



ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ЯЗИКА НА ФОРМУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Волкова В.  0009-0007-2547-4906

ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ, Україна

Актуальність. Дистальний прикус є однією з найпоширеніших аномалій оклюзії у дітей та підлітків сучасності. Серед етіологічних чинників важливу роль відіграють міофункціональні порушення, зокрема атипове положення язика у стані спокою та під час ковтання.

Вступ. Язик — потужний м'язовий орган, що чинить значний вплив на стан зубних рядів та альвеолярних відростків. Він бере участь у ковтанні (близько 2000 разів на добу), у формуванні вимови, визначає смак і температуру їжі, а також забезпечує умови для формування ортогнатичного прикусу. Тиск язика на кожний зуб може сягати 500 г. При правильному розташуванні у стані спокою і під час ковтання (спинка притиснута до піднебіння, кінчик — за центральними різцями верхньої щелепи) він формує фізіологічне склепіння піднебіння і правильний прикус.

Мета роботи: встановити взаємозв'язок між атиповим положенням язика та розвитком вторинних зубощелепних деформацій, зокрема формуванням дистальної оклюзії.

Матеріали і методи. Для даного дослідження проводили лікування 23 дітей у періоді раннього змінного прикусу (віком 6–9 років) із різними видами зубощелепних деформацій та міофункціональних порушень, зокрема атиповим положенням язика.

Пацієнти були поділені на три групи:

- *І група (9 дітей)* — пацієнти з ротовим типом дихання. Характеризувалися V-подібною звуженою верхньою щелепою, готичним піднебінням, низьким положенням язика, дистальною оклюзією, відкритим прикусом та гіпотонусом колового м'яза рота. Лікування проводили за допомогою незнімних апаратів для швидкого піднебінного розширення. Пацієнтів скеровано до суміжних спеціалістів: отоларинголога та логопеда.

- *II група (11 дітей)* — пацієнти з інфантильним типом ковтання. Спостерігалися: протрузія різців обох щелеп, дистальна оклюзія, відкритий прикус, прокладання язика між зубними рядами, гіпертонус колового м'яза рота та м'язів підборіддя. Терапію здійснювали за допомогою міофункціональних апаратів (преортодонтичних трейнерів та FroggyMouth). Пацієнтів направлено до міологопеда.
- *III група (3 дітей)* — пацієнти з анкілоглосією (короткою вуздечкою язика). Пацієнтів скеровано до стоматолога-хірурга для проведення френулотомії та до логопеда для корекції положення язика і звуковимови. За показаннями використовували знімні ортодонтичні апарати з гвинтом для розширення зубних рядів.

Результати. У пацієнтів усіх трьох клінічних груп з атиповим (нефізіологічним) положенням язика було діагностовано: скупченість зубів, дефіцит місця для постійних зубів, протрузію фронтальної групи зубів, звуження та деформацію верхньої щелепи, а також дистальне положення нижньої щелепи.

Окрім морфологічних змін, спостерігалися: множинне каріозне ураження зубів, інтенсивне накопичення зубних відкладень, порушення міофункціональної рівноваги щелепно-лицевої ділянки, дефекти звуковимови та ознаки хронічної гіпоксії організму (внаслідок порушення носового дихання).

Висновок. Фізіологічне положення язика на піднебінні забезпечує формування верхнього зубного ряду у формі напівеліпса. Це підтримує міодинамічну рівновагу між тиском м'язів язика зсередини та опором м'язів губ і щік ззовні, що є необхідною умовою для створення достатнього простору для постійних зубів. Коректне функціонування язика сприяє формуванню гармонійних зубних дуг, ортогнатичного прикусу, а також правильному розвитку кісткового та м'язового скелета обличчя. Це, у свою чергу, покращує естетичні параметри профілю, якість звуковимови та загальне самопочуття пацієнта.

Ключові слова: *дистальна оклюзія; дистальне положення нижньої щелепи; міофункціональні порушення; атипове положення язика; анкілоглосія; ранній змінний прикус.*