа смыкания губ у больных атопическим хейлитом целесообразно назначать комплекс миогимнастических упражнений по методике проф. О.П.Максимовой.

Ключевые слова: *атопический хейлит, архитектоника губ, функциональные нарушения, вредные привычки.*

Про авторів:

Каденко Олег Анатолійович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Стремчук Марина Валеріївна – викладач-стажист кафедри хірургії з курсом стоматології факультету післядипломної освіти лікарів Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова