

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РЕЦИДИВОВ РОТОВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

Тулегенова И.М., Умбеталиева Г. И.

TO THE OPTIMIZATION OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC MEASURES OF ORAL RESPIRATORY RECURRENCE IN CHILDREN

Kazakhstan-Russian Medical University, Almaty

I.M. Tulegenova, G.I. Umbetalieva

В статье представлены результаты исследования детей после комплексного лор и ортодонтического лечения с “ротовым дыханием”. Изучена частота возникновения рецидивов ротового дыхания. Проведены исследования функционального состояния головного мозга (ЭЭГ) у детей с рецидивом

Ключевые слова: *зубочелюстные аномалии, ротовое дыхание, аденоидное лицо, сужение верхней челюсти, открытый прикус, нарушение дыхательной функции, вредная привычка, электроэнцефалография, междисциплинарный подход лечения*

The article presents the results of a study of children after complex ENT and orthodontic treatment with "mouth breathing". The frequency of mouth breathing recurrence was studied. Studies of the functional state of the brain (EEG) in children with recurrence were conducted

Key words: *dentoalveolar anomalies, mouth breathing, adenoidal face, upper jaw constriction, open bite, respiratory function disorder, bad habits, electroencephalography, interdisciplinary treatment approach*

В настоящее время общеизвестно, что ротовое дыхание оказывает отрицательное влияние на нормальное развитие зубочелюстно-лицевой системы, также и на состояние общего здоровья ребенка [1, 6, 8]. В научной литературе достаточно широко изучены причины возникновения и развития ротового дыхания у детей с зубочелюстными аномалиями при котором формируется патологический прикус.

Нам известно, что существует три типа дыхания: носовое (физиологическое), ротовое и смешанное (патологические). Причины возникновения патологического типа дыхания с формированием прогнатического прикуса могут быть обусловлены заболеваниями ЛОР органов, такие как, искривления носовой перегородки, аденоидов, частых простудных заболеваний, гайморита и т.д. Как правило, даже после устранения патологии лор-органов вредная привычка дышать ртом у детей остается. При длительном отсутствии

носового дыхания у ребенка возникает нарушения функции взаимодействия мышц языка, щек и губ.

Исследования показали, что ротовое дыхание и есть причина того что ребенок спит запрокинутой головой кзади, что приводит со временем прогнатическому прикусу [3, 5, 9, 10,11].

Известно, что ротовое дыхание отрицательно также на речевую деятельность (дизартрия), затрудняющую дифференциацию носовых и ротовых звуков в речи. Нарушение нормального дыхания приводит к развитию ряда симптомокомплексов как стоматологического плана, так и соматоневрологического и психоэмоционального характера. В литературе есть указания на нарушение осанки, эмоциональные расстройства в виде тревоги и депрессии у детей с ротовым дыханием с зубочелюстными аномалиями. Исследования показали, что у детей с ротовым дыханием усвоение кислорода уменьшается до 20%, так как снижается концентрация CO₂ в организме, следовательно, мозг ребенка находится в постоянной гипоксии [1].

Цель работы

Изучение причин и совершенствование лечебно-профилактических мероприятий рецидивов ротового дыхания у детей с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА).

Материал и методы

Под нашим динамическим наблюдением находились 30 детей (в возрасте от 4-9 лет, средний возраст составил $6\pm 2,7$) с зубочелюстными аномалиями с феноменом ротового дыхания получающих амбулаторное лечение в стоматологической поликлинике «Орбита Дент» г. Алматы. Всем детям кроме традиционного клинического метода обследования дополнительно проведена ЭЭГ исследование головного мозга.

Результаты

В результате клинического исследования установлено, что у 11 (36,6%) детей из 30 (100%), несмотря на ранее проводимое ортодонтическое лечение и ЛОР санации, попрежнему оставался «старый» стереотип ротового дыхания. Данный феномен, по нашему мнению, является скорее привычкой, т.е. стереотипом поведения детей «дышать ртом», что вызывает рецидив ЗЧА. Результаты исследований функционального состояния головного мозга (ЭЭГ) выявило наличие минимальной мозговой дисфункции, что подтверждалось превалированием медленно-волновой активности диффузного характера у 18 (60%) обследованных детей.

Выводы

Таким образом, можно сделать заключение, что ортодонтическая помощь и лечение рецидивов ротового дыхания у детей с ЗЧА требуют комплексного подхода. Результат терапии не будет стабильным и высоко эффективным без устранения у детей негативного стереотипа поведения «дышать ртом». Следовательно, комплексная терапия должна включать применение психокоррекции поведения ребенка направленной на разрушение вредной привычки с формированием новой формы поведения с правильным дыханием через нос. Также необходимо одновременно проводить ноотропную терапию, направленную на купирование минимальной мозговой дисфункции у детей с частыми рецидивами ротового дыхания, что с свою очередь, поможет достичь устойчивого результата ортодонтического лечения.

Список литературы:

1. Архипова Е.Ф. К чему приводит привычное ротовое дыхание ребенка. *Современное дошкольное образование. Теория и практика.* 2017;3:36-45.
2. Амирян М.Г. Стоматология и психология: грани взаимосвязи. *Dental Forum.* 2011;3:13-14.
3. Водолацкий В.М. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций и дефектов звукопроизношения у детей. *Вестник ВолгГМУ.* 2010; 1(33):56.
4. Гасанова З.М., Рязанцев Н.А. Психолого-фармакологические способы коррекции стоматологического стресса. *Dental Forum.* 2011;3:37.
5. Ерадзе Н.Е. Психологический статус детей с отсутствием резцов верхней челюсти. *Dental Forum.* 2011;3:51-52.
6. Кишинец Т.А. Психофизиологический статус детей с соматической патологией при стоматологическом лечении. *Земский врач.* 2011;5:25-28.
7. Погосова Э.А., Мкртчян К.Е. Аномалии зубов у больных с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и твердого неба. *Dental Forum.* 2011;3:106.
8. Тарасова Г.Д., Кирчиоглу А.Ф., Жигжитов Б.А. Комплексный подход к проблеме лечения детей с аномалиями зубочелюстного развития и хронического ротового дыхания. *Стоматология детского возраста и профилактика.* 2015;3:8-11.
9. Фадеев Р.А., Исправникова А.Н. Система количественной оценки зубочелюстных аномалий (Часть V). *Институт Стоматологии.* 2011;2:28-30.
10. Чабан А.В., Вагнер В.Д. Участие специалистов в своевременной профилактике и лечении зубочелюстных аномалий. *Институт Стоматологии.* 2011;1:10-11.

11. Флис П.С., Касьяненко Д.М. Необходимость устранения этиологических факторов при лечении дистального прикуса путем взаимодействия с врачами смежных специальностей. *Современная стоматология*. 2014;1:30-33.