

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВА ХІРУРГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК616.31-989.28

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МОВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

О. В. Петриченко

Українська військово-медична академія

Резюме. *Аномалії щелепно-лицьової ділянки нерідко ускладнюють не тільки функції жування, ковтання, дихання, а й безпосередньо впливають на процес артикуляції звуків. Тому комплексний підхід до лікування ортодонтичних пацієнтів з порушеннями звуковимови полягає, в першу чергу, у вчасній діагностиці та корекції етіологічних факторів даної патології.*

Мета. *Визначити особливості будови артикуляційного апарату у дітей з механічною дислалією.*

Матеріали і методи. *Комплексне обстеження 102 пацієнтів, у яких зубощелепні аномалії ускладнювались порушеннями мовлення із застосуванням клінічних та клініко-педагогічних методів дослідження.*

Результати. *Необхідно враховувати ступінь залежності правильної артикуляції звуку від конкретної аномалії в будові артикуляційного апарату. Так, при механічній дислалії нерідко доводиться попередньо коригувати у дитини зубощелепні аномалії для подальшої правильної постановки звуків. Водночас, порушення мовлення, її артикуляційної сторони, можна розглядати як один з важливих причинних факторів патології зубощелепної системи.*

Висновки. *Логопедичні порушення є як етіологічним так і фактором, який ускладнює, а також призводить до рецидивів зубощелепних аномалій. Тому необхідним є своєчасне виявлення та адекватна корекція ортодонтичних і умовних порушень у період тимчасового та змінного прикусів.*

Ключові слова: *механічна дислалія, порушення звуковимови, зубощелепні аномалії, патологія прикусу.*

Вступ. *Однією із найпоширеніших причин неправильної звуковимови є неправильна будова артикуляційного апарату. Водночас, порушення звуковимови та неправильна артикуляція, інфантильний тип ковтання, порушення тону жувальних та м'язів спричиняють аномалії та деформації зубощелепної системи. У дітей із аномаліями прикусу логопедичні порушення негативно впливають на ріст і формування зубощелепного апарату [1, 2, 3, 4].*

Мета. *Вивчення особливостей будови щелепно-лицьової ділянки у пацієнтів 3-8 років з ортодонтичною патологією, ускладненою мовними порушеннями.*

Матеріали і методи дослідження. *Нами було обстежено 102 пацієнтів віком від 3 до 8 років у яких зубощелепні аномалії ускладнювались механічною*

(органічною) дислалією за допомогою загальноприйнятих клінічних та клініко-педагогічних методів обстеження ортодонтичних пацієнтів. В залежності від виду прикусу усі пацієнти були розділені на дві групи дослідження. В I групі увійшли пацієнти віком від 3 до 5 років з тимчасовим прикусом (39 дітей), до II групи було віднесено 63 особи віком від 6 до 8 років зі змінним прикусом.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 102 обстежених пацієнтів нами було виявлено дистальний прикус у 36 (35,3%) дітей, мезіальний прикус у 21 (20,6%) дитини, відкритий прикус у 13 (12,7%) пацієнтів, перехресний прикус у 8 (7,8%) та глибокий прикус - у 6 (5,9%) дітей, поєднана патологія прикусу була діагностована у 18 (17,6%) пацієнтів обстежуваних груп.

Окрім аномалій прикусу нами також була діагностована патологія будови та функції м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, а саме: порушення тонусу кругового м'язу (у 63 пацієнтів), порушення тонусу язика (у 29 дітей), патологія прикріплення вуздечки язика (у 23 дітей), патологія прикріплення вуздечок губ (у 19 обстежених).

У всіх обстежуваних пацієнтів було виявлено поєднання патології прикусу та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Таким чином, зменшувався об'єм ротової порожнини та порушувались функції не тільки мовлення, а й ковтання, дихання та жування.

У 92,3% пацієнтів I і 95,2% II вікової групи у яких було діагностовано мезіальний прикус ми виявляли порушення вимови свистячих та шиплячих звуків (сигматизм), серед пацієнтів з дистальним прикусом дане відхилення у звуковимові ми спостерігали у 82,6% в I групі та у 86,2% в II групі. Язик при цьому знаходився на дні ротової порожнини та прокладався між зубами. При дистальній оклюзії ускладненій відкритим прикусом у 61,5% пацієнтів I та у 46,0% II групи було виявлено відхилення у вимові звука [Л, Л'] (ламбдацизм), частіше це характеризувалось його міжзубною вимовою, а також у 23,1% пацієнтів I та 26,6% пацієнтів II вікової групи відмічалось порушення вимови та передньоязикових звуків [Т], [Д], [Н]. При поєднанні дистального прикусу з патологією вуздечки язика та «готичним» піднебінням ми спостерігали заміну звука [Л] на [В].

Діагностику ротацизму (порушення вимови звука [Р, Р']) ми проводили тільки у пацієнтів II групи у зв'язку з тим, що порушення вимови даного звуку допустиме у віковій категорії I досліджуваної групи.

В II віковій групі у 22,8% пацієнтів з мезіальним та у 53,2% з дистальним прикусом ми спостерігали фрикативну вимову [Р, Р'], заміну її на звуки [Г, Г'] (рис.1).

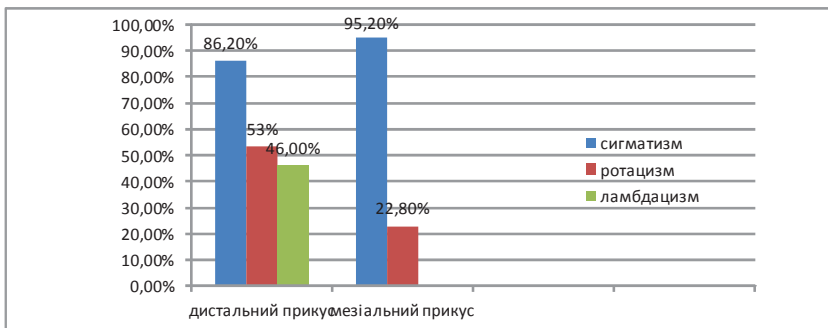


Рис. 1. Характерні порушення звуковимови при аномаліях прикусу у пацієнтів II вікової групи

При порушеннях звуковимови у пацієнтів з мезіальним прикусом участь в артикуляції приймали кінчик та спинка язика, а при дистальному прикусі участь в артикуляції брали задня частина спинки язика та м'яке піднебіння, при цьому кінчик язика залишався пасивним.

Висновки

Логопедичні порушення є як етіологічним так і фактором, який ускладнює а також призводить до рецидивів зубощелепних аномалій. Тому необхідним є своєчасне виявлення та адекватна корекція ортодонтичних і мовних порушень у період тимчасового та змінного прикусів.

Література

1. Головкин Н. В. Профілактика зубощелепних аномалій. – Вінниця, 2008. – 172-178с.
2. Смаглюк Л.В. Нарушения функций челюстно- лицевой области как ведущий этиологический фактор формирования зубочелюстных аномалий в первый период сменного прикуса / Л.В. Смаглюк, М.В. Трофименко // Ортодонтия. – 2007. – № 3 (39). – С. 79.
3. Куроедова В.Д. Логопедия в ортодонтии /В.Д. Куроедова, В.А. Сирик. – Полтава: Верстка, 2005. – 124 с.
4. Cheng C.F., Peng C.L. Dentofacial morphology and tongue function during swallowing. // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2012. – Vol. 122(5). – P. 491-499.

Резюме. Аномалии челюстно-лицевой области часто затрудняют не только функции жевания, глотания, дыхания, но и непосредственно влияют на процесс артикуляции звуков. Поэтому комплексный подход к лечению ортодонтических пациентов с нарушениями звукопроизношения заключается, в первую очередь, в своевременной диагностике и коррекции этиологических факторов данной патологии.

Цель. Определить особенности строения артикуляционного аппарата у детей с механической дислалией.

Материалы и методы. Комплексное обследование 102 пациентов, у которых зубочелюстные аномалии усложнялись нарушениями речи с применением общепринятых клинических и клинико-педагогических методов исследования.

Результаты. Необходимо учитывать степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретной аномалии в строении артикуляционного аппарата. Так, при механической дислалии часто приходится предварительно корректировать у ребенка зубочелюстные аномалии для дальнейшей правильной постановки звуков. В то же время, нарушение речи, ее артикуляционной стороны, можно рассматривать как один из важных причинных факторов патологии зубочелюстной системы.

Выводы. Логопедические нарушения являются как этиологическим так и фактором, осложняющим а также приводящим к рецидивам зубочелюстных аномалий. Поэтому является необходимым своевременное выявление и адекватная коррекция ортодонтических и речевых нарушений в период временного и смешанного прикуса.

Ключевые слова: механическая дислалия, нарушения звукопроизношения, зубочелюстные аномалии, патология прикуса.

Summary. *The anomalies of the maxillofacial area are often the reason for difficulties in chewing, swallowing, breathing. These anomalies also directly affect the process of articulation of sounds. Therefore, a integrated approach to the treatment of orthodontic patients with speech disorders is, first of all, early diagnosis and correction of the etiological factors of the disease.*

Goal. Determine the peculiarities of the articulation system of children with mechanical dyslalia.

Materials and methods. Combined checkup of 102 patients with malocclusion complicated by speech disorders using standard clinical methods.

Results. It is necessary to take into account the degree of dependence of the correct articulation of sounds on specific abnormalities in the structure of the articulation system. Thus, when dealing with mechanical dyslalia it is often necessary to adjust child's tooth-jaw anomalies before correcting speech disorders. At the same time, speech disorder and articulation in particular, can be considered to be one of the major factors of dental system pathology.

Conclusions. Logopedic abnormalities are etiologic and complicating factor which leads to relapse of the malocclusion. Therefore, timely detection and adequate correction of orthodontic and speech disorders during temporary and mixed dentition is necessary.

Keywords: mechanical dyslalia, speech disorders, malocclusion, bite pathology.