

УДК: 616.314-616.716.1/2]-089.23+376.36

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО УСТРАНЕНИЮ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ



**Нигматова И.М., Нигматов Р.Н.,  
Иногамова Ф.К.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,  
школа №18 г. Ташкента*

Вопрос о влиянии аномалий и деформаций зубочелюстной системы на речевую функцию затрагивается в работах отечественных и зарубежных специалистов. Неправильное строение артикуляционного аппарата является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. По мнению Г.П. Сошникова, А.В. Крицкого (1988), аномалии и деформации зубочелюстной системы препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их ло-

гопедическую коррекцию. Ограничение подвижности языка в результате аномалии его уздечки способствует нарушению артикуляции.

### Цель исследования

Разработка и апробация методики дифференцированной ортодонтической и логопедической помощи по устранению произносительных расстройств у детей с аномалиями зубочелюстной системы, проводимой на фоне ортодонтического лечения.

### Материал и методы

Исследование проводилось в течение 3-х лет (2016-2018 гг.) в школе №18 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Стоматологическому обследованию были подвергнуты 505 детей в возрасте от 6 до 14 лет, из них 232 мальчика и 273 девочки. Из числа обследованных отобраны 148 детей (основная группа), в том числе 86 (58,11%) мальчиков и 62 (41,89%) девочек, которым был проведен комплекс диагностических, лечебных и логопедических мероприятий.

Результаты обследования были объединены в зависимости от возраста обследованных, характеризующего период формирования прикуса. Пациенты основной группы были на 2 подгруппы: 1-я – ранний сменный прикус (6-9 лет) – 90 (60,81%) детей, из них 51 мальчик и 39 девочек; 2-я подгруппа – поздний сменный прикус (10-14 лет) – 58 (39,19%) детей, в том числе 35 мальчиков и 23 девочки. Контрольную группу составили 69 детей, из 28 (40,6%) мальчиков и 41 (59,4%) девочка, в возрасте от 6 до 14 лет с физиологической окклюзией и отсутствием аномалий и деформации зубочелюстной системы (ЗЧС), отобранных во время профилактического осмотра (табл. 1).

Всем детям проводили клинические, гигиенические, антропометрические, фотометрические, рентгенологические, функциональные и логопедические исследования.

При осмотре ротовой полости ребенка внимание обращали на такие следующие показатели:

Таблица 1. Распределение детей в зависимости от возрастной группы и пола, абс. (%)

Подгруппа	Контрольная группа (нейтральный прикус)			Основная группа (нарушение функции ЗЧС)			Всего
	м	д	итого	м	д	итого	
1-я (ранний сменный прикус)	12 (17,4)	14 (20,3)	26 (37,7)	51 (34,5)	39 (26,4)	90 (60,8)	116 (53,5)
2-я (поздний сменный прикус)	16 (23,2)	27 (39,1)	43 (62,3)	35 (23,6)	23 (15,5)	58 (39,2)	101 (46,5)
Всего	28 (40,6)	41 (59,4)	69 (100)	86 (58,1)	62 (41,9)	148 (100)	217 (100)

*Примечание. м – мальчики, д – девочки.*

- состояние слизистой оболочки рта, которое может нарушаться наличием у ребенка вредной привычки прикусывания;

- преддверие ротовой полости – достаточной глубины, среднее или мелкое;

- уздечка верхней губы – размер нормальный или аномальный, оценивается место его прикрепления. При диастеме в случае легкой растяжимости уздечки операция осуществляется до того, пока не прорезались постоянные зубы.

- состояние уздечки нижней губы – если она крепится к десневому сосочку, проводят рассечение;

- оценка прорезывания зубов – нормальное, запоздалое или преждевременное, непарное или парное, последовательность;

- прикус – положение нижних и верхних зубов при смыкании относительно друг друга. Основные признаки того, что прикус у ребенка сформирован правильно:

Очень часто патология речи возникает в результате повреждений речевых органов, именно их характер позволяет определить содержание дальнейшей работы. Необходимо обратить внимание ортодонтонтов и логопедов на одинаковые моменты в их работе и заинтересовать в необходимости тесного сотрудничества для того, чтобы своевременно обнаружить нарушения строения артикуляционного аппарата, требующие специальной медицинской коррекции, и оказать пациентам профессиональную помощь.

Человеческий речевой аппарат условно разделяют центральный и периферический отделы (рис. 1).

Кроме того, центральный отдел подразделяют на двигательную и воспринимающую части. Периферический отдел речедвигательного анализатора – это органы голосообразования, артикуляции и дыхания.

Результаты проведенных нами клинических и дополнительных исследований показали, что из числа обследованных 505 детей аномалии прикуса имелись у 323 (63,9%). Чаще диагностировались прогнатический прикус, который обнаружен у 99 (19,6%) детей, из них 53 (10,5%) 1-й и 46 (9,1%) – 2-й группы. Глубокий прикус обнаружен у 51 (10,1%) обследованного, в том числе у 24 (4,8%) 1-й и у 27 (5,3%) – 2-й группы. Прогенический прикус имел место у 41 (8,1%) ребенка, из них 24 (4,8%) 1-й и 17 (3,4%) – 2-й группы.

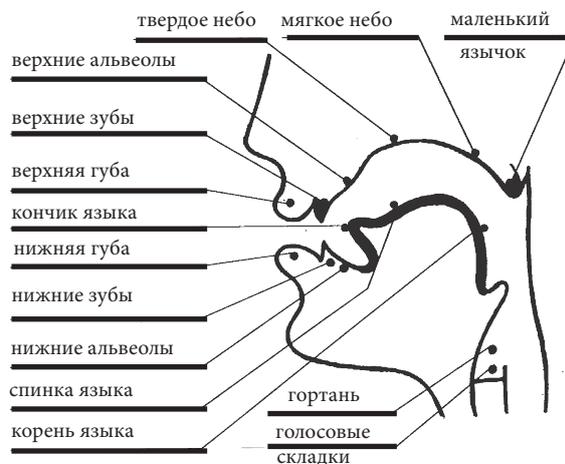


Рис. 1. Схематическое изображение речевого аппарата человека.

На основании проведенных исследований выявлено 148 (29,3%) функциональных нарушений, в том числе нарушение носового дыхания – у 48 (9,5%), инфантильное глотание – у 36 (7,1%), нарушение речи – у 64 (12,7%) (табл. 2).

Анализ результатов обследования показывает, что распространенность аномалий и деформаций у детей в периоде сменного прикуса очень высока и составляет, по нашим данным, 63,9%. Но, несмотря на высокий процент распространенности аномалий и деформаций зубов, зубных рядов и прикуса, оказание стоматологической помощи, в том числе ортодонтической и логопедической, этим детям не высока и составляет всего 6,93%, а логопедическое лечение проводится еще реже.

Все обследованные дети в зависимости от состояния твердых и мягких тканей полости рта и наличия дефекта речи, от степени нарушения носового дыхания были направлены на консультацию и лечение к соответствующим специалистам (табл. 3).

Таким образом, под нашим наблюдением находились 148 (из них 90 мальчиков и 58 девочек) детей в возрасте 6-14 лет, имевших различную речевую патологию.

В процессе исследования было установлено, что эффективность ортодонтической работы повышается при проведении ее совместно и одновременно с лого-

Таблица 2. Распространенность функциональных нарушений среди детей 6-14 лет

Вредные привычки	1-я группа (6-9 лет)		2-я группа (10-14 лет)		Всего, абс. (%)
	всего	м/д	всего	м/д	
Ротовое дыхание	25	14/11	23	18/5	48/9,5
Инфантильное глотание	22	13/9	14	8/6	36/7,1
Нарушение речи	43	24/19	21	9/12	64/12,7
Всего	90	51/39	58	35/23	148/29,3

Примечание. м – мальчики, д – девочки.

Таблица 3. Число детей, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи, абс. (%)

Направление к специалисту	1-я группа (6-9 лет)	2-я группа (9-14 лет)	Всего
К терапевту-стоматологу	91 (18,1)	103 (20,4)	194 (38,4)
К хирургу-стоматологу	112 (22,2)	74 (14,7)	186 (36,8)
К логопеду при нарушении речи	43 (8,5)	21 (4,2)	64 (12,7)
К ЛОР-врачу	66 (13,1)	78 (15,4)	144 (28,5)

педическим лечением. Это обусловлено тем, что при ортодонтическом воздействии формируются новые артикуляторные условия, обеспечивающие новые кинетические и кинестетические ощущения. Такие изменения способствуют более быстрому преодолению патологических артикуляторных автоматизмов и формированию нормальных произносительных механизмов в ходе логопедической работы, что, в свою очередь, позволяет нормализовать произносительную сторону речи.

В связи с нарастающей потребностью в ортодонтической и логопедической помощи детскому населению, а также изыскания возможности снижения затрат на ортодонтическое лечение, R. Hinz в 2006 г. рекомендовал практикующим врачам использовать «профилактическую лестницу»: первая ступень: использование соски-пустышки Dentistar (от рождения до 2-х лет); вторая ступень: использование вестибулярной пластинки Stoppi для отвыкания от соски-пустышки (от 2-х до 4-х лет); третья ступень: использование стандартной вестибулярной пластинки MUPPY (от 4-х до 8 лет); четвертая ступень: профилактика при помощи преортодонтических трейнеров (от 6 лет и старше) (рис. 2).



Рис. 2. Стандартные вестибулярные пластинки MUPPY.

Для коррекции аномалии прикуса нами использованы специальные трейнеры и вестибулярные пластинки – силиконовые мягкие позиционеры, с помощью которых корректировали положение языка, что способствовало нормализации баланса внутриоральных и приоральных мышц. Логопед, работая с ребенком, рекомендовал пользоваться вестибулярными пластинками специальных модификаций: с целью правильного позиционирования языка – с проволочной заслонкой, чтобы провести разминку языка перед тем, как выполнять специализированные упражнения – с бусинкой. Такие пластинки помогали логопеду быстро и эффективно поставить сложные звуки.

Трейнеры и вестибулярные пластинки являются стандартными аппаратами, не требующими снятия слепков, индивидуального изготовления. Они позволяют просто и безболезненно на ранней стадии устранить нарушение прикуса. В результате использования таких аппаратов можно не только провести коррекцию прикуса, нормализовать положение языка и его функции, но и нормализовать также тип глотания и дыхания, улучшить осанку и общее развитие организма малыша. При этом, уже корректируя прикус, логопед может использовать специальные артикуляционные упражнения, которые также позволяют ускорить ортодонтическое лечение.

### Выводы

1. Логопед должен владеть знаниями об аномалиях зубочелюстной системы в зависимости от возраста ребенка; он поможет обнаружить дефекты его строения, а это позволит предположить наличие механической дислалии. Чтобы предотвратить ошибки, важно учитывать степень зависимости правильной звуковой артикуляции от конкретно обнаруженной аномалии строения артикуляционного аппарата.

2. Детей с аномалиями зубочелюстной системы можно разделить в группу детей, у которых аномалии органов артикуляции обуславливают нарушения произношения, и группу детей, у которых аномалии артикуляционных органов отягощают произносительные расстройства.

3. Произносительные расстройства, обусловленные аномалиями органов артикуляции, более резистентны к методам логопедического воздействия и требуют дифференцированного ортодонтического подхода лечения.

4. В первом периоде смешанного прикуса завершается развитие речи. На нее оказывает значительное влияние положение передних зубов. Нарушение дикции приводит к возникновению специфического стресса и определенных стереотипных мышечных сокращений. К концу данного периода практически окончательно формируется дикция ребенка.

**Литература**

1. Брагин Е.А., Вакушина Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов // Ставрополь, 2006. – С. 60-83.
2. Бушан М.Г. Справочник по ортодонтии. – Кишинёв: Картия Молдавенияскэ, 1990. – 485 с.
3. Волосовец Т.В., Соболева Е.А. Нарушение речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Рос. стоматол. журн. – 2001. – №4. – С. 34-36.
4. Григоренко Н.Ю., Синяева М.Л. Логопедический и медицинский аспекты органической дислалии и способы ее коррекции // Дефектология. – 2000. – № 4. – С. 22-23.
5. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Пособие по ортодонтии. – М., 2000. – С. 137-141.
6. Соснина Г.П., Крицкий А.В. Механизм нарушения речи больных с врожденными расщелинами неба и способы их устранения // Вопр. клин. стоматол. – 1988. – №1. – С. 53-55.

**Цель:** разработка и апробация методики дифференцированной ортодонтической и логопедической помощи по устранению произносительных расстройств у детей с аномалиями зубочелюстной системы, проводимой на фоне ортодонтического лечения. **Материал и методы:** исследование проводилось в течение 3-х лет (2016-2018 гг.) в школе №18 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Стоматологическому обследованию были подвергнуты 505 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Из числа обследованных отобраны 148 детей (основная группа), в том числе 86 (58,11%) мальчиков и 62 (41,89%) девочек, которым был проведен комплекс диагностических, лечебных и логопедических мероприятий. **Результаты:** было установлено, что эффективность ортодонтической работы повышается при проведении ее совместно и одновременно с логопедическим лечением. При ортодонтическом воздействии формируются новые артикуляторные условия, обеспечивающие новые кинетические и кинестетические ощущения, что способствуют более быстрому преодолению патологических артикуляторных автоматизмов и формированию нормальных произносительных механизмов в ходе логопедической работы, что, в свою очередь, позволяет нормализовать произносительную сторону речи. **Выводы:** произносительные расстройства, обусловленные аномалиями органов артикуляции, более резистентны к методам логопедического воздействия. При этом следует помнить, что дикция ребенка окончательно формируется к концу периода сменного прикуса.

**Ключевые слова:** дети, зубочелюстные аномалии, период сменного прикуса, произносительные расстройства, ортодонтическая и логопедическая помощь.

УДК: 616.98-022.6:617.52

## ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



**Храмова Н.В., Атаков С.С., Тураханов С.В.**

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Ташкентская медицинская академия

По данным отчета Объединённой программы организации объединённых наций по ВИЧ/СПИД, в 2016 году на планете проживали 36,7 млн человек, инфицированных ВИЧ; из них 1,8 млн заразились ВИЧ; 1 млн человек умерли от СПИДа (рис. 1, 2) [1,4]. Известно, что с начала самой эпидемии 35 млн человек умерли от сопутствующих СПИДу болезней [3]. На сегодняшний день 50% ВИЧ-пациентов – женщины; 2,3 млн инфицированных – дети; 55% – ВИЧ-пациенты в возрасте до 25 лет (до 80%, из них проживают в Восточной Европе) [5,6].

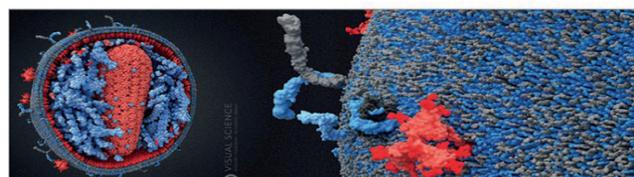
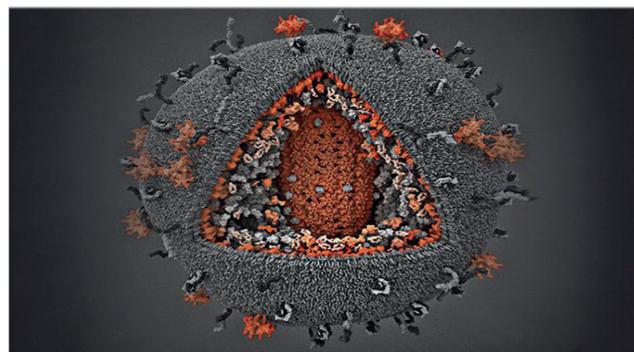


Рис. 1. 3D-модель вируса иммунодефицита человека.