

Выявление и устранение нарушений артикуляционного аппарата и прикуса



Татьяна Цукор,
логопед Семейного стоматологического центра
«Диал-Дент»,
учитель-логопед высшей квалификационной
категории,
автор и ведущая развивающей программы
Школа юного стоматолога «Диал-Дент»,
г. Москва

Начну свою статью с вопроса. Уважаемые ортодонты, как часто в своей практике вы встречали людей с нарушением прикуса? Ответ очевиден: всегда — к нам за этим и приходят.

Тогда ответьте на другой вопрос: почему у человека во рту сложилась столь неблагоприятная ортодонтическая ситуация?

Предвижу множество вариантов ответов, начиная от наследственного фактора и заканчивая неправильным положением языка. Но при любой патологии прикуса всегда есть дисфункция!

При любой патологии прикуса ищи дисфункцию!

Дисфункция артикуляционного аппарата: языка, губ, щек, мягкого нёба, в работе нижней челюсти. Дисфункция может формировать прикус, а если нарушение прикуса уже произошло в результате наследственных факторов или травмы, она возникает в процессе роста. Обычно ортодонты исправляют прикус, зафиксировав брекететы пациентам после 12–15 лет или поставив элайнеры, «пластины», своим маленьким пациентам.

Далее, через 1 год, 2, 3, 5... — у всех по-разному, поскольку компенсаторные возможности организма исключить невозможно, — зубы начинают менять свое положение. Даже если вы установили несъемные ретейнеры, зубы все равно будут двигаться.

Почему это происходит? Потому что, работая над эстетикой, вы не устранили дисфункцию. И только отладив механизм правильной артикуляции, глотания, жевания и дыхания, мы можем говорить об отличных результатах ортодонтического лечения.

В подтверждение вышесказанного приведу цитату из известной книги Рудольфа Славичека «Жевательный орган» (2008 г.): «Положение и наклон передних зубов зависят от непосредственного взаимодействия мимических мышц, окружающих ротовую щель, и языка...». Эта цитата красноречиво указывает на взаимосвязь работы мышц артикуляционного аппарата и стройности зубных рядов. Но необходимо кое-что пояснить с точки зрения логопедии.

Во-первых, почему акцент сделан на передних зубах? Причина простая. Язык при своем обычном функционале (речь, глотание, участие в жевании) совершает движения в передне-заднем направлении, и весь удар

приходится на фронтальный отдел зубного ряда. Отсюда — изменение наклона зубов и нарушение прикуса.

Хотя бывают ситуации, когда язык занимает привычное боковое положение, отклоняясь в правую или в левую сторону, и, уютно свернувшись калачиком, поддавливает одну из боковых сторон зубного ряда. Такое положение языка часто вызывается поражением речевого аппарата, имеющим органическую природу: при дизартрии, детском церебральном параличе, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, парезах и односторонних параличах языка.

Но природа нарушений может быть и механической: влияние вредных привычек (подсасывает щеки или язык, грызет ногти или письменные предметы), при этом язык будет постоянно поворачиваться в сторону.

Иначе говоря, если привычка носит продолжительный характер, язык будет занимать стабильно изогнутое положение.

Как это может отразиться на прикусе? Формируется боковой перекрестный прикус, зубы верхнего или нижнего (а иногда обоих) ряда могут смещаться по центральной линии в правую или в левую сторону.

Если язык занимает низкое положение со смещением в сторону, это может привести к смещению в сторону нижней челюсти или зубного ряда, а может даже сформироваться боковой открытый прикус.

А что же губы и щеки?! Они осуществляют очень важную работу: сдерживая напор языка изнутри, они формируют зубную дугу ВНЧС. Вялые, малоподвижные губы и пастозные щеки не способны оказать должной помощи. В нашем случае происходит изменение наклона зубов в сторону губ — бипротрузия резцов вследствие парафункции языка.

Кстати, очень распространенные причины подобного состояния губ и щек обусловлены неправильным вскармливанием младенцев: искусственным, естественным до 5 месяцев, поздним введением в рацион ребенка твердой пищи. Все это изменяет процессы жевания и глотания, делает их инфантильными, а также формирует вялый артикуляционный аппарат!

Как узнать о дисфункции органов артикуляции?

Наличие ротового дыхания. Не бывает пациентов с ротовым дыханием и нормальным положением языка. Оно будет либо межзубным, либо призубным, либо низким. Даже если пациент держит губы сомкнутыми, его напряжение будет заметно — не пропустите этот признак. Сухость губ, затрудненное носовое дыхание, круги под глазами — все это свидетельствует о ротовом дыхании.

Способ глотания

Попросите пациента сделать несколько глотков воды, и убедитесь, что у них проявляются **признаки инфантильного типа глотания:**

- напряжены губы и подбородочная мышца;

- проявляется так называемое гусиное глотание: в акте глотания задействованы мышцы шеи и затылка;
- при глотании язык локализован в межзубном пространстве или упирается в нижнюю челюсть.

Речевые нарушения

Общаясь с пациентом, вы можете выявить признаки нарушения подвижности губ, языка, щек и мягкого нёба:

- отсутствие речи;
- грубое нарушение звукопроизношения (словно каша во рту);
- прокладывание языка между зубами в момент произношения звуков л, н, д, т;
- нечеткое произношение гласных звуков (говорит себе под нос);
- отчетливый назальный оттенок при произнесении слов.

Не следует разделять взрослый перед вами или ребенок. Нарушения у них проявляются практически одинаково, и побороть дисфункцию может пациент любого возраста. После полной диагностики и составления плана лечения возникает вопрос: в какой последовательности начинать работу?

Что делать сначала: устранить дисфункцию или исправить прикус?

Я бы начала с устранения дисфункции, поскольку правильно сформированные дыхательные, жевательные, глотательные и произносительные рефлексы до надевания брекет-систем или иных аппаратов значительно сократят срок их ношения. Исключением может быть очень узкая верхняя челюсть, которая не позволяет языку свободно располагаться в полости рта.

Среди приоритетных направлений будет постановка носового дыхания, поскольку приоткрытый рот не дает возможность языку расположиться в передней трети твердого нёба — язык всегда будет внизу.

Кроме того, хочу затронуть еще один животрепещущий аспект: **ношение ортодонтических систем сказывается на звукопроизношении.**

Данная тема прежде всего актуальна для людей, чья профессия связана с речевой деятельностью: лекторов, переводчиков, экскурсоводов, учителей, актеров, ведущих, консультантов. Они очень критично относятся к качеству своей речи и предъявляют к ней высокие требования. Конечно, временные «фефекты фикции» их не устраивают, поскольку это может повлиять на качество работы. И такие опасения зачастую становятся причиной отказа от установки брекетов.

Давайте разберемся, почему меняется звукопроизношение?

Для многих звуков (ш, ж, ч, щ, ц, з, зь, с, сь) зубы являются естественной преградой при звукообразовании, и любые изменения, условно назовем их накладками, в области верхних или нижних зубов приводят к искаженному варианту свистящих и шипящих звуков.

При установленных на верхнюю челюсть лингвальных брекетах чаще страдают шипящие звуки. Брекеты на нижней челюсти мешают свистящим звукам, так как по месту образования эти звуки нижнеязычные.

Некоторое время язык ощущает лингвальную систему как инородное тело, и оттого либо слишком приближается к зубам, желая изучить новенького, либо отодвигается вглубь рта, как бы отстраняясь от вновь прибывшего. Все как в жизни!

При ношении наружных брекетов в большей степени страдают губы. Чувствуя неровную поверхность зубов, они ограничивают собственную подвижность, и речь приобретает нечеткий контур, звук становится хлюпающим — особенно это слышно на шипящих и свистящих.

Это происходит из-за активного выделения слюны (гиперсаливации) во рту, поскольку все эти замочки и проволоочки ротовая полость воспринимает как инородное тело. В норме период адаптации длится до 1,5 нед.

В этом случае ничего делать не нужно. Но бывают ситуации, когда дефекты речи не исчезают длительное время, а человеку надо быть в форме. В таких случаях на помощь может прийти логопед, показав языку наиболее выгодные точки для четкой дикции.

Искаженный звук после снятия аппаратов говорит о том, что причина кроется в измененных параметрах ротовой полости, — язык не сумел правильно адаптироваться к новым условиям.

Такие варианты бывают при оральной диспраксии, сниженных кинестетических ощущениях языка и губ, дизартрии. В этом случае логопед путем специальных артикуляционных упражнений для губ, щек, языка и нижней челюсти поможет настроить звучание.

Чем же нам короткая уздечка не угодила?

Довольно часто ортодонты присылают ко мне пациентов с подозрением на короткую уздечку языка, которая влияет не только на прикус. Назову несколько причин, по которым необходимо делать френулопластику, френулотомию либо френулоэктомию.

Анатомически лингвальная уздечка соединяет слизистую языка и дно полости рта. Она выполняет фиксирующую функцию и служит для того, чтобы у грудничков не западал язык — в противном случае дело закончится глоссоптозом. У западных медиков для короткой уздечки есть даже особый термин — анкилоглоссия. Порок это врожденный и часто передается по наследству.

У новорожденных толстая или тонкая близко прикрепленная уздечка языка может ограничивать сосательные движения, не позволяя малышу полноценно потреблять материнское молоко.

В более старшем возрасте, после 1,5 лет, укороченная уздечка провоцирует формирование инфантильного типа глотания и не позволяет созревать ряду верхнеязычных звуков (л, н, д, т, р, ш, ж, щ).



Внимание! Нарушенный глотательный рефлекс в свою очередь влияет и на состояние среднего уха, так как неправильные глотательные паттерны изменяют воздушную циркуляцию в евстахиевых трубах.

Если уздечка мощно приращена нижним краем к слизистой десны, мы неизбежно увидим какую-то зубочелюстную деформацию: разворот нижних фронтальных зубов внутрь, диастему, возможно, даже недоразвитие нижней челюсти.

Изменения могут коснуться не только нижней челюсти, но и верхней! Прижатый уздечкой ко дну ротовой полости язык перестает поддерживать купол нёба, сужая нёбное пространство и приводя к деформации верхней нёбной дуги.

Но и это еще не все! Уздечка верхним краем прикреплена к слизистой языка, под которой находится ряд мышц-дилататоров, которые расширяют глоточное пространство во время вдоха. В ночное время их активность спадает, и сужение глоточного пространства происходит в любом случае. А если мышцы ограничены в своей подвижности, это неизбежно влияет и на их функционал! В итоге может появиться такое опасное заболевание, как ночное апноэ: оно вызывает инфаркт в достаточно молодом возрасте!

И последнее, короткая уздечка не позволяет языку активно двигаться. Тугоподвижность языка вызывает различные стоматологические проблемы: гингивиты, пародонтиты, кариес.

Конечно, вышеперечисленные проблемы, связанные с укороченной уздечкой, не являются абсолютными показателями к ее удлинению. Каждый случай должен рассматриваться индивидуально и решаться коллегиально: ортодонтом, хирургом и логопедом. Действовать по принципу «Нет уздечки — нет проблемы!» не стоит — это может только навредить ситуации. Но не надо игнорировать и факт ее наличия!

Я постаралась затронуть наиболее интересные стоматологов вопросы. Очень надеюсь, что мой опыт поможет вам в работе. Желаю успехов! ✍