

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра –клиника стоматологии ИПО

Зав.кафедрой : ДМН, проф.Алямовский В.В.

### **Реферат на тему:**

Миотерапия как самостоятельный метод лечения и в качестве  
поддерживающей терапии в составе ортодонтического лечения

ФИО: Рукосуева Дарья Сергеевна  
Специальность: Ортодонтия  
1 год обучения

2018г

Миотерапия как самостоятельный метод лечения и в качестве поддерживающей терапии в составе ортодонтического лечения имеет важнейшее значение, особенно в молочном прикусе. А.Р.Рогерс в 1916 г. обосновал метод функционального воздействия для исправления зубочелюстных аномалий. Он исходил из той предпосылки, что нарушения мышечного равновесия околоротовой области и лица являются одними из наиболее частых. По его мнению, жевательные и мимические мышцы, являющиеся «живым регулирующим аппаратом» путём тренировок так усиливаются, что они могут устранить начавшееся неправильное формирование прикуса. Особое внимание он обращал на положение губ и языка, которые оказывают основное влияние на правильное, гармоничное формирование прикуса. А.Рогерс предложил комплекс упражнений, которые в дальнейшем дополнили и развили многие исследователи.

В нашей стране одними из первых эту проблему разрабатывали С.С.Райзман, Е.И.Гаврилов, Г.А.Турובה. Среди зарубежных исследователей можно назвать А.Korbitz, Friel, Baiters, Reichenbach, Korkhaus, A.M.Schwarz, R.Frankel.

Миотерапию в организационном плане можно проводить двумя способами. При одном из них упражнения проводят родители или другие члены семьи после обучения их несложным приёмам. Недостатками этой формы является то, что регулярность, продолжительность и правильность проведения трудно контролировать. При второй форме создаётся группа детей с одинаковыми аномалиями прикуса или факторами риска для их возникновения непосредственно в детских садах и занятия проводит медсестра или помощник врача. Но при обеих формах ортодонт обязан контролировать ход лечения.

По данным А.А.Погодиной, 84,3% детей нуждаются в профилактических и лечебных мероприятиях для правильного формирования зубочелюстной системы. Из них 54% детей имеют зубочелюстные аномалии и у 30% детей младшего школьного возраста определены факторы риска.

Весьма незначителен процент саморегуляции, составляющий всего 12, зато из первоначально здоровых детей у 24% развиваются зубочелюстные аномалии (Демнер Л.М.). Па-рафункция в виде сосания пальца, по данным W.Kunzel и J.Toman, имеется у каждого 4-го ребёнка, и чаще у девочек. Свыше 2/3 детей приобретают эту привычку в грудном возрасте и около 30% — в дошкольном, причём в яслях и детских садах этот процент выше, чем у «домашних» детей. По сведениям И.М.Тепериной (2004), распространённость вредных привычек среди детей 3— 15 лет выглядит следующим образом: инфантильное глотание — 31,6%; ро-товое дыхание — 15,5%; нарушение жевания — 2,5%; нарушение речи — 4,4%.

При длительно зафиксированных вредных привычках, имеющих аномалиях или деформациях только психотерапии и безаппаратурной миогимнастики наряду с санацией полости рта и носоглотки может быть недостаточно. В таких случаях необходимо применение ортодонтических аппаратов — от простейших до более сложных.

Для восстановления функции околоротовой и дыхательной мускулатуры можно применять специальные упражнения в виде обучения элементарным навыкам игры на детских духовых инструментах (Гусарова А.Е.). Принципиальная схема таких занятий может быть следующей. Исходное положение: пациент сидит на стуле, и у него в руках детская игрушка — саксофон с узким мундштуком. Ребёнку предлагается извлекать звуки в следующей последовательности:

1 — извлечение тихого звука, но максимального по продолжительности,

2 — извлечение среднего по громкости и максимального по продолжительности,

3 — извлечение звука, максимального по громкости и продолжительности,

1 — звук с постепенным нарастанием громкости,

2 — звук с постепенным снижением громкости,

6 — исполнение натуральной гаммы соль мажор с различной интенсивностью звучания (тихо, средне, громко),

7— исполнение гаммы с нарастанием, а затем с затиханием звука.

Можно проводить выдувание мыльных пузырей через трубочку, соломинку или булькание в воду через трубочку.

Недостаточность функции круговой мышцы рта распознаётся по преобладанию окружающей её мимической мускулатуры — щёчной и мышцы смеха. Перевес этих мышц создаёт удлинение межгубной щели как при улыбке, так и без неё. Слабость круговой мышцы рта легко определить растягиванием углов рта указательными пальцами. Создаётся впечатление, что при этой пробе углы рта легко растянуть до ушей. Перевес над вялой круговой мышцей рта других мимических мышц придаёт ротовой щели своеобразный рельеф.

При ротовом дыхании прежде всего необходима консультация отоларинголога для выяснения причин затруднённого ротового дыхания. После восстановления проходимости верхних дыхательных путей можно назначать оздоровительные комплексы для нормализации дыхания.

Предложен целый ряд других безаппаратурных и аппаратурных методов. В частности, двойная защитная пластинка, состоящая из двух частей, вестибулярной и язычной (нёэ-ной), соединённых проволокой, перекидывающейся через зубной ряд в области клыков или дистально за зубным рядом (рис. 115). Применяется в тех случаях, когда надо защитить зубной ряд от давления языка. Для этих же целей применяется видоизменённая вестибулярная пластинка по Schoncher, в которой с язычной стороны монтируется проволочная защитка от языка .

Можно также для миогимнастики использовать стандартные вестибулярные пластинки с заслонкой для языка

Все устройства барьерного типа, как правило, устанавливаются в области премоляров но иногда их можно фиксировать и на шестых зубах .. Съёмные аппараты вызывают опасение в том, что не будут носиться. Однако

практика это далеко не всегда подтверждает. У тех же детей, которые снимают аппараты, можно применить несъёмную конструкцию с фиксацией опорных частей цементом

Многие клиницисты рекомендуют для тренировки околотротовой мускулатуры различные вестибулярные пластинки и так называемый губной активатор

Он изготавливается из нержавеющей проволоки диаметром 0,9 мм, 4 см длиной и упругостью около 9 г. Аппарат вставляется между верхними и нижними губами, и пациент должен делать лёгкие движения при открывании и закрывании рта. Преодолевая сопротивление при смыкании губ, мускулатура повышает свой рабочий тонус.

Необходимо следить за осанкой. С этой целью выполняют следующие упражнения: ребёнок становится к стенке так, чтобы затылок, лопатки и ягодицы касались стены, а пятки — плинтуса, и, стараясь сохранить это положение, ходит по комнате несколько минут; стоя, ноги вместе, зажать нос пальцами и громко считать до 10, затем вдох и полный выдох через нос, повторить 4—5 раз; произносить звуки «ту-у-ту-ту-у-у», на выдохе «о», или протяжное «ох», «а-а-а», «о-о-о», выдох удлинённый.

Раннее миотерапевтическое и ортопедическое лечение, в частности сагиттальных аномалий прикуса, предупреждает стойкие деформации не только прикуса и лица, но также нарушение осанки (ХорошнлкннаФЛ. и сдоит., 1970). При рассмотрении профиля стоящего человека центры тяжести его головы, лопзточно-плечевого комплекса, бедер, колен и стоп должны находиться на одной вертикальной линии; это характерно для гармонично раз питой статной фигуры.

Нарушение мышечнога баланса в челюстно-лицс&он области при сагиттальных аномалиях прикуса н ротовом дыхании отражается на формировании л паевого скелета, развитии и тонусе мышцы шеи, В результате перераспределения нагрузки происходит искривление шейного отдела позвоночника, особенно выраженное на уровне III-IV шейных по-jbohkov.

Изменяется положение подъязычной кости и черепа по отношению к позвоночнику, а иногда и форма позвоночного столба и грудной клетки .

Кроме комплекса миогимнастических упражнений рекомендуем детям с аномалиями челюстно-лицевой области в сочетании с нарушением звукопроизношения проводить дифференцированный массаж с учетом характера выявленных нарушений артикуляционной моторики. В зависимости от состояния тонуса артикуляционной мускулатуры рекомендуем проводить расслабляющие приемы (для снятия спастического напряжения в мышцах) или тонизирующий массаж (для активизации мышечного тонуса). Для расслабления мышц массажные движения рекомендуем проводить в медленном, спокойном темпе, при стимуляции – темп движений был ускоренным. Такие массажные приемы, как поглаживание, растирание, разминание и надавливание (точечное воздействие), рекомендуем использовать как при расслабляющем, так и при тонизирующем массаже. Вибрацию, различные варианты ударных приемов (постукивание, похлопывание, пунктирование), пощипывание, покалывание рекомендуем применять с целью мышечной стимуляции.

## Литература

1. Структура и механизм произносительных расстройств у детей с аномалиями строения зубо-челюстной системы. // Стоматология детского возраста и профилактика. № 3, 2007. С. 57-64.

2. Клинико-лабораторные этапы изготовления индивидуальных позиционеров различной жесткости из термопластов на основе этиленвинилацетата // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. Волгоград. – 2007. – № 2 (22). С. 78 -80 (в соав. В.Т. Ягупова, С.Б. Фищев, И.Д. Трегубов.)