**Частота и особенности нарушений звукопроизношения у детей с дефектами и деформациями зубочелюстной системы.**

Неправильное строение артикуляционного аппарата является одной из распространенных причин недостатков звукопроизношения (Григоренко Н.Ю., 2005; Hogan M, 2005). Аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их логопедическую коррекцию (Соснин Г.П., 1984). В тоже время нарушения звукопроизношения или неправильная артикуляция, инфантильный тип глотания, нарушения тонуса жевательной и мимической мускулатуры являются этиологическими факторами развития аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Мышечные дистонии, приводящие к недостаточности функции мышц, нередко являются причиной, обуславливающей как нарушения осанки, так и патологии челюстно-лицевой области (Брагин Е.А., 2003; De-Swart B.J., 2004; Siogreen L., 2007). (Т.е это процессы взаимосвязанные)

Актуальность проблемы очевидна, и обусловлена необходимость диагностического исследования структуры произносительного нарушения как основы разработки методов артикуляционной миогимнастики при ортодонтическом лечении аномалий и деформаций окклюзии у детей с нарушением звукопроизношения.

Недостатки фонетического строя, обусловленные аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области, определяющиеся как механическая дислалия, освещены в работах Хватцева М.Е. (1996), Григоренко Н.Ю., 2005. При этом проблема влияния аномалий и деформаций челюстно-лицевой области на произношение при речедвигательных расстройствах не достаточно освещена.

Давайте рассмотрим результаты научного исследования, которое проводилось в Ставропольской государственной медицинской академии. Основные показатели обследований, проводимых в ГУЗ «СГПНД» практически совпадают с данными результатами . Поэтому считаем, что наши практические наблюдения подтверждают закономерность и соотношение взаимосвязей.

Методом непреднамеренного отбора обследованы 542 младших школьника . Обследование включало в себя выявление характера деформации зубочелюстной системы и детализирование дефектов звукопроизношения. По результатам обследования ,зубочелюстные аномалии и деформации обнаружены у 331 ребёнка(61%),дефекты звукопроизношения - у 269(49,6%). У 211 детей не отмечено никаких нарушений.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Патология | Деформация зубочелюстной системы | Речевые нарушения | | |
|  | абс | абс | % | нарушение |
| Аномалия положения 1 зуба  Аномалии положения неск.зубов  Дистальный прикус (прогнотия)  Мезиальный прикус (прогения)  Глубокий прикус  Открытый прикус  Перекрёстный прикус  Укороченная уздечка языка  Укороченная уздечка верхней губы  Укороченная уздечка нижн.губы  Расщелины  итого | 29  169  19  15  33  29  7  11  12  3  4  331 | 9  137  15  13  31  29  6  11  11  3  4  269 | 31  81  78  86  93  100  87  100  93  100  100  82 | Сигматизим шипящих  Сигматизм шипящих,свистящих  Межзубный сигматизм  Боковой сигматизм  Нижнее произн шип ,ротоцизм  Губно-зубные  Гласные теряют лабилизацию  Полиморфные нарушения |

Интересным является так же исследования,проводимые на кафедре стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета (зав. кафедрой, проф. С.В. Дмитриенко).

Аномалии окклюзии в различных направлениях встречались примерно с одинаковой частотой в исследуемых группах. Обращает на себя внимание большое количество детей с ретроположением нижней челюсти (дистальная окклюзия-**прогнотия**) и с «открытым прикусом» (вертикальной резцовой дизокклюзией и дизокклюзией в боковых отделах -**передний открытый и боковой открытый).**

Следует отметить, что у детей с нарушениями звукопроизношения кроме аномалий окклюзии встречалась патология мягких тканей челюстно-лицевой области. У 10 детей основной группы отмечалось несоответствие размеров языка объему ротовой полости: утолщенный, массивный язык (макроглоссия) был у 7 детей (9,6%); небольшой, уплощенный, тонкий язык – у 3 детей (4,1%). Укорочение уздечки языка диагностировалось у 33 детей основной группы (45,2%) и у 15 детей группы сравнения (38,5%).

Следует отметить, что сочетанная патология окклюзионных взаимоотношений и мягких тканей челюстно-лицевой области встречалась у 47,9% детей контрольной группы , причем у детей с механической дислалией , сочетанная патология была практически у всех детей. Качественный анализ электромиограмм детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области с нарушением звукопроизношения показал нарушение синхронной и координированной работы мышц, нарушение чередования динамических циклов. Результаты миотонометрического исследования показали, что в момент физиологического покоя практически у всех детей исследуемых групп давление языка превалирует над давлением губ на нижней челюсти в 3 раза на верхней челюсти в 2,5 раза. Такое несоответствие, с нашей точки зрения, обусловлено наличием аномалий челюстно-лицевой области, нарушением тонуса мимической мускулатуры (гипертонус мышц языка и гипотония круговой мышцы рта).

При мезиальной окклюзии (прогении)у детей определялись недостатки произношения свистящих звуков. Они выражались в шипящем сигматизме, механизм которого заключался в следующем: при артикуляции свистящих звуков обратное перекрытие нижними фронтальными зубами верхних обуславливало оттягивание кончика языка от нижних резцов вглубь полости рта, вследствие чего при произношении свистящих звуков отмечался шипящий призвук. На наш взгляд, основной причиной данного нарушения являлась патология прикуса. Для детей с мезиальной окклюзией были характерны различные виды ротацизма. В двух случаях при мезиальном прикусе и короткой уздечке языка наблюдались переднеязычное фрикативное произношение [Р,Р’]. Возможно, что к такому нарушению артикуляции могли предрасполагать несколько факторов. Во-первых, спастичность спинки и корня языка, отмечавшаяся при дизартрическом расстройстве. Во-вторых, наличие обратного перекрытия нижними фронтальными зубами верхних, что обуславливало оттягивание кончика языка от нижних резцов в глубь полости рта при произнесении свистящих звуков. В-третьих, ограничение подвижности кончика языка из-за короткой уздечки. Совокупность же всех трех факторов значительно усложняла процесс артикулирования.

При различных вариантах вертикальной резцовой дизокклюзии –открытого прикуса,определялось межзубное произношение различных групп звуков (свистящих, шипящих, смычно проходных [Л,Л’], переднеязычных [Т,Т’,Д,Д’], [Н,Н’]) и в большинстве случаев было обусловлено отсутствием смыкания верхних и нижних.

Боковая вертикальная дизокклюзия, сочетавшаяся с патологией уздечки языка, как правило способствовала увулярному и заднеязычному фрикативному произношению звуков [Р,Р’], наблюдался «щечный» сигматизм звуков [Ш,Ж] и нижняя артикуляция шипящих при нормальном акустическом эффекте.

При дистальной окклюзии отмечалась замена [Р,Р’] на фрикативные звуки [Г,Г’].

Данные исследования ещё раз доказали,что нарушение звукопроизношения обусловлены,в большинстве случаев деформацией зубочелюстной системы.Частота и степень нарушений меняются в зависимости от характера и тяжести деформации зубочелюстной системы. Результаты проведенного исследования свидетельствовали о необходимости проведения с детьми рассматриваемой категории дифференцированного ортодонтического лечения, направленного не только на нормализацию окклюзионных нарушений, но и на нормализацию функции артикуляционной мускулатуры совместно с логопедической работой по преодолению произносительных нарушений.

Литература:

1.Структура и механизм произносительных расстройств у детей с аномалиями строения зубо-челюстной системы. // Стоматология детского возраста и профилактика. № 3, 2007. С. 57-64.

2.Частота и особенности нарушений звукопроизношения у детей с дефектами и деформациями зубочелюстной системы.// Водолацкий В.М. Ставропольская ГМА