

РОЛЬ БІОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕХРЕСНОГО ПРИКУСУ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Н.В. Куліш

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме

При діагностиці перехресного прикусу со зміщенням нижньої щелепи важко визначити характер її зміщення (мишечний, сугавний, окклюдійний). Вперше використана методика оцінки артикуляційної моторики при мишечному типі зміщення нижньої щелепи по методу Харке В.В. (2007). Упражнения и игровые задания подбирали и разрабатывали с учетом нескольких уровней сложности, что способствовало оптимальному планированию индивидуальной работы с каждым ребенком в зависимости от выраженности нарушения прикуса. Определены критерии оценки восстановления миодинамического равновесия и положения нижней щелепи после миофункціональної корекції.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, перехресный прикус, миогимнастика.

Summary

It is very important to determine the character of the displacement (muscular, joint, occlusive) of lower jaw during the diagnostics of cross bite with lower jaw displacement. The method of estimating the articulatory motor function by muscle type displacement of the lower jaw according to the method developed by V.V. Jorke (2007) was used for the first time. Exercises and game tasks were created and selected at several levels of complexity. It contributed to optimal planning of individual work with each child depending on the severity

of malocclusion. The criteria for the assessment of myodynamic balance recovery and the position of lower jaw after myofunctional correction were determined.

Key words: malocclusion, cross bite, myogymnastics.

Література

1. Андросова И.Е. Преортодонтическое и ортодонтическое лечение с помощью трейнеров /И.Е. Андропова, В.В. Сафрошкина //Стоматология детского возраста и профилактика.-2003. -№1-2. - С.48-50.
2. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий / Ф.Я. Хорошилкина, Р.Френкель, Л.М. Демнер [и др.]- М.: Медицина, 1987.-304 с.
3. Куліш Н.В. Морфологічні та естетичні зміни у дітей 6-12 років при лікуванні різних форм перехресного прикусу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» /Н.В. Куліш.- Полтава,2000.-13 с.
4. Мирза А.И. Аутогенная тренировка и лечебная гимнастика в комплексном лечении болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава /А.И. Мирза// Вісник стоматології.-2000.- №5 (29).- С.166-168.
5. Мониторинг и реабилитация пациентов с патологией окклюзии. Применение современных функционально-действующих аппаратов, трейнера «Т4А» /[И.И. Черникова, А.Ф. Иванюк, Е.Ф. Проскурин, А.В. Тихонов]// Новое в стоматологии.-2005.-№8.- С.60-62.
6. Оспанова Г.Б. Миофункциональная коррекция аномалий прикуса у детей раннего возраста /Г.Б. Аспанова, К.В. Хроменкова // Ортодонтия.- 2007.-№3(39).- С. 71.
7. Смаглюк Л.В. Состояние прикуса и функциональная активность мышц челюстно-лицевой области у детей в возрастной период от 3-6

лет в норме и при различных формах прогнатических соотношений зубных рядов: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» /Л.В. Смаглюк.- Полтава, 1992.- 21 с.

8. Смаглюк Л.В. Функції порожнини рота та стан скронево-нижньощелепного суглобу /Л.В. Смаглюк, М.В. Трофименко// Проблеми екології та медицини.-2004.- Т.8, №5-6.-С. 21-23.
9. Сухомлинова Т.Я. Особливості проведення міотерапії при зубощелепних аномаліях із застосуванням апарата «Міотонік-02» /Т.Я. Сухомлинова// Актуальні проблеми експериментальної та клінічної медицини: тези доп. 51 студент. наук. конф. (Полтава, 29 березня 1995 р.).- Полтава, 1995.- С.16.

Перехресний прикус - одна з тяжких деформацій зубощелепної системи, в клініці якого на перше місце виступають зовнішні ознаки у вигляді асиметрії обличчя. Розвиваючись під впливом різних етіологічних чинників, перехресний прикус за відсутності лікування ускладнюється з віком і відбивається на формуванні кісток лицевого скелета і прилеглих м'яких тканин [2]. Естетичні порушення обличчя найбільш виражені при перехресному прикусі зі зміщенням нижньої щелепи, пригнічують хворих станом фізичної неповноцінності та депресивно впливають на їхню психіку [3]. М'язові дистонії, що призводять до недостатності функції м'язів, нерідко є причиною, яка зумовлює як порушення постави, так і патології прикусу [1, 6]. Тому правильність діагностики типу зсуву нижньої щелепи зумовлює призначення відповідного комплексу лікувально - профілактичних заходів щодо усунення цієї проблеми [4, 5, 7].

Мета нашої роботи - визначити в пацієнтів, які взяті на ортодонтичне лікування з перехресним прикусом, м'язовий тип зсуву нижньої щелепи на підставі відповідних клінічних функціональних проб

та оцінити відновлення міодинамічної рівноваги і положення нижньої щелепи після міофункціональної корекції.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 12 пацієнтів віком від 6 до 9 років із букальним перехресним прикусом зі зміщенням нижньої щелепи (за класифікацією І.І. Ужумецкене). Усім пацієнтам проведено клінічне обстеження з використанням проб Л.В. Ільїної-Маркосян. Уперше використана методика оцінки артикуляційної моторики методом Харке В.В. (2007). Провели 47 проб за 5 тестами: вивчали рухи лицевих м'язів -16 проб; губ- 11 проб; нижньої щелепи – 6 проб; язика- 12 проб; м'якого піднебіння- 2 проби. Оцінили ортопантомограми та рентгенологічне дослідження скронево-нижньощелепного суглоба за Parm. Проведені вимірювання на контрольно-діагностичних моделях за традиційно прийнятими методиками.

Результати роботи. На підставі проведених досліджень (проби за Хорошилкіною-Френкелем) [2] ми отримали відповідні результати.

Розподіл пацієнтів за характером зсуву нижньої щелепи показаний у табл. 1.

Таблиця 1

Тип зсуву	Оклюдійний	М'язовий	Суглобовий
Кількість пацієнтів	4	6	2

При проведенні проби, коли нижня щелепа центрована відносно верхньої, а в момент змикання зубних рядів різко зміщується вбок, має місце оклюдійний різновид зміщення нижньої щелепи, що потребує подальшого визначення передчасних оклюдійних контактів за рахунок неправильного контакту зубів і зубних рядів. Така ситуація визначена в 4-х

пацієнтів із подальшим використанням апаратів комбінованої дії та пришліфовуванням зубів.

У 2-х пацієнтів при закриванні рота зміщення нижньої щелепи відбувалося шаблеподібно, що свідчить про суглобовий різновид функціонального зміщення нижньої щелепи вбік. Це мало підтвердження на ОПТГ (деформація форми однієї з суглобових голівок). Для виявлення асиметрії обличчя, яка може бути пов'язана з ураженням одного із суглобів, вивчали паралельність міжзіничної лінії та лінії змикання губ (шпательна проба), а також нахил оклюзійної площини. У всіх пацієнтів проба негативна.

У випадку, коли нижня щелепа плавно зміщується вбік задовго до контакту з верхніми зубами, мова йде про порушення м'язової рівноваги і можна говорити про м'язовий різновид функціонального зміщення нижньої щелепи.

У ході клінічного обстеження в 6 пацієнтів було визначено м'язовий тип зсуву нижньої щелепи. Привертає увагу скутий характер поведінки дітей, голова схилена до підборіддя, всі обстежені мають спастичний тип мовлення, використовують односкладні відповіді, складається враження, що їм важко говорити. У 3-х пацієнтів визначено парафункції язика. У 3-х пацієнтів визначені відхилення в поставі. Результати дослідження свідчать про необхідність проведення з дітьми цієї категорії диференційованого ортодонтичного лікування, спрямованого не тільки на нормалізацію оклюзійних порушень, а й на нормалізацію функції артикуляційної мускулатури. Оскільки міогімнастика найбільш ефективна при функціональних порушеннях, усім пацієнтам було призначено відповідний комплекс вправ, які використовуються при інфантілізмі м'язів шиї, навколоротової ділянки та жувальних м'язів. При проведенні гімнастики м'язів шиї в процес залучаються жувальні та навколоротові м'язи. Місцеву гімнастику поєднували із загальною. Під час клінічного прийому ми

проводили комплекс міогімнастичних вправ за В.Ю. Курляндським, що передбачає вільні рухи і вправи з опором. Також рекомендували батькам аналогічний спосіб занять у домашніх умовах протягом 2-х місяців. Вправи та ігрові завдання підбирали і розроблялися з урахуванням кількох рівней складності, що сприяло оптимальному плануванню індивідуальної роботи з кожною дитиною залежно від виразності порушень прикусу.

Комплекс артикуляційної гімнастики включає вправи, спрямовані на розвиток кінетичної організації артикуляційної моторики (загальні вправи, спрямовані на формування статичної координації рухів), загальні вправи, спрямовані на формування динамічної координації артикуляційних рухів; специфічні вправи, спрямовані на формування окремих елементів рухів нижньої щелепи.

Деякі з міогімнастичних вправ ми наводимо в роботі. Типові вправи, які належать до місцевої щелепно-лицевої гімнастики. 1. Вправи для шиї: їх проводять по чергово з вправами для м'язів усього плечового поясу. Вільні рухи- підняти руки – вдих ротом, опускання рук - видих носом; руки в боки, голова відхиляється назад (вихідне положення для цієї вправи - руки вниз, голова нахилена до підборіддя); переміщення голови з лівого плеча на праве і навпаки - вдих носом, видих ротом (вихідне положення - голова нахилена на ліве плече); обертальні рухи голови на шийному хребцеві. Під час гімнастики м'язів шиї у вправі беруть участь жувальні та навколоротові м'язи. Наприклад: голова поступово відхиляється назад, поступово відкривається рот - вдих ротом, видих носом; руки на попереку, поворот голови вліво з постійним відкриванням рота та повним вдихом – повернення у вихідне положення; потім повторюється той же прийом із поворотом голови вліво; напівобертання в плечовому поясі проводять із деяким напруженням мускулатури, поворот голови без напруги, видих - із деяким напруженням навколоротової мускулатури. Вправи з опорою на руку виконуються з нахилами голови в різні боки. Усі вправи з опором

проводять на вдиху на рахунок 4 та на видиху на 2 рахунки. 2. Вправи для м'язів та навколоротової ділянки проводили традиційно. Ці вправи потрібно поєднувати, оскільки відставання в розвитку спостерігається одночасно в тих та інших групах м'язів. Недостатній розвиток або відсутність необхідного тону м'язів визначається на підставі подовженої носогубної складки, відсутності опору при розтягуванні кутів рота. Інколи визначається легке вивертання губ, вони здаються стовщеними. При значній недостатності навколоротової мускулатури спостерігається незакрита ротова щілина, складається враження, що верхня губа вкорочена та відстовбурчена.

Для корекції м'язового тону під час сну пацієнтам призначали міофункціональні преформовані апарати (трейнери), в яких подвійний захист (вестибулярний та оральний) обмежує бокові рухи нижньої щелепи.

Визначені відповідні критерії оцінки відновлення міодинамічної рівноваги і положення нижньої щелепи після міофункціональної корекції:

- 1- правильна постава та положення голови;
- 2- відсутність напруження м'язів ший, дна порожнини рота;
- 3- характер змикання губ;
- 4- правильне розташування нижньої щелепи в стані спокою, відсутність ознак асиметрії;
- 5- при відкриванні та закриванні рота правильно здійснюються рухи нижньої щелепи;
- 6- правильне положення та артикуляція язика.

Контрольне обстеження пацієнтів через 2 місяці визначило зміни в положенні нижньої щелепи. У стані спокою пацієнти могли з напруженням утримувати нижню щелепу в правильній позиції, при відкриванні та закриванні рота намагалися правильно здійснювати рухи, самостійно їх контролювали. У пацієнтів із порушеннями артикуляції язика спостерігалось поліпшення його розташування під час активних рухів, але здебільшого завдяки концентрації пацієнта під час проведення обстеження. Пацієнти з порушеннями постави самостійно намагалися контролювати

положення тіла і голови. Усім пацієнтам рекомендовано продовжувати міогімнастику, проведена відповідна корекція вправ.

Отже, правильно визначений тип зсуву нижньої щелепи в діагностиці перехресного прикусу дозволяє раціонально обрати комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо усунення естетичних, морфологічних і функціональних порушень.