

1. Григорьева Л. П. Прикус у детей. – Полтава, 1995. – 232 с.
2. Шеремет М. К. Дислалія [навчальний посібник] / М. К. Шеремет, О. В. Ревуцька. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. – 160 с.
3. Клініка і лікування деформацій зубощелепної системи у дітей / З. Ф. Василевська, А. Д. Мухіна. – К.: Держмедвидав УРСР, 1960. – 180 с.
4. Куроедова В. Д. Логопедія в ортодонтії / В. Д. Куроедова, В. А. Сірік – Полтава: «Верстка», 2005. – 124 с.
5. Омельченко Н. А. Косноязычие и его связь с аномалиями зубочелюстной системы и слухом. – М.: МЕДГИЗ, 1961. – 120 с.
6. Справочник по ортодонтии / М. Г. Бушан, З. С. Василенко, Л. П. Григорьева и др. – Кишинев: Карта Молдовеняскэ, 1990. – 488 с.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ЩЕЛЕПО-ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ВЕСТИБУЛЯРНО-ОРАЛЬНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ¹²

Куроедова В. Д.

Найпоширеніші порушення, що зустрічаються в практиці ортодонта і логопеда – це порушення функції оральної мускулатури, що ослаблює тонус кругового м'язу рота внаслідок інфантильного ковтання, ротового дихання, прокладання язика між зубами, його смоктання та міжзубного сигматизму.

У таких дітей рот в спокої постійно напіввідкритий, що провокує виникнення звичного ротового дихання, недорозвинена нижня щелепа. В них формуються аномалії прикусу, які в свою чергу неминуче ведуть до порушення мовної артикуляції.

Застосування ортодонтичної міогімнастики із сучасними стандартними та індивідуально виготовленими профілактичними ортодонтичними конструкціями значно прискорює міофункціональну корекцію, якою дуже важливо володіти не тільки ортодонтам, але й логопедам.

Для тренування м'язів використовують вестибулярні пластинки або вестибулярні щити як індивідуального виготовлення (Кербитца, Крауса), так і стандартні (Шонхера, Хінца, Маппі, Стоппі, міотрейнери та ін.).

¹² Спеціальна освіта і соціальна робота: теорія і практика підготовки фахівця: монографія / ПНПУ ім. В.Г. Короленка: [за заг. ред. Пахомонової Н. Г., Погребняк В. А.] – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2017. – С. 67–74.

Вестибулярні пластинки дозволяють: нормалізувати носове дихання і змикання губ; стимулювати тонус кругового м'яза рота; усунути інфантильний тип ковтання; стимулювати ріст недорозвиненої нижньої щелепи, нормалізувати її положення; корегувати дефекти мови, покращуючи тонус і чутливість м'язів; швидко позбутися від шкідливих звичок смоктання та прикушування губ, пальців та сторонніх предметів (рис. 1).



Рис. 1. Індивідуально виготовлена вестибулярна пластинка Кербитца

Вестибулярна пластинка індивідуального виготовлення Кербитца містить дротяне кільце та прилягає до вестибулярної поверхні коронок верхніх різців, відстаючи від бічних зубів і альвеолярних відростків по лінії змикання зубів. Ця ортодонтична конструкція рекомендується для нормалізації носового дихання, усунення шкідливої звички смоктання пальця, прикушування губ, для тренування кругового м'яза рота.

Гімнастичні вправи із пластинкою Кербитца полягають у тому, що батьки або дитина після введення цього тренажера в присінку рота відтягують його вперед, утримуючи за кільце, при цьому губи стиснуті. Вправу повторюють 10–15 разів 2 рази щодня впродовж 2–3 місяців. Діти користуються пластинкою і під час сну.

При порушенні носового дихання роблять в ній отвори діаметром 3–7 мм на рівні щілини між зубами і губами, які поступово лікар закриває в міру звикання до носового дихання.

Стандартні вестибулярні пластинки Шонхера випускають трьох розмірів з урахуванням ширини зубних дуг (рис. 2) та використовуються для нормалізації носового дихання, тренування кругового м'яза рота, при шкідливих звичках прикушування губ і сторонніх предметів.



Рис. 2. Стандартні вестибулярні апарати Шонхера

Вестибулярні пластинки (рис. 3) компанії Dr. Hinz Dental (Hi-

меччина) випускаються двох розмірів: I – з червоним кільцем (радіус 22,5 мм), які призначені для дітей в періоді молочного прикусу (до 5 років), II – з синім кільцем (радіус 30 мм) – для дітей у змінному прикусі (5–7 років).

Стандартна вестибулярна пластинка Маппі з козирком дозволяє усунути сагітальну щілину і стимулює ріст нижньої щелепи (рис. 4).

Вестибулярна пластинка з козирком усуває шкідливу звичку смоктати палець при недорозвиненні нижньої щелепи. Вона показана при нахилі різців верхньої або нижньої щелепи всередину (ретрузія) або назовні (протрузія) в залежності від напрямку козирка вгору або вниз. Прикушуючи козирок пластинки нижніми зубами (пластинка при цьому розміщується в порожнині рота козирком вниз), дитина висуває нижню щелепу вперед, що стимулює і нормалізує її розвиток, полегшує і тренує смикаючий рефлекс губ. Якщо ж направити козирок пластинки вгору, можна запобігти формуванню зворотного різцевого перекриття, яке нерідко виникає в дитини, коли нижні зуби в результаті шкідливої звички підсмоктування верхньої губи перекривають верхні різці, що також безсумнівно впливає на виникнення дефектів мовлення.

Міжзубне положення язика і звичка облизування губ можуть бути скореговані вестибулярною пластинкою Маппі з язичною заслінкою (рис. 5).



Рис. 3. Стандартна вестибулярна пластинка Хінца



Рис. 4. Стандартна пластинка Маппі з козирком

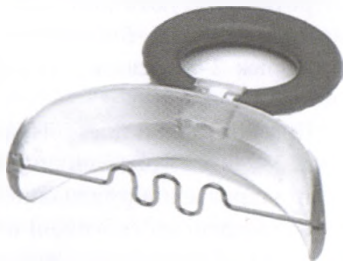


Рис. 5. Стандартна пластинка з дротяною заслінкою Маппі

Дітям до 5 років від прокладання язика рекомендується призначати пластинку з заслінкою, яку потрібно носити 1–2 години на день і всю ніч. Перед заняттями з логопедом необхідно протягом 30 хв виконувати розминку м'язів, що піднімають язик.

Для правильного позиціонування язика в порожнині рота, стимуляції тонузу язичних м'язів для поліпшення підняття язика вгору після проведених оперативних втручаннях, пластики аномального прикріплення вуздечки язика застосовують пластинку Маппі з бусинкою (рис. 6).

Пластинка з бусинкою покращує тонус і сприяє тренуванню м'яких м'язів і тканин порожнини рота, ефективно допомагає дитині усунути труднощі у вимові слів.

Пластинку з бусинкою застосовують також при артикуляції гмінастики для корекції звука «Р» і шиплячих, а також при дизартрії. Бусинка, що закріплена на дроті, утримує язик в фізіологічно правильному піднебінному положенні.

Помістивши пластинку в порожнину рота, дитина відразу починає інстинктивно катати бусинку язиком по твердому піднебінні, стимулюючи таким чином тонус язикового м'язу. Застосовувати цю пластинку можна як під час занять з логопедом, так і вдома. Пластинка з бусинкою ефективна при функціональній ринолалії, що зумовлена недостатнім підйомом м'якого піднебіння, у дітей із м'якою артикуляцією при обмеженні рухливості м'якого піднебіння.

Хороші результати дає використання пластинки з бусинкою і при заїканні – одному з видів порушення темпоритмічній організації мовлення, оскільки дія пластинки надає розслаблюючу дію і м'яко знімає судорожну напругу м'язів мовного апарату.

Катаючи язиком бусинку по піднебінню, дитина стимулює корінь язика, піднімаючи його вгору. Якщо неправильне ковтання ускладнене порушенням дихання, то у дитини тривається й носове дихання. У дітей віком 3–6 років відновлення порушених функцій ковтання та дихання відбувається за 6 міс.



Рис. 6. Стандартна пластинка з бусинкою Маппі

Для активного тренування оральної мускулатури і правильного позиціонування язика у дітей випускаються стандартні міофункціональні ортодонтичні трейнери для молочного прикусу (3–5 років), розроблений спеціальний трейнер «Infant» (рис. 7). Регулярне застосування цього



Рис. 7. Стандартний трейнер «Infant»

трейнера дозволяє виробити у дитини правильне положення язика в спокої і при ковтанні, а також усунути міжзубний сигматизм.

Міофункціональні трейнери виконані з еластичного силікону, абсолютно безпечного та індиферентного для дитячого організму та тканин порожнини рота.

Завдяки високій гнучкості силікону трейнер легко адаптується до індивідуальних особливостей і ширини зубних дуг.

Трейнер «Infant» можна застосовувати як на індивідуальних, так і на групових заняттях. Рекомендований режим використання трейнера – 2 рази на день по 10–15 хв. При недорозвиненні нижньої щелепи корисно також додаткове носіння трейнера під час денного сну, оскільки завдяки висуненню нижньої щелепи в пряме співвідношення з верхньою щелепою, трейнер стимулює ріст нижньої щелепи. Сагітальна щілина, що формується при відставанні зростання нижньої щелепи в молочному прикусі, усувається за 3–4 місяці, що сприяє нормалізації функцій жування й мови у дитини.

Важливо відзначити, що регулярне використання трейнерів у молочному і ранньому змінному прикусі (3–8 років) дозволяє нормалізувати форму піднебіння, яке у дітей з ротовим типом дихання набуває готичну високу форму, порушуючи нормальну фонацію.

Завдяки конструкції трейнера язик вчиться займати правильне верхнє положення з упором в передню третину твердого піднебіння, при якому забезпечується підтримка язиком зводу верхньої щелепи, нормалізуються її форма, ширина і висота, усувається м'язовий дисбаланс (тиск язика компенсує тиск кругового м'яза рота і щічних м'язів зовні). При цьому дно порожнини носа опускається і піднебіння набуває правильну куполоподібну форму.

У другій половині змінного прикусу такого ефекту вже не спостерігається. Саме тому корегувати дихання необхідно починати

якомога раніше – вже в молочному прикусі (3–5 років).

Модель трейнера Т4К (рис. 8) призначена для дітей 6–10 років для корекції міофункціональних порушень, в тому числі і мовних. У конструкції трейнера передбачений спеціальний язичок – для корекції положення язика, який «нагадує» дитині про правильну його позицію при ковтанні і в стані спокою – торкаючись його, язик займає в порожнині рота фізіологічно правильне піднебінне положення.

Обмежувач положення язика допомагає дитині позбутися шкідливої звички прокладати його між зубними рядами. Завдяки поліпшенню тонуусу кругового м'яза рота і тренуванню змикаючого рефлексу губ використання трейнера Т4К допомагає нормалізувати тип дихання, а губні бампери дозволяють знизити надмірний тиск зовнішніх м'язів, які безпосередньо прилягають до зубних рядів. М'які «шипики», які розташовані на нижньому зовнішньому краю трейнера, допомагають зняти напругу м'язів підборіддя, усунути так званий «синдром наперстка» (м'язове ущільнення, що виникає при гіпертрофованій активності м'язів підборіддя).

Крім того, силіконові «шипики» чинять слабку подразнюючу дію, що сприяє зростанню апікального базису нижньої щелепи в передньому відділі, завдяки чому усувається скупченість зубного ряду і забезпечується пропорційність зростання нижньої щелепи відносно верхньої.

Технологія виробництва стандартних вестибулярних пластинок і трейнерів із силікону (рис. 9) абсолютно безпечна для дитячого організму, не викликає алергічних реакцій, еластичність матеріалу забезпечує комфорт і простоту адаптації дітей до апаратів, а кольоровий дизайн приваблює дітей та робить апарати схожими на дитячі іграшки.

На етапі корекції прикусу логопед може підключити відповідні артикуляційні та мовленнєві вправи, що також буде сприяти прискоренню ортодонтичного лікування.



Рис. 8. Стандартний трейнер Т4К

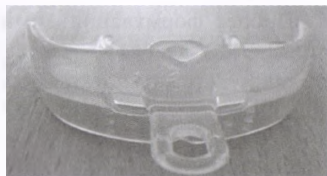


Рис. 9. Стандартний Трейнер Т-1

Таким чином, використання трейнерів у дитячому віці сприяє нормалізації ортодонтичного становища і функції мови, нормалізації типу дихання і ковтання, а також поліпшенню постави і загального розвитку дитячого організму.

Дуже важливо враховувати ступінь залежності правильної артикуляції звуку від конкретної зубощелепної аномалії. Так, при механічній дислалії нерідко доводиться попередньо корегувати аномалії в будові мовленнєвого апарату для подальшої правильної постановки звуків. Ось чому для розробки правильного і послідовного плану лікування при подібних поєднаних патологіях дуже важливо забезпечити взаємодію і ефективну співпрацю логопеда і ортодонта, що дозволяє своєчасно усувати анатомічні порушення в будові органів, що беруть участь в артикуляції, і коригувати щелепно-лицевий розвиток у цілому.

КОМПЛЕКСНИЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ПІДХІД У КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ¹³

*Наталія Пахомова,
Любов Смаглюк,
Марина Трофименко*

Процес формування дитини як особистості дуже складний і тривалий. У певні вікові періоди критерієм для самоствердження в суспільстві стають мовленнєва функція та естетична складова (зовнішній вигляд, вираз обличчя). В той же час, будь-які порушення артикуляційного апарату, у тому числі і зубощелепні аномалії, впливають на подальший психічний і мовленнєвий розвиток дитини.

Зубощелепні аномалії та їх наслідки розглядаються багатьма авторами з позицій медичного, логопедичного, психологічного підходів (С.І. Дорошенко, Л.В. Смаглюк, В.В. Тарасун, Ф.Я. Хорошилкіна, М.К. Шеремет та ін.), але кожний з них представляє вирішення проблеми під власним кутом зору. Багатоаспектне переплетіння при вирішенні проблем корекції зубощелепних порушень підтверджує взаємозалежність зазначених галузей від міждисциплінарної

¹³ Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, корекційний і медичний аспекти: матеріали регіонального науково-практичного семінару (22 квітня 2016 р., м. Полтава) / за заг. ред. Пахомової Н.Г. – Полтава: ПНПУ (імені В.Г. Короленка), 2016. – С. 200–203.

інтеграції, що реалізується через формування нових підходів, теорій, концепцій інтегративного характеру; синтезом взаємодіючих знань; виникнення нової інтегративних підходів, що екстраполюються за межі певної предметної галузі завдяки виробленню загальних методів пізнання. Не зважаючи на достатню увагу фахівців до проблеми подолання зубощелепних аномалій та їх наслідків, замало уваги приділяється при її вирішенні інтегративному медико-психолого-педагогічному підходу. У зв'язку з цим, метою нашого дослідження є характеристика основних причин зубощелепних аномалій та визначення напрямів, етапів організації комплексної допомоги дітям із зубощелепними аномаліями та деформаціями.

За даними сучасної наукової літератури поширеність зубощелепних аномалій та деформацій у дітей становить 75–85 % [3, 4]. Серед етіологічних факторів виникнення зубощелепних аномалій лише до 30% пов'язані із спадковістю, а 70 % зумовлені дією інших факторів, таких як: аномалійне прикріплення м'яких тканин (в т.ч. вуздечки язика), порушення функцій зубощелепної ділянки (дихання, ковтання, мовлення, жування, змикання губ), дефекти зубів та зубних рядів тощо. Функціональні порушення зубощелепного апарату іноді набувають «статусу» шкідливих звичок, підґрунтям для виникнення яких дуже часто стає зміна психоемоційного стану дитини. Серед них великий відсоток (55 %) займають порушення положення язика під час функцій ковтання та мовлення, усунення яких є дуже складним і не завжди успішним зусиллями лише лікаря-ортодонта. Неправильне функціонування зубощелепного апарату найчастіше стають причиною аномалій розвитку щелеп, порушення розташування зубів та формування прикусу. Це призводить до ряду естетичних відхилень (зміни профілю та симетрії обличчя, специфічного виразу обличчя, порушення змикання губ та ін.). Все це позначається на загальному стані пацієнта із зубощелепними аномаліями в будь-якому віці, і є однією з причин, яка приводить дітей та їх батьків до спеціалістів різного профілю (лікарів-ортодонтів, логопедів, психологів).

У зв'язку зі збільшенням кількості осіб з вадами мовлення і аномаліями периферичних органів мовлення актуальним залишається питання впливу артикуляційного апарату, зокрема зубощелепної системи на формування звуковимови дитини. Аномалії артикуляційного апарату не завжди призводять до дефектів звуковимови, що може бути встановлено лише фахівцем (логопедом). В той же