

JAK STYMULOWAĆ JAMĘ USTNĄ PO PODCIĘCIU WĘDZIDEŁKA MOJEGO DZIECKA?

Przewodnik dla rodziców



PROJEKT: FRENULOTOMIA

WSPARCIE DZIECKA
WSPARCIE RODZICA

dr n. o zdr. Mira Rządźka



Projekt adresowany do rodziców, u których
dzieci rozpoznano skrócone wędzidełko języka,
neurologiczne, zaburzone laktacyjne

Rekomendacja:
prof. J. Duran v. Arc
MFS Poland



lek. stom. Monika Ośko

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU,
POSTĘPOWANIE POZABIEGOWE.



Wstęp

Ten przewodnik powstał z myślą o dzieciach w ramach ortodontycznego programu prewencyjnego filozofii MFS „Rosnę pięknie, rosnę zdrowo” - w tej publikacji przedstawiamy postępowanie terapeutyczne w celu wspomagania sprawności ruchowej języka. Badania wskazują, że aż 80% pacjentów kwalifikujących się do leczenia ortodontycznego ma zaburzenia czynnościowe obszaru jamy ustnej (nawykowe oddychanie przez usta, brak prawidłowej pozycji spoczynkowej języka na podniebieniu, wzmożone lub obniżone napięcie mięśni żwaczy i inne). Natomiast zaburzenia prawidłowej ruchomości języka pojawia się u 50-60 % pacjentów posiadających wady zgryzu. Wiedza prezentowana w tym opracowaniu jest wynikiem badań m.in. profesora Jose Durana von Arx, wieloletniego szefa katedry ortodoncji na Uniwersytecie w Barcelonie, szefa i fundatora oddziału ortodontycznego szpitala dziecięcego w Barcelonie, a także szefa Światowego Instytutu Ortodoncji w Barcelonie. Wyniki badań profesora uzupełniono o opracowania dotyczące stymulacji przed- i pozabiegowej u noworodków i niemowląt autorstwa dr nauk o zdrowiu, Miry Rządckiej, która przez wiele lat prowadziła badania nad zaburzeniami odruchów oralnych u noworodków i niemowląt.

Opracowanie zawiera także opis innowacyjnej metody wywodzącej się z technik uwalniania mięśniowo-powięziowego przy użyciu specjalnego narzędzia stworzonego do tego celu. Zainspirowani tą techniką w oparciu o najnowszą wiedzę i badania zespół M2O Stomatologia stworzył narzędzie do uwalniania mięśniowo-powięziowego do zastosowania w obszarze jamy ustnej, głowy i szyi. Narzędzie to pomaga w uzyskaniu oczekiwanych rezultatów terapeutycznych poprawiających rozwój motoryczny mięśni języka. Opracowanej metodzie i zastosowaniu narzędzia wsparcia udzielił profesor Duran.

Profesor Jose Duran von Arx jest także twórcą stymulatorów MFS, przeznaczonych do terapii zaburzonych funkcji motorycznych jamy ustnej, które służą także do reedukacji czynności zarówno jamy ustnej jak i języka, po zabiegu frenulotomii.

Podstawowa wiedza o języku i jego ruchomości

Język jest organem zbudowanym z mięśni mających połączenie z kośćmi twarzoczaszki i szyi. Całość jest dodatkowo objęta przez powieź – nieprzerwaną lekko sprężystą tkankę, która otacza wszystkie struktury ciała, rozciągające się od stóp do głowy.

Język jest narządem mowy i żucia, siedzibą narządu smaku. Jego prawidłowa ruchomość daje możliwość poruszania językiem we wszystkich kierunkach, a co za tym idzie, umożliwia pobieranie pokarmu, utrzymania pozycji spoczynkowej języka na podniebieniu, tzw. pozycji W-H, utrzymania warunków ciśnieniowych we wnętrzu jamy ustnej, kształtuje precyzję, rozwój zdolności artykulacyjnych. Ma także swój udział w ruchach oddechowych.

Tkanka łącząca mięśnie

Rozwój i funkcjonowanie mięśni szkieletowych, między innymi języka, odbywa się w ścisłym połączeniu z tkanką łączną MCT (muscle connective tissue). Struktury te są ze sobą ściśle powiązane, a ostatnie badania pokazują, że poznając tkankę łączną MCT, można więcej dowiedzieć się o procesie gojenia. Dzięki temu można lepiej zrozumieć proces postępowania po zabiegu frenulotomii. Stanowi to klucz do zrozumienia wielokierunkowego postępowania przy zastosowaniu określonych procedur pozabiegowych.



Wiedza dotycząca tkanki łącznej, łączącej włókna mięśniowe i grupy mięśni jest również bardzo istotna z punktu widzenia procesów gojenia obszaru głowy, w tym jamy ustnej. Tkanka łączna, łącząca mięśnie, różni się pochodzeniem w zależności od obszaru ciała. Różnice pochodzenia tkanki łączącej mięśnie mają wpływ na przebieg i sposób procesu gojenia w poszczególnych obszarach ciała. Najnowsze badania wskazują, że tkanka łączna w obrębie jamy ustnej ma pochodzenie ektodermalne, czyli jest podatna na zwłóknianie się podczas gojenia. Ta wiedza wskazuje na możliwość stymulacji po zabiegu podcięcia wędzidełka po zabiegu przy użyciu odpowiedniej siły. Narzędzie prezentowane w tej broszurze umożliwia taką stymulację.



Zdjęcie narzędzia do techniki uwalniania mięśniowo-powięziowego

Pytania i odpowiedzi

- str. 6 Czym jest wędzidełko języka?
- str. 7 Jakie są główne konsekwencje skrócenia wędzidełka?
- str. 8 Które symptomy ograniczonej ruchomości języka na tle skróconego wędzidełka powinny zaniepokoić rodziców / opiekunów?
- str. 9 Jak sprawdzić, czy język ma prawidłową ruchomość i czy wędzidełko nie jest skrócone?
- str. 10 Czy po za biegu problemy będące wynikiem skróconego wędzidełka znikną?
- str. 10 Czy z decyzją o zabiegu mogą się wstrzymać do czasu, gdy dziecko będzie starsze?
- str. 11 Jakie są etapy przygotowania do zabiegu frenulotomii? Jak wygląda procedura zabiegowa?
- str. 13 Jak przebiega gojenie po zabiegu?
- str. 13 Czy po zabiegu problemy będące wynikiem skróconego wędzidełka znikną?
- str. 13 Jak powinien prawidłowo przebiegać proces przywrócenia pełnej sprawności języka?
- str. 14 Jakie są najważniejsze zalecenia pozabiegowe?
- str. 14 Jak zgodnie z filozofią MFS przebiega szczegółowe postępowanie pozabiegowe?
- str. 15 Gdzie zakupię narzędzie?
- str. 16 Od czego zależy skuteczność w poprawie ruchomości języka i jego zdolności artykulacyjnych?
- str. 17 Jaki jest mechanizm powstawania wad zgryzu przy nieprawidłowej pozycji języka?
- str. 18 Czym jest technika MRT?





Czym jest wędzidełko języka?

Wędzidełko języka to trójwymiarowa struktura anatomiczną, pełniąca istotną rolę w mobilności i funkcjonowaniu języka. Wędzidełko można opisać jako fałd tkanki łącznej pokryty błoną śluzową, utworzony na środku dna jamy ustnej, który biegnie w kierunku spodu języka. Prawidłowa budowa wędzidełka pozwala na swobodny ruch języka, ale jednocześnie kontroluje jego nadmierne przemieszczanie.

Wędzidełko języka może różnić się pod względem wyglądu i struktury - od cienkich, przezroczystych fałdów po grubsze, bardziej masywne struktury. Te różnice zależą od sposobu, w jaki błona śluzowa i powięź poruszają się względem siebie oraz od tego, na jaką wysokość poszczególne warstwy tkanek są "wciągane" do fałdu. Na przykład cienkie, przezroczyste wędzidełko tworzy się, gdy fałd błony śluzowej unosi się wysoko nad fałdem powięziowym, natomiast grubsze wędzidełko pojawia się, gdy oba fałdy pozostają ze sobą blisko związane.

Dodatkowy wpływ na masywność wędzidełka ma mięsień bródkowo-językowy, który może również zostać wciągnięty do fałdu, nadając wędzidełku szerszą podstawę.

Ta szczególna zmienność w wyglądzie i budowie wędzidełka zwiększa ryzyko nieumyślnego przecięcia włókien mięśnia bródkowo-językowego podczas zabiegu frenulotomii.

Zabieg frenulotomii nie powinien być postrzegany jako rozwiązanie wszystkich problemów funkcjonalnych jamy ustnej. To procedura chirurgiczna, a decyzję o wykonaniu należy podejmować dopiero po dokładnej i wnikliwej diagnozie. Warto zaznaczyć, że ocena ruchomości języka według klasyfikacji Coryllos, choć pomocna, może zakwalifikować każde wędzidełko do zabiegu, ponieważ według tej klasyfikacji każde wędzidełko będzie oznaczone jako przednie (anterior) lub tylne (posterior).

Jakie są główne konsekwencje skróconego wędzidełka?

U najmłodszych:

- Zaburzenie w wytwarzaniu podciśnienia we wnętrzu jamy ustnej do funkcji ssania, konieczne od pierwszych dni życia;
- Problemy z efektywnym ssaniem: zmieniony schemat ssania, wzmożone napinanie warg, napinanie mięśni podpotylicznych oraz mięśni szyi;
- Zachwianie równowagi mięśni ust i twarzy oraz mięśni nad- i podgnykowych, ślinienie;
- Zaburzenie rozwoju ruchomości języka;
- Zaburzenia połykania w wyniku ograniczenia zakresu ruchomości mięśnia bródkowo-językowego. Skrócenie wędzidełka języka ma wpływ na fazę inicjowania i kontrolowania poszczególnych występujących po sobie faz połykania;
- Krztuszenie się, nasilony odruch kłusania, bolesne płytkie zasysanie piersi;
- Zaburzenia pozycji spoczynkowej języka na podniebieniu;
- W sytuacjach skrajnych może dojść do odmowy jedzenia.

W późniejszym wieku:

- Nieprawidłowa wymowa;
- Powstawanie wad zgryzu, zmiany morfologii zębowo-twarzowej;
- Nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka na podniebieniu.





Które symptomy ograniczonej ruchomości języka na tle skróconego wędzidełka powinny zaniepokoić rodziców / opiekunów?

U najmłodszych:

- Podczas karmienia piersią czy butelką od pierwszych dni życia: częste przerywanie karmienia przez dziecko, szybkie męczenie się podczas ssania, niepokój i rozdrażnienie dziecka, problemy z uchwyceniem brodawki, bolesność brodawek, dźwięki towarzyszące karmieniu (klaskanie, klikanie, kumkanie), zasysanie powietrza, trudności z utrzymaniem smoczka w buzi;
- Podczas płaczu, ziewania, wysuwania języka zauważalne pasmo tkanki łącznej blokujące ruch języka ku górze, czubek języka przyjmujący kształt serca przy wysuwaniu;

U dzieci starszych:

- Problemy z połykaniem, np. często dziecko nie potrafi połknąć tabletki;
- Nie potrafi unieść języka;
- Niewyraźnie mówi, nie wymawia niektórych głosek (l, sz, ż, cz, dż, r);
- Ma wąskie podniebienie, stłoczone zęby;
- Utrzymuje język na dnie jamy ustnej.

Powyższe objawy powinny zaniepokoić rodzica / opiekuna. Należy koniecznie skorzystać z porady doświadczonego logopedy, neurologopedy, terapeuty funkcji ortodontycznych MFS, lekarza.

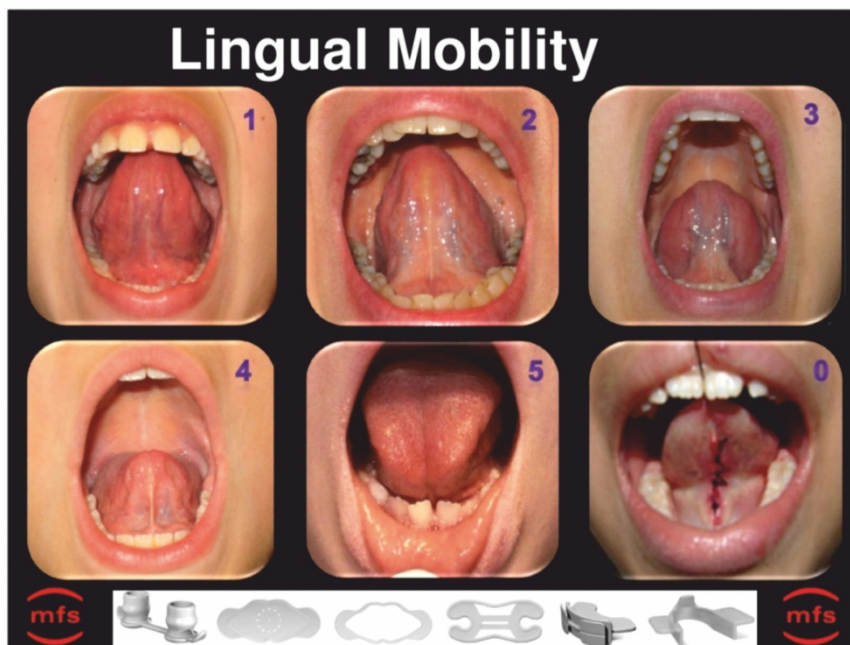
Jak sprawdzić czy język ma prawidłową ruchomość i czy wędzidełko nie jest skrócone?

Należy wykonać badanie diagnostyczne, oceniające nie tylko ruchomość języka, a także ewentualne współtowarzyszące dysfunkcje. Nie wolno zapomnieć, że oddychanie przez nos jest numerem jeden prawidłowego wzrostu i rozwoju twarzoczaszki, wytworzenia warunków podciśnienia we wnętrzu jamy ustnej, sprzyja utrzymaniu języka w prawidłowej pozycji na podniebieniu oraz czynności połykania.

W przypadku noworodków ocena taka powinna zostać dokonana w szpitalu na oddziale noworodkowym zaraz po urodzeniu.

Oceny stanu i funkcji wędzidełka u starszego dziecka najlepiej dokona logopeda, neurologopeda, doradca laktacyjny, lekarz (patrz - końcowa uwaga).

Dla dzieci i osób starszych ocenę prawidłowej ruchomości według prof. Durana dokonujemy przy maksymalnie rozwartej jamie ustnej.



Prawidłowy zakres ruchomości przy takim rozwarciu przedstawia zdjęcie nr 1 i 2



Czy po zabiegu problemy będące wynikiem skróconego wędzidełka znikną?

Zabieg frenulotomii jest jedynie wstępem do procesu osiągnięcia sprawności języka, a długość procesu zależy także od współistniejących dysfunkcji, takich jak np. oddychanie przez usta, atypowe połykanie, zmienione napięcie mięśniowe. Podczas zabiegu mięsień bródkowo-językowy zostaje uwidoczniiony, a rana ma kształt rombu.

Im szybciej jest podjęty zabieg, tym niekorzystne czynniki ograniczające zakres ruchów działają krócej. Im młodsze dziecko, tym tkankowe procesy regeneracyjne są większe, a uzyskanie sprawności może być osiągnięte przy niewielkim wsparciu (patrz procedury według dr Miry Rządskiej).

Czy z decyzją o zabiegu mogę się wstrzymać do czasu, gdy dziecko będzie starsze?

Im szybciej zabieg jest wykonany, tym lepiej dla dziecka. Procedura pozabiegowa w dochodzeniu do sprawności języka u dzieci poddanych zabiegowi frenulotomii w pierwszych dniach życia dokonywana jest przy niewielkim wsparciu ze strony rodziców i terapeuty. Zalecamy postępowanie według dr Miry Rządskiej, która opracowała skuteczną metodę stymulacji wspomagającą obszar ustno-twarzowy.

W odniesieniu do dzieci starszych proces w dochodzeniu do pełnej sprawności języka może wymagać systematycznych ćwiczeń i stymulacji, ponieważ sam zabieg frenulotomii uwalnia język, lecz nie zmienia jego pamięci mięśniowej. Dodatkowo sam zabieg jest pewnego typu urazem, po którym pojawia się blizna z tendencją do zwłókniania się. Jeżeli nie będziemy stymulować procesów gojenia się ukierunkowanym postępowaniem, blizna będzie twarda i sam zabieg nie przyniesie efektów.

Jakie są etapy przygotowania do zabiegu frenulotomii? Jak wygląda procedura zabiegowa?

Zabieg frenulotomii jest stosunkowo prosty i szybki, polega jedynie na przecięciu błony śluzowej i powięzi. Jest to krótki, małoinwazyjny zabieg, który praktycznie nie wiąże się z ryzykiem powikłań i wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Krwawienie po zabiegu jest niewielkie i ustępuje po kilku minutach. Po zabiegu uzyskuje się ranę w kształcie rombu, na którą nakłada się jałowy gazik.

Jeśli zabieg zostanie uzupełniony odpowiednią stymulacją tkankową zarówno przed, jak i po jego wykonaniu, a pacjent będzie aktywnie współpracował, może przynieść bardzo dobre rezultaty. Stymulacja ta nie tylko zapobiega powstawaniu blizn, ale także poprawia sprawność ruchową języka, zwiększa jego siłę, długość oraz objętość mięśni języka. Należy jednak pamiętać, że brak współpracy lub niewystarczające przygotowanie i regeneracja mogą sprawić, że konieczne będzie wykonanie bardziej inwazyjnych procedur, takich jak miofrenuloplastyka czy frenulektomia.

Zarówno miofrenuloplastyka, jak i frenulektomia to znacznie poważniejsze zabiegi, które wykraczają poza proste przecięcie tkanek. Obejmują one również ingerencję w głębsze struktury, takie jak wycięcie przedniej granicy włókien mięśnia bródkowo-językowego. Zabiegi te wiążą się z większym ryzykiem powikłań, w tym przypadkowego uszkodzenia gałązek nerwu językowego lub naczyń krwionośnych. Nerw językowy odgrywa kluczową rolę w precyzyjnych ruchach i konturowaniu przedniej części języka, dlatego jego uszkodzenie może mieć poważne konsekwencje dla funkcji języka.

Warto pamiętać, że po zabiegach takich jak frenulektomia czy miofrenuloplastyka, zakładane są szwy, co wiąże się z dłuższym okresem gojenia i dodatkową opieką pozabiegową.

Jako rodzic należy upewnić się, jaki rodzaj zabiegu proponuje lekarz, oraz zrozumieć jego przebieg i potencjalne konsekwencje. Świadome podejście do różnic między prostą frenulotomią a bardziej inwazyjnymi procedurami, jak miofrenuloplastyka czy frenulektomia, pozwala na podjęcie najlepszej decyzji dla dziecka. Ważne jest także, aby cały proces leczenia wspierały odpowiednie działania stymulacyjne i współpraca pacjenta, co zwiększa szanse na pełną regenerację, poprawę funkcji języka i sukces terapii. Przeciwwskazaniem do zabiegu jest brak współpracy pacjenta i zaburzenia krzepnięcia krwi.



UWOLNIJ WĘDZIDEŁKO JĘZYKA, A NASTĘPNIE ZASTOSUJ PROCEDURY MFS W CELU SKUTECZNEJ POPRAWY RUCHOMOŚCI JĘZYKA



MOŻESZ POLEGAĆ NA
WIEDZY I DOŚWIADCZENIU
TERAPEUTÓW FUNKCJI
ORTODONTYCZNYCH MFS

Jak przebiega gojenie po zabiegu?

Dzięki temu, że głowa i szyja są bogato ukrwione, bardzo rzadko występują powikłania pozabiegowe w postaci obrzęku lub utrudnionego gojenia. Proces gojenia się rany zawsze doprowadza do jej obkurczania. Obkurczanie niekiedy prowadzi do zniekształcania, a nawet do ograniczenia zakresu ruchów - patrz postępowanie pozabiegowe w celu zmniejszenia zwłóknienia.

Czy po zabiegu problemy będące wynikiem skróconego wędzidełka znikną?

Zabieg frenulotomii jest jedynie wstępem do procesu przywrócenia pełnej sprawności języka, a długość procesu zależy także od współistniejących dysfunkcji, takich jak np. oddychanie przez usta, atypowe połykanie.

Jak powinien prawidłowo przebiegać proces przywrócenie pełnej sprawności języka?

Proces przywracania sprawności jest wielokierunkowy i obejmuje:

1. Działanie mające na celu przeciwdziałanie powstaniu blizny, (ściągnięcia, zgrubienia, zeszywnienia) powiększaniu ilości tkanki wyścielającej, zwiększeniu produkcji kolagenu i elastyny odpowiadających za sprężystość tkanki.
2. Stymulację czubka języka w celu uzyskania pozycji szerokiego płaskiego języka na części podniebienia za siekaczami górnymi.
3. Stymulację boczno-grzbietowych powierzchni języka.

Mnogość procedur koniecznych do zastosowania zależy od wielu aspektów i jest tym trudniejsza, im później jest podjęta decyzja o zabiegu.



Jakie są najważniejsze zalecenia pozabiegowe?

Bezpośrednio po zabiegu dzieci najmłodsze należy natychmiast przystawiać do piersi. Dzieci starsze nie powinny jeść do momentu ustąpienia znieczulenia, jednak mogą pić. W przypadku bólu należy podać leki p. / bólowe. Najczęściej jeden raz w dniu zabiegu. Ból w okolicach rany ustępuje z czasem, najczęściej znika po trzech dniach. W pierwszych dniach po zabiegu nie zaleca się jedzenia nadmiernie gorących, kwaśnych i ostrych potraw. Odnośnie konsystencji pokarmów nie ma specjalnych zaleceń, warto jednak wspomnieć o tym, że nie należy zmieniać diety na konsystencję płynną. Twarde i stałe posiłki zmuszają do pracy język w różnych kierunkach.

Konieczna jest odpowiednia higiena jamy ustnej (normalne szczotkowanie zębów jak dotychczas, zaleca się użycie nowej szczoteczki do zębów).

Jak zgodnie z filozofią MFS przebiega szczegółowe postępowanie pozabiegowe?

Filozofia MFS proponuje postępowanie wielokierunkowe dla starszych dzieci i osób dorosłych.

Bezpośrednio po zabiegu ćwiczenia języka, a następnie co kilka godzin:

- Wysuwanie języka z ust i cofanie go,
- Najszersze możliwe otwieranie ust i próby dotykania czubkiem języka ostatnich zębów w szczęcie i w żuchwie,
- Przesunięcie języka z jednej strony jamy ustnej na drugą, bez poruszania żuchwą.

Co 6 godzin przez 4 tygodnie:

- Ucisk skrajnych brzegów rany pozabiegowej po stronie prawej i lewej,
- Nacisku na czubek języka od strony dna jamy ustnej ze skierowaniem czubka języka w kierunku gardła,
- Wsuwanie palca raz po prawej, a raz po lewej stronie między zęby, a boczny brzeg języka z unoszeniem języka,
- Ćwiczenie zasysania języka do podniebienia, następnie (bez odrywania języka od podniebienia) otwieranie i zamykanie jamy ustnej. Należy wykonywać ruchy powolnie, do możliwie maksymalnego rozwarcia, bez odrywania języka od podniebienia. Zaleca się wykonanie 6 powtórzeń.

Po czterech tygodniach:

Stymulację przy użyciu narzędzia wykonuje się od 6 do 12 miesięcy. Ćwiczenie z narzędziem do wędzidełka po zabiegu frenulotomii. Z techniką wykonywania stymulacji zapozna Cię certyfikowany terapeuta. W celu utrwalenia i przypomnienia techniki stymulacyjnej obejrzyj film.

Link do filmu ze strony mfs-poland

http://www.mfs-poland.com/filmy/techniki_uwalniania.wmv

Kolejnym etapem jest nauka świadomego i prawidłowego pozycjonowania czubka języka.

- Ćwiczenia z zastosowaniem papierowych jadalnych kwadracików lub kółeczek i umieszczanie ich na podniebieniu tuż za siekaczami górnymi. Dziecko uczymy umieszczania języka na tym elemencie, a następnie polecamy wykonywanie ćwiczeń otwierania i zamykania jamy ustnej bez odrywania czubka języka od papierka. Ćwiczenie powtarzamy kilka razy, na koniec poleca się złączyć wargi, złączyć łuki zębowe górny i dolny ze sobą i połknąć ślinę bez odrywania czubka języka od papierka.
- Stymulacja boczno-grzbietowych powierzchni języka - zastosowanie kompozytowych guziczków stymulujących język MFS, montowanych w warunkach gabinetu stomatologicznego.

Gdzie zakupię narzędzie?

Narzędzie można zakupić wyłącznie w certyfikowanych gabinetach. Mapę gabinetów znajdziesz na stronie www.mfs-poland.com





Od czego zależy skuteczność w poprawie ruchomości języka i jego zdolności artykulacyjnych?

Skuteczność w poprawie ruchomości i poprawie zdolności artykulacyjnych zależy od:

- poprawności wykonania zabiegu w danej technice,
- stopnia ruchomości uzyskanego w trakcie zabiegu,
- sprawności wyjściowej języka,
- rodzaju technik w dążeniu do poprawy ruchomości,
- przestrzegania zaleceń terapeuty,
- czasu poświęconego na regularne ćwiczenia i współpracy pacjenta,
- nasilenia problemu, wieku pacjenta, współistniejących zaburzeń takich jak oddychanie przez usta, obniżone napięcie mięśni żwaczy, obecności wady zgryzu,
- wzmocnienia siły języka. Dzieci ze skróconym wędzidełkiem najczęściej mają obniżoną siłę języka.

Stymulatory MFS: obturator ust, stymulator ust i stymulator do zgryzu otwartego

Jeżeli chodzi o stymulatory, które stosujemy do poprawy pracy języka, to ich zastosowanie możliwe jest u pacjentów od wieku 4 - 5 lat, posiadających uzębienie. Szczególnie polecane są dla pacjentów z nawykowym oddychaniem przez usta i złym napięciem mięśni ust i otoczenia, a także u pacjentów z tzw. tłoczeniem języka. W celu zakupu stymulatora należy udać się do autoryzowanego certyfikowanego gabinetu leczenia zaburzeń motorycznych jamy ustnej przy użyciu stymulatorów MFS.

Link do mapy znajduje się na stronie

<http://www.mfs-poland.com>

- należy kliknąć w przycisk znajdujący się na dole strony głównej:

MAPA Z LISTĄ CERTYFIKOWANYCH GABINETÓW MFS

Jaki jest mechanizm powstawania wad zgryzu przy nieprawidłowej pozycji języka?

Zdaniem naukowców wiele wad zgryzu powstaje na skutek nieprawidłowej pozycji spoczynkowej języka, która może być spowodowana skróconym wędzidełkiem języka lub osłabionym napięciem mięśni otoczenia szpary ust, skutkującym nawykowym oddychaniem przez usta, a także zmianą pozycji ustawienia głowy. W sytuacji idealnej pozycja spoczynkowa języka wygląda następująco: czubek języka spoczywa przyklejony do podniebienia tuż z brodawką przysieczną, boczno-grzbietowe powierzchnie języka dotykają do podniebienia w jego bocznym regionie, a grzbiet języka spoczywa przyklejony do podniebienia w rejonie sklepienia podniebienia. I o taką pozycję walczymy u dzieci po zabiegu frenulotomii.



Stymulatory systemu	
	 Stymulator nosowy
 Obturator	 Stymulator ust
 Stymulator odciażający	 Stymulator do leczenia zgryzu otwartego



Czym jest technika MRT ?

Technika uwalniania mięśniowo-powięziowego przy użyciu narzędzia, wywodzi się z medycyny sportowej. W obszarze jamy ustnej wykorzystuje się ją celem przygotowania do zabiegu frenulotomii, jako postępowanie pozabiegowe, a także do ćwiczeń rozluźniających mięśnie żwacze.

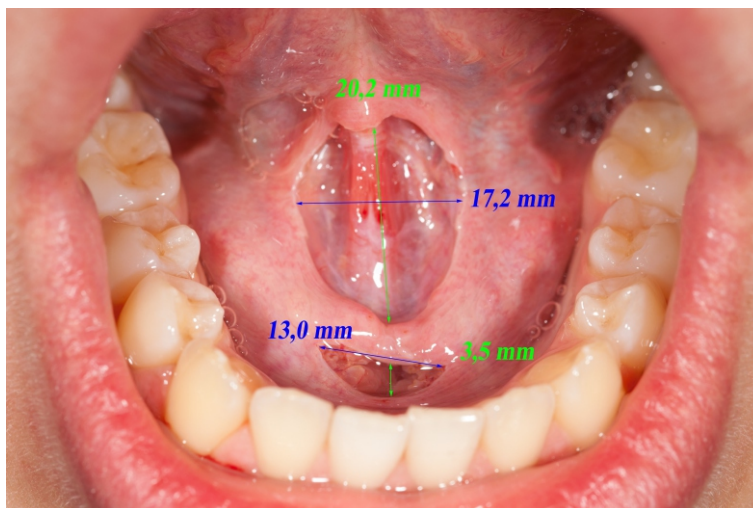
Technika MRT jest zalecana również w przypadku pacjentów, u których oceniono cechy napięcia powięzi dna jamy ustnej na pograniczu oceny kwalifikującej do zabiegu.



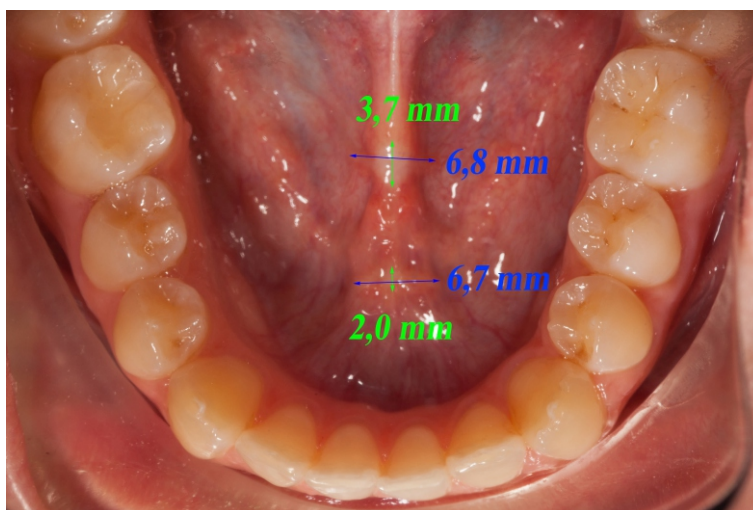
Zdjęcia 8-letniego pacjenta w próbach według Ostapiuk przed (górny rząd) oraz po (dolny rząd) stymulacji dna jamy ustnej i brzusznej części języka z wykorzystaniem narzędzia do techniki uwalniania mięśniowo-powięziowego MRT. Przed stymulacją obserwowano zarówno zmniejszony zakres ruchów języka jak i obecność licznych kompensacji podczas wykonywania prób. Po stymulacji osiągnięto poprawę mobilności, zwiększenie zakresu rozwarcia jamy ustnej, zmniejszenie napięcia i wycofanie kompensacji (pacjent sam komunikował zwiększone rozluźnienie w całym wnętrzu jamy ustnej).

Zdjęcia udostępnione dzięki uprzejmości uczestniczki szkolenia modułowego mgr Natalii Niziołek-Schubert.

Z techniką wykonywania ćwiczeń zapozna Cię certyfikowany Terapeuta Funkcji Ortodontycznych MFS.

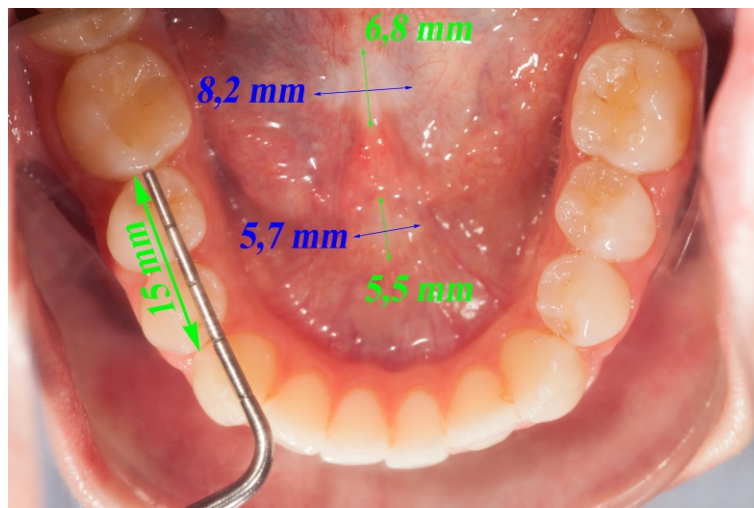


Pacjent nr 1. Zdjęcie wewnątrzustne pacjenta bezpośrednio po zabiegu, przedstawiające wygląd okolicy pozabiegowej. Centralnie na środku większej rany widoczna jest przednia granica skróconych włókien mięśnia bródkowo-językowego.



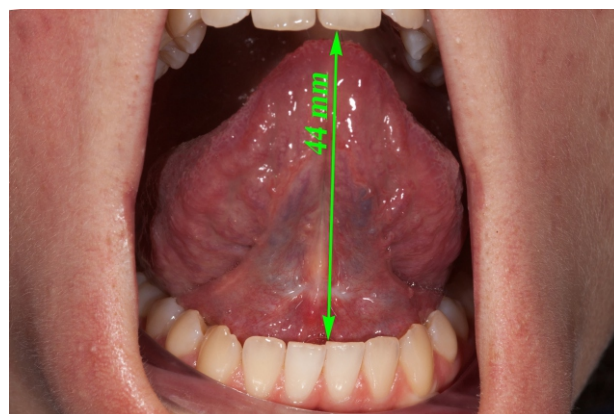
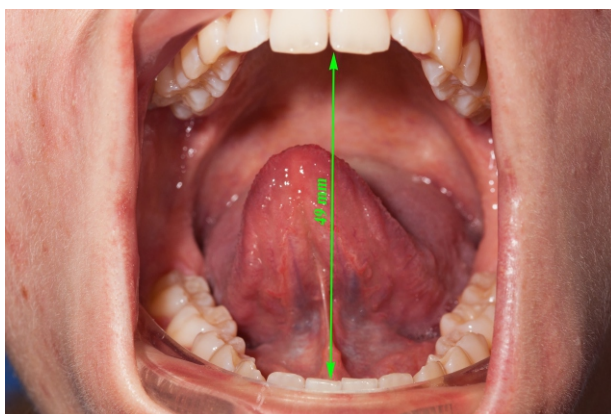
Pacjent nr 1. Zdjęcie wewnątrzustne pacjenta po miesiącu od zabiegu. Blizna twarda, ściągająca przed i za ujściem ślinianki podjęzykowej w miejscu wykonanych cięć w trakcie zabiegu.





Pacjent nr 1. Zdjęcie wewnątrzustne pacjenta po 12 miesiącach od zabiegu i 11 miesiącach od używania narzędzia do uwalniania mięśniowo-powięziowego po zabiegu frenulotomii.

Powiększona powierzchnia tkanki łącznej w miejscu blizn pozabiegowych, brak widoczności napiętych włókien mięśniowych przedniej granicy mięśnia bródkowo-językowego.



Pacjent nr 1.

Zdjęcie wewnątrzustne: zmniejszony zakres unoszenia języka przed zabiegiem oraz 12 miesięcy po zabiegu i 11 miesiącach wykonywania techniki uwalniania mięśniowo-powięziowego z użyciem narzędzia, prawidłowy zakres unoszenia.



Pacjent nr 2.

Poważne skrócenie wędzidełka języka, znacznie ograniczony zakres unoszenia języka.

Pacjent nie współpracujący, nie wykonywał zaleceń terapeutycznych po zabiegu, widoczna i wyczuwalna w badaniu pozostała zgrubiała blizna.

Ruchomość języka uległa nieznacznej poprawie.

Ważne!

Tworzenie kolagenu zależy od tego, czy jest zapewniona prawidłowa podaż wit. C i aminokwasów takich jak: prolina, hydroksyprolina, arginina. W celu wspomagania procesu gojenia tkanek należy uwzględnić podaż tych składników. Przykładowe produkty, źródła proliny: żelatyna, ser parmezan, soja, sezam, makrela, ser twarogowy. Przykładowe produkty, źródła argininy: nasiona dyni, nasiona słonecznika, owoce morza, orzechy, soczewica, szpinak, produkty pełnoziarniste.

Na stronie www.mfs-poland.com znajdziesz:

- Mapę terapeutów na terenie Polski. Możesz polegać na wiedzy i doświadczeniu terapeutów funkcji ortodontycznych MFS,
- Mapę gabinetów na terenie Polski. W celu wykonania właściwej diagnozy udaj się do rekomendowanego gabinetu. Zostanie tam przeprowadzona diagnoza według usystematyzowanej, aktualnej wiedzy w tym zakresie.



Bibliografia

Davidson CJ, Ganion LR, Gehlsen GM, Verhoestra B, RoepkeJE, SevierTL. Rat tendon morphologic and functional changes resulting from soft tissue mobilization. Med Sei Sports Exerc. 1997;29(3):313-319.

Duran von Arx Jose, Estimuloterapia en Ortodoncia. Control Etiopatogenico y de la Recidiva. Editorial Ripano,

Hammer WI. The effect of mechanical load on degenerated soft tissue. JBodyw Mov Ther. 2008; 12:246-256.

Ostapiuk Barbara. Dyslalja ankyloglosyjna

Pluta-Wojciechowska D. Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego; Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń.

Rządka Mira, Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja. Wyd. Impuls, Kraków.

Salazar Rosero D.H., 1 P.L. Carvajal Monroy, 1,2 F.A.D.T.G. Wagener, 1 and J.W. Von den Hoff; Another population of precursor cells J Dent Res. 2020 Feb; 99(2): 125-132.

Sefton Elizabeth M., Kardon Gabrielle, Connecting muscle development, birth defects, and evolution: An essential role for muscle connective tissue. Curr Top Dev Biol. 2019; 132: 137-176.

Sevier TL, Gehlsen GM, Wilson JK, Stover SA, Helfst RH. Traditional physical therapy vs. graston augmented soft tissue mobilization in the treatment of lateral epicondylitis. Med Sei Sports Exerc., 1995;27(5):S52.

Stow R. Instrument-assisted soft tissue mobilization. Int JAthl Ther Train. 2011; 16(3):5-8.

Tzahor et al. 2003; Grenier et al. 2009; McGurk et al. 2017), Cranial neural crest cells (CNCCs) in the embryo head direct muscle development and differentiate into the intramuscular connective tissue.

Ośko M., Duran JvA., Użycie regulatorów funkcji MFS w leczeniu czynnościowym 8-letniej pacjentki z dotylną rotacją wzrostową żuchwy. Ortodoncja w praktyce 2/2022.

Mills N, Keough N, Geddes D i wsp. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. Clin Anat. 2019; 32:824-835.

Mills N, Pransky SM, Geddes DT i wsp. What is a Tongue Tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clinical Anatomy. 2019; 32:749-761.

Duran, Ośko Leczenie Ortodontyczne Według Filozofii MFS. Podejście przyczynowe do problemów wzrostu i rozwoju twarzoczaszki-stymuloterapia. Elamed media Group 2024; 95-140.

Dla najmłodszych od 0 do 3 lat polecamy Projekt Frenulotomia, wsparcie dziecka wsparcie rodzica. Autor dr Mira Rządźka. Znajdziecie go na stronie www.logopeda.zgora.pl

PROJEKT: FRENULOTOMIA

WSPARCIE DZIECKA
WSPARCIE RODZICA

dr n. o zdr. Mira Rządźka



Projekt adresowany do rodziców, u których
dzieci rozpoznano skrócone wędzidełko języka,
neurologopedów, doradców laktacyjnych

Rekomendacja:
prof. J. Duran v. Arx
MFS Poland





Szanowni Rodzice

Najważniejszym aspektem zdrowego i szczęśliwego rozwoju dziecka jest stworzenie zespołu nawyków, które będą go gwarantować. Prozdrowotny program edukacyjny „Rosnę pięknie, rosnę zdrowo” porusza zagadnienia odnoszące się do obszaru jamy ustnej. Powstał z inicjatywy MFS-Poland przy udziale osób: prof. Jose Durana von Arx, drn. zdr. Miry Rządckiej, MFS Ambassador lek. stom. Moniki Ośko. W jego skład wchodzi szereg materiałów o różnym poziomie kompetencji: „Projekt Frenulotomia”, „Stymulacja obszaru jamy ustnej po zabiegu frenulotomii”, bajki terapeutyczne z cyklu „Bajeczki doktoreczki” („Zgryzek i przyjaciele. Mamy nosa do oddychania”, „Uwolnić Frenulo”, „Bajka Gryzajka” - autor Krystyna Raszka oraz zeszyt ćwiczeń „Zgryzek i przyjaciele. Mamy nosa do oddychania” - autor Justyna Koucz).

Tematem tej broszury, będącej ważną częścią składową programu, są zagadnienia dotyczące zabiegu frenulotomii, a szczególnie postępowania terapeutycznego w celu przywrócenia sprawności ruchowej języka. Odpowiada na wiele wątpliwości zainteresowanych tym problemem.

Przygotowała i opracowała w konsultacji z prof. Jose Duranem von Arx w oparciu o aktualną wiedzę i badania medyczne w tym zakresie.

MFS Ambassador - lek.stom. **Monika Ośko**

Master Universitario di Secondo Livello in Ortognatodonzia Clinica Avanzata,
Diplomat and Senior Instructor of International Board of Orthodontics

Podziękowania

dla prof. Jose Durana von Arx, dr Miry Rządckiej za udział w projekcie i pomoc merytoryczną.