

Миофункциональная терапия в помощь детям с ограниченными возможностями здоровья

А.И. МЕЛЬНИКОВА, врач-ортодонт
А.В. НУЯНЗИНА, логопед-дефектолог
Стоматологическая клиника «Биодент», г. Самара

Myofunctional therapy to help children with disabilities (limited health)

A.I. MELNIKOVA, A.V. NUYANZINA

Резюме

Лечение детей с соматическими и умственными недостатками – это задача мультидисциплинарной бригады врачей. Задача врача-стоматолога, входящего в эту команду, заключается в профилактике и лечении стоматологических заболеваний у детей-инвалидов. Это не только заболевания твердых тканей, это также профилактика развития аномалий челюстно-лицевого развития, причиной которой является миодинамический дисбаланс.

Миофункциональный подход к лечению стоматологических заболеваний позволяет не только нормализовать положение зубов и предупредить развитие аномалии ЗЧС, но и решить поведенческие проблемы, которые помогут адаптироваться таким пациентам в социуме. Успех лечения таких пациентов зависит от выбранного пути взаимодействия с ребенком.

Ключевые слова: миофункциональная терапия, миофункциональные нарушения, ротовое дыхание, глотание, нарушения дыхания во сне, ограниченные возможности здоровья.

Abstract

Treatment of children with somatic and mental disabilities is the task of a multidisciplinary team of doctors. The task of the dentist who is part of this team is to prevent and treat dental diseases in children with disabilities. This is not only diseases of hard tissues, it is also the prevention of the development of maxillofacial anomalies, the cause of which is myodynamic imbalance. The myofunctional approach to the treatment of dental diseases allows not only to normalize the position of the teeth and prevent the development of anomalies, but also to solve behavioral problems that will help such patients to adapt to society. The success of the treatment of such patients depends on the chosen path of interaction with the child.

Key words: myofunctional therapy, myofunctional disorders, mouth breathing, swallowing, sleep disordered breathing, limited health.

Идея миофункциональной терапии (МФТ) не нова. Первые упоминания об использовании МФТ для реабилитации с орофациальной дисфункцией датируется началом XIV века. Как метод ортодонтического лечения и профилактики миотерапия была предложена А. Rogers. В 1906 году Альфред Роджерс, ортодонт, экспериментировал с упражнениями для мышц лица (лицевых мышц), в результате чего в 1918 году вышла в свет книга «Живые ортодонтические аппараты», в которой он описывает влияние функции мышц на

формирование зубочелюстных аномалий (ЗЧА). Его идеи нашли дальнейшее развитие в трудах Frankel R., а также Хорошилкиной Ф. Я.

Edward Angle, «отец ортодонтии», также придавал огромное значение мышцам и в каждой аномалии прикуса видел причину именно в миофункциональных проблемах.

Функция мышц, окружающих зубные ряды, способствует нормальному развитию прикуса или нарушает его.

Принцип лечения заключается в тренировке мышц, которая способствует нормализации

мышц – синергистов и антагонистов. Миотерапия может быть самостоятельным методом лечения, может предшествовать ортодонтическому лечению, может сочетаться с ним с целью профилактики возникновения рецидива ортодонтической аномалии [7].

МФТ применяется не только для лечения аномалий прикуса, но и в комплексной терапии дисфункции ВНЧС, лор-заболеваний, нарушений дыхания (НД) во сне и ряда неврологических расстройств.

У большинства современных детей, более 85%, имеются ЗЧА [8].

У многих из них наблюдается дисфункция мягких тканей: отсутствие смыкания губ или, наоборот, излишний гипертонус круговой мышцы рта, инфантильный тип глотания. Возникновение дисбаланса в работе мышц происходит из-за отсутствия полноценного и правильного грудного вскармливания ребенка, использования сосок, сосания пальца (пальцев) и других предметов, недостаточного количества жесткой пищи в рационе питания ребенка, а также хронического ротового дыхания [1, 10].

Следуя иерархии функции ротовой полости, отсутствие полноценного носового дыхания изначально приводит к нарушению функции сосания, жевания, глотания и в конечном счете к нарушениям речеобразования (артикуляции) [11, 13].

Также существует мнение, что дети с нарушением дыхания хуже учатся, имеют проблемы с поведением, страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности, а также подвержены депрессии [9].

МФТ могут заниматься стоматологами-ортодонтами, логопедами, гигиенистами стоматологическими и другие специалисты для коррекции дисфункции мягких тканей орорациальной области, лечения и профилактики ЗЧА, НД и проблем артикуляции.

МФТ является необходимой и для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, с тяжелыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды.

Статус «ребенок с ОВЗ» устанавливается психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК).

В настоящее время в России насчитывается более 2 млн детей с ОВЗ (8% всех детей), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды. Как показывает статистика обследованных 18 866 детей на ПМПК в Самарской области, только 4% не имеют нарушений в развитии [2]. Кроме роста числа почти всех категорий детей с ОВЗ, отмечается и тенденция качественного изменения структуры дефекта, комплексного характера нарушений у каждого отдельного ребенка. Образование и воспитание детей-инвалидов предусматривает создание для них специальной

коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образовательных стандартов, лечение и оздоровление, воспитание и обучение, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию.

Стоматологическая заболеваемость детей и подростков остается одной из наиболее острых и актуальных проблем, представляющих реальную угрозу состоянию здоровья подрастающего населения России. Особенностью стоматологической заболеваемости у данной категории пациентов является высокая распространенность и интенсивность патологии зубочелюстного аппарата, а также одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологии: кариозного поражения зубов, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций и др. [4, 6].

Диагностический компонент предусматривает консультации таких медицинских специалистов как невролог, психиатр, ортопед, ортодонт, сурдолог, функциональную диагностику, а также психологическое и логопедическое обследование. Этот компонент практически полностью реализован на практике.

Медицинский блок включает комплекс медицинских мероприятий, направленных на компенсацию физических и соматических нарушений у детей с ОВЗ. В комплекс лечебно-восстановительных мероприятий входят медикаментозное лечение, физиотерапия, слухопротезирование для детей с нарушениями слуха, ортодонтическое лечение для детей с миофункциональными нарушениями речевого аппарата с 3 лет при помощи силиконовых ортодонтических тренажеров, различные виды ЛФК и массажа. Этот компонент не полностью реализован на практике [3].

Для того чтобы оказывать качественную помощь детям с ОВЗ, требуется информирование о необходимости МФТ и обучение специалистов, в том числе логопедов – дефектологов, комплексу упражнений, направленных на устранение вредных миофункциональных нарушений.

На ПМПК родителям детей с ОВЗ рекомендуют посетить консультацию врача-ортодонта. В связи с недостаточностью знаний о необходимости МФТ для этой

категории детей врачи-ортодонты не оказывают им своевременной и важной помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое обоснование реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями в условиях частной стоматологической клиники.

На базе частной стоматологической клиники «Биодент» в г. Самара открыт центр по раннему ортодонтическому лечению с применением миофункциональной коррекции. В основу работы положены принципы лечения по методике Миобрейс (Австралия). В комплекс лечения входит использование пациентом силиконового съемного аппарата Миобрейс, выполнение упражнений для улучшения смыкания губ, восстановления носового дыхания и нормализации положения и функции языка. В результате такого подхода к ортодонтическому лечению у пациентов улучшается челюстно-лицевое развитие, соответственно, происходит естественная нормализация окклюзии и положения зубов.

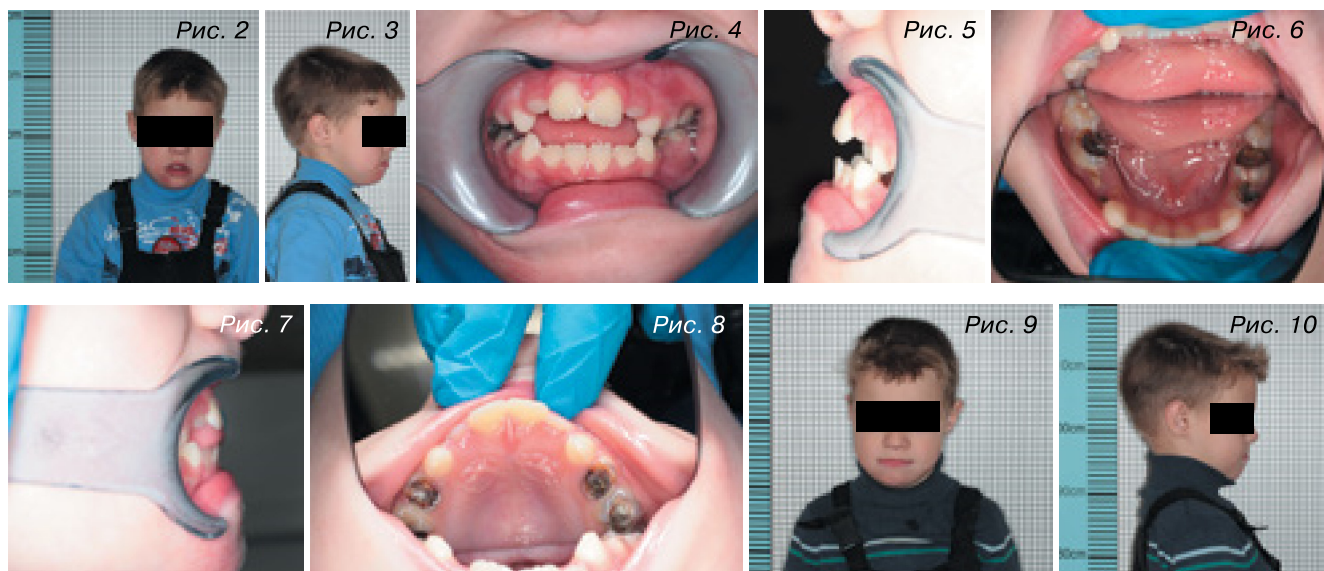
Система Миобрейс включает серию миофункциональных аппаратов, специально разработанных для коррекции функции полости рта. Устройства улучшают положение языка, уменьшают силу давления щечных мышц на моляры и премоляры, тренируют смыкание губ и нормализуют баланс *m. orbicularis oris*.

Все аппараты системы Миобрейс имеют одинаковые элементы: щечные пелоты, маркерный язычок, губные бампера и каналы – углубления для зубов верхней и нижней челюсти (рис. 1).

Щечные пелоты изолируют щечные мышцы от премоляров и моляров. Небольшие шипики на переднем нижнем губном бампере уменьшают активность *m. mentalis* и увеличивают активность *m. orbicularis oris*. Маркерный язычок на внутренней нижней части аппарата



Рис. 1



покрывает резцовый сосочек и стимулирует идеальное физиологичное положение кончика языка. Верхние и нижние каналы для зубов перемещают нижнюю челюсть до соотношения по I классу Энгля [1, 5, 12].

С детьми работают врачи-ортодонты, обеспечивающие контроль ношения аппаратов, а также логопед-дефектолог и психолог, владеющие навыками миофункциональной диагностики и терапии. На данный момент с 2014 года лечение по данной методике Миобрейс проходят около 250 детей в возрасте от 3-х лет до 18-ти, в том числе и несколько детей с ОВЗ.

Клинический случай

Пациент С.В., 8 лет. На ПМПК по месту жительства был поставлен диагноз: ЗПР (задержка психического развития), ОНР первого уровня (общее недоразвитие речи), дизартрия, с дальнейшей рекомендацией обратиться на консультацию к врачу-ортодонт.

Родители пациента обратились на консультацию в Областной стоматологический центр к врачу-ортодонт, где был поставлен предварительный диагноз: вертикальная резцовая дизокклюзия во фронтальном участке, перекрестная окклюзия в области 6.3 зуба, сужение

верхней зубной дуги. Ротовое дыхание, слабый тонус круговой мышцы рта. Классификация по МКБ-10 K07. Пациент был перенаправлен в стоматологическую клинику «Биодент» с целью восстановления миофункционального баланса.

Жалобы мамы пациента были на постоянное слюнотечение и отсутствие смыкания губ.

Во время консультации были выявлены следующие миофункциональные нарушения: отсутствие смыкания губ, ротовое дыхание, низкое положение языка, инфантильный тип глотания.

В связи с тем что у ребенка был постоянно открыт рот и он не мог контролировать проглатывание слюны, ему постоянно приходилось вытирать лицо, в результате чего возникло раздражение кожных покровов (рис. 2-8). Кроме того, из-за нарушенной функции глотания

прием пищи был затруднительным, ребенок ел очень неаккуратно и в основном жидкую пищу, что в свою очередь приводит к ухудшению социализации ребенка в обществе.

После сбора анамнеза, выполнения фотопротокола и составления плана лечения пациенту был назначен аппарат для миофункциональной коррекции Myobrace J1 (Производитель MRC Co.). Несмотря на то что данная модель аппаратов предназначена для детей в возрасте от 2 до 5 лет, мы решили использовать именно этот размер, в связи с небольшим объемом полости рта пациента и необходимостью обеспечить полное смыкание губ поверх аппарата.

Режим ношения был назначен по схеме, представленной в таблице 1.

Пациенту следует привыкать к аппарату постепенно, начиная

Таблица 1. Привыкаем к Миобрейсу
Стоматологическая клиника «Биодент»

День	1	2	3	4	5
Время ношения (мин.)	5	10	20	30	30
	5	10	20	30	30
	5	10	20		+ ночью
	5	10			
	5				

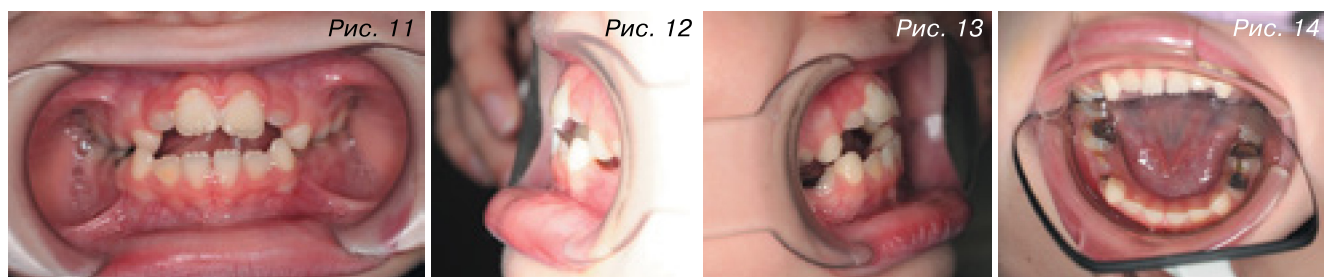




Рис. 15

ношение с нескольких минут в день. В течение недели время использования аппарата доходит до 1 часа.

Мы считаем, что данная схема ношения аппарата помогает ребенку быстрее привыкнуть и адаптироваться к лечению, снижая неприятные ощущения со стороны зубов и слизистой оболочки полости рта.

Для контроля ношения аппарата, а также выполнения всех рекомендаций пациент должен являться на прием не реже чем один раз

в три-четыре недели. Во время осмотра проверяется целостность самого устройства, проводится миофункциональная диагностика и проверка упражнений.

Через месяц использования аппарата у пациента улучшилось смыкание губ в покое, значительно уменьшилось слюноотделение, прошло раздражение кожи (рис. 9, 10). Благодаря надлежащему и регулярному выполнению всех рекомендаций происходят и изменения со стороны зубочелюстно-лицевой системы, мы видим уменьшение вертикальной резцовой дизокклюзии (рис. 11-15).

Мама ребенка отметила, что сын с удовольствием носит аппарат днем, даже превышая временные рамки. Мальчик стал более усидчивым, а сон спокойнее.

Исходя из вышеизложенного, мы приходим к выводу, что

ортодонтическое лечение по методу Миобрейс с использованием дополнительных устройств для миофункциональной коррекции является оправданным и эффективным способом исправления вредных привычек, таких как ротовое дыхание, несмыкание губ, инфантильное глотание у детей с различными нарушениями физического и психического развития.

Список использованной литературы находится в редакции.

Поступила 10.11.2018

Координаты для связи с авторами:

443031, г. Самара,

ул. Демократическая, д. 20/129

Стоматологическая клиника

«Биодент»

E-mail: ameli_sam@inbox.ru

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС журнала
«Эндодонтия today» в каталоге
«Пресса России» – 15626
DENTODAY.RU

ВСЕ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ФОТОГРАФИИ

зеркала, контрасторы и другие аксессуары в интернет-магазине

тел.: 8 800 200 6131, e-mail: sale@stomprom.ru, www.stomprom.ru

