

В.Д. Каюкова

Деякі аспекти нормалізації функції м'язів щелепно-лицевої області у дітей зі шкідливими звичками

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ»

Мета: підвищення мотивації до лікування пацієнтів з прогнатичним дистальним прикусом і ротовим типом дихання, спрямовану на нормалізацію функцій м'язів щелепно-лицевої області.

Пацієнти і методи. У дослідженні брали участь 30 дітей у віці від 8 до 10-ти років з постійним прикусом (18 дітей – основна група, 12 – група порівняння). В основній групі призначалися вправи за допомогою запропонованого нами пристрою для усунення міофункціональних порушень, у групі порівняння – традиційні вправи для тих же м'язів. Через чотири місяці позитивний результат спостерігався у 17 пацієнтів першої групи, що склало 94,44 %, і у 6-ти пацієнтів другої групи, що становить 50 % ($p > 0,60$ за критерієм χ^2). Лікування дистального прикусу знімними і функціональними апаратами у пацієнтів першої групи в середньому склало 12,4 місяців, а у пацієнтів другої групи термін лікування був довший – 14, 6 місяці.

Висновки. Використання пристрою для усунення міофункціональних порушень підвищує мотивацію пацієнтів до виконання локальних фізичних вправ для м'язів язика і кругового м'яза рота. В результаті чого підвищується ефективність лікування пацієнтів з прогнатичним дистальним прикусом і ротовим типом дихання і суттєво скорочується термін ортодонтичного лікування.

Ключові слова: дистальний прикус, миогімнастика, зубощелепні аномалії.

Вступ

Лікування прогнатичного дистального прикусу, який виник унаслідок ротового типу дихання, досить складне та потребує комплексного підходу. Довготривалість і складність ортодонтичного лікування – це проблема, з якою стикаються пацієнти всіх вікових груп, що призводить до порушення лікувального режиму і, як наслідок, до рецидивів патології. Найчастіше причиною є низький рівень мотивації пацієнтів. Тому вкрай важливо проводити ортодонтичне лікування з урахуванням психологічних факторів і створювати умови для підвищення мотивації.

Основна частина

Соціальна і поведінкова оцінка повинна охоплювати кілька областей: мотивація лікування пацієнта, чого пацієнт очікує в результаті лікування і яка ступінь співпраці пацієнта в ході лікування. Мотивацію необхідності лікування можна класифікувати як зовнішню чи внутрішню. Зовнішня мотивація має на увазі тиск іншої особи, а внутрішня мотивація, навпаки, виходить від самого індивідуума чи ґрунтується на його власній оцінці стану і бажання пройти курс лікування. Внутрішню мотивацію в чистому вигляді зустріти досить складно, особливо у дітей, які роблять багато речей під впливом дорослих. Незважаючи на це, вкрай важливо, щоб діти також мали елемент внутрішньої мотивації. У дослідженні брали участь 30 дітей у віці від 8 до 10 років з постійним прикусом (18 осіб – основна група, 12 – група порівняння). В основній групі призначалися вправи за допомогою запропонованого нами пристрою для усунення міофункціональних порушень, у групі порівняння – традиційні вправи для тих же м'язів. Через чотири місяці позитивний ефект спостерігався у 17 пацієнтів першої групи, що склало 94,44 %, і у 6-ти пацієнтів другої групи, що становить 50 % ($p > 0,60$ за критерієм χ^2). Лікування дистального прикусу знімними і функціональними апаратами у пацієнтів першої групи в середньому склало 12,4 місяців, а у пацієнтів другої групи термін лікування був довший – 14, 6 місяці.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні приймали участь 30 дітей віком від 8 до 10-ти років з постійним прикусом (18 осіб – основна група, 12 – група порівняння). Усі пацієнти лікувалися із приводу

прогнатичного дистального прикусу, також у них спостерігався ротовий тип дихання як шкідлива звичка. Також у пацієнтів була виконана пластика вкороченої вуздечки язика. Для лікування дистального прикусу були використані знімні функціональні ортодонтичні апарати. За два місяці до початку ортодонтичного лікування була призначена миогімнастика для м'язів язика та колового м'яза рота. В основній групі призначалися вправи за допомогою запропонованого нами пристрою для усунення міофункціональних порушень, у групі порівняння – традиційні вправи для тих самих м'язів. Витривалість м'язів визначалася шляхом підрахунку кількості виконаних вправ до почуття легкої втоми. Призначалося самостійне виконання вправ у домашніх умовах щоденно, поступово збільшуючи навантаження, контроль здійснювали один раз на місяць. Використаний пристрій для усунення міофункціональних порушень містить двоплечу пружину із дроту, зігнутого у вигляді петлі у формі англійської шпильки та вестибулярні пластинки, додатково забезпечений петлею із дроту, з кулькою, яка вільно обертається на ній, жорстко пов'язаною з вестибулярною пластиною одного із плечей двоплечої пружини, при цьому вестибулярні пластинки мають прямокутну форму. Площа вестибулярних пластинок, виконаних у формі трикутника, створює слабу фіксацію пластмаси й тим самим малу площу накладок для губ. Завдяки тому, що одне з плечей двоплечової пружини доповнене петлею жорстко пов'язаною з вестибулярною пластиною, з вільно петлі кулькою, яка вільно обертається на ній, тим досягається можливість отримання як статичних, так і динамічних видів навантаження для кругового м'яза рота і м'язів язика. Під час виконання вправ пацієнт поміщає двоплечову пружину в порожнину рота, утримуючи її великим пальцем руки, введеним у петлю, плечем доверху. Вестибулярну пластинку розміщують за губами, при цьому петля з кулькою розташується у межі твердого та м'якого піднебіння верхньої щелепи пацієнта. При стуленні губ вестибулярні пластинки зближуються, сила пружності двохплечової пружини розтискає губи. Під час статичної вправи пацієнт стискає губи та утримує їх у такому положенні певну кількість часу, до появи відчуття легкої втоменості, й одночасно тягне пристрій за кільце. Для тренування м'язів язика після френулопластики пацієнт піднімає язик угору й обертає кульку. Під час динамічної вправи

пацієнт стискає та розтискає губи певну кількість разів. Даний пристрій можна використовувати для виконання статичних і динамічних вправ кругового м'яза рота та нормалізації положення язика, що є актуальним при усуненні функціональних порушень, викликаних ротовим типом дихання. Пристрій можна поєднувати з будь-якими видами ортодонтичних апаратів, а також виготовляти із заготовок, що полегшує працю зубного техника й лікаря, у той же час його можна адаптувати до особливостей зубощелепної системи конкретного пацієнта.

Результати

Пристрій для усунення міофункціональних порушень дозволяє визначити початковий рівень витривалості м'язів губ та язика шляхом обліку часу виконання вправи до відчуття легкої втомленості, відзначає динаміку відвідування лікаря, що дисциплінує пацієнта [7]. Тому в результаті комплексного лікування дистального прикусу було визначено покращення морфо-функціонального стану щелепно-лицевої ділянки. Через чотири

місяці позитивний результат (змикання губ без напруження у стані спокою, прилягання язика до піднебіння) спостерігався в 17 пацієнтів першої групи, що склало 94,44 %, та в 6-ти пацієнтів другої групи, що складає 50 % ($p > 0,60$ за критерієм χ^2).

Мотивація на виконання вправ була вище, а здійснення контролю виконання вправ було простіше в пацієнтів першої групи. Лікування дистального прикусу знімними функціональними апаратами в пацієнтів першої групи в середньому склало 12,4 місяця, а в пацієнтів другої групи строк лікування був довше – 14,6 місяця.

Висновок

Використання пристрою для усунення міофункціональних порушень підвищує мотивацію пацієнтів до виконання локальних фізичних вправ для м'язів язика і кругового м'яза рота. В результаті чого підвищується ефективність лікування пацієнтів з прогнатичним дистальним прикусом і ротовим типом дихання і суттєво скорочується термін ортодонтичного лікування.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по ортодонтии/ Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
2. Сегал М.М. Розповсюдженість та взаємозв'язок зубощелепних деформацій із супутньою функціональною патологією // Вісник стоматології. – 2003. – № 2. – С. 62–64.
3. Григорьева Л.П. Прикус у детей. – Полтава, 1995. – 232 с.
4. Головкин Н.В. Профилактика зубощелепных аномалий. – Винница: НОВА КНИГА, 2005. – 272 с.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Лечение челюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. – Книга П. М.: ООО «Ортодент-инфо», 1999. – 269 с.
6. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия: Учебн. пособие / Н.П. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 424 с.
7. Пат. 53518 Україна А61С7/00. Пристрій для усунення міофункціональних порушень / Самойленко А.В., Дрок В.О.; заявл.06.04.10; опубл. 11.10.10, Промислова власність. Офіційний бюл. № 19, 2010.

Некоторые аспекты нормализации функции мышц челюстно-лицевой области у детей с вредными привычками

В.Д. Каюкова

Цель: повышение мотивации к лечению пациентов с прогнатическим дистальным прикусом и ротовым типом дыхания, направленную на нормализацию функций мышц челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 детей в возрасте от 8 до 10-ти лет с постоянным прикусом (18 человек – основная группа, 12 – группа сравнения). В основной группе назначались упражнения с помощью предложенного нами устройства для устранения миофункциональных нарушений, в группе сравнения – традиционные упражнения для тех же мышц. Через четыре месяца положительный наблюдался у 17 пациентов первой группы, что составило 94,44 %, и у 6-ти пациентов второй группы, что составляет 50 % ($p > 0,60$ по критерию χ^2). Лечение дистального прикуса съёмными и функциональными аппаратами у пациентов первой группы в среднем составило 12,4 месяцев, а у пациентов второй группы срок лечения был длиннее – 14,6 месяца.

Выводы. Использование устройства для устранения миофункциональных нарушений повышает мотивацию пациентов к выполнению локальных физических упражнений для мышц языка и круговой мышцы рта. В результате чего повышается эффективность лечения пациентов с прогнатичным дистальным прикусом и ротовым типом дыхания и существенно сокращается срок ортодонтического лечения.

Ключевые слова: дистальный прикус, миогимнастика, зубочелюстные аномалии.

Some aspects of the normal function of muscles of the maxillofacial area in children with addictions

V. Kayukova

Objective. The increase of motivation to treatment of patients with prognathic distal occlusion and mouth breathing, aimed at normalizing the functions of muscles of the maxillofacial area.

Materials and methods. The study involved 30 children aged 8 to 10 years with permanent dentition (18 people – the main group, 12 – control group). In the intervention group was prescribed exercises with the help of our proposed device to eliminate myofunctional disorders in the comparison group, a traditional exercise for those muscles. After 4 months positive was observed in 17 patients of the first group that has made 94.44 % and in 6 patients of the second group that is 50 % ($p > 0,60$ criterion χ^2). Treatment of distal occlusion and removable functional devices in patients of the first group the average was 12.4 months, and the second group of patients the duration of treatment was long – 14.6 months.

Conclusions. The Use of devices to correct myofunctional disorders increases the patient's motivation to perform a local physical exercises for muscles of the tongue and circular muscles of the mouth. Resulting in increased efficiency of treatment of patients with prognathic distal occlusion and mouth breathing, and significantly reduced the period of orthodontic treatment.

Key words: distal occlusion, myogymnastics, teeth and jaw anomalies.

Каюкова Віра Дмитрівна – д-канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ», Тел. моб.: +38 (067) 700-22-33. E-mail: vega66@ya.fm.