

18. Нигматов, Р., Нодирхонова, М., Нигматова, И., & Муртазаев, С. (2022). Метод рентгенографии в диагностике функциональных нарушений позвоночника у детей с зубочелюстными аномалиями. *Стоматология*, 1(2-3), 54-58.

19. Нигматова, Н. Р., Шамухамедова, Ф. А., Нигматов, Р. Н., Муратбаева, Д. Б., & Абдукаюмова, Д. (2023, November). Состояние зубочелюстной системы у детей с первичной адентии в период молочного и сменного прикуса и оказание им стоматологической помощи. In *Conferences* (pp. 187-190).

20. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., и др. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

21. Персин А.С., Ханукай А.Р. Гармония лица и окклюзия // *Стоматология*. – 1998 – Т. 77, No 1 – С. 66-70.

22. Распространенность аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей сменного прикуса г.Ташкента. // Р.Н. Нигматов, И.М. Рузметова, Н.Р. Нигматова, О.Т. Юлдашев / Приоритеты фармации и стоматологии – от теории к практике. Сборник материалов IV научно-практической конференции с международным участием. Алматы, (Казахстан). - 2015.- С. 16-17.

23. Рузметова, И. М., & Нигматов, Р. Н. (2017). Анализ ортопантомограммы при вторичных деформациях зубного ряда у детей сменного прикуса. *Stomatologiya*, (4), 56-58.

24. Рузметова, И., et al. "Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Ташкента." *Stomatologiya* 1.3-4 (57-58) (2014): 78-86.

25. Рузметова, И., Шамухамедова, Ф., & Нигматов, Р. (2015). Изучение частоты первичной адентии у детей со сменным прикусом и оказание им стоматологической помощи. *Stomatologiya*, 1(3 (61)), 17-21.

26. Экспресс оценка состояния стопы при диагностике зубочелюстных аномалий. // Нодирхонова М.О., Нигматов Р.Н., Арипова Г.Э., Нигматова И.М., Муратова Г.А. / Материалы Международного научно-практического журнала «XVIII Global science and innovations: Central ASIA. Астана, 2022. № 4(18) Декабрь. – Астана. - 2022. - С. 49-52.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗУБО ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ПРИВОДЯЩИЕ К НАРУШЕНИЮ РЕЧИ

**Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., магистры Хакимова У.Т.,
Мамашокиров М.Э.**

Кафедра ортодонтии и протезирования зубов ТГСИ

Вопрос о влиянии аномалий и деформаций челюстно-лицевой области на

речевую функцию затрагивается в работах отечественных и зарубежных специалистов (Григоренко Н.Ю., 2005; Barun T.W., Sotereanos G.C., 1980; Hochsmuth M., 2019). Неправильное строение артикуляционного аппарата является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения.

По мнению Г.П. Соснина и А.В. Крицкого (1988) аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их логопедическую коррекцию. Ограничение подвижности языка в результате аномалии его уздечки способствует нарушению артикуляции.

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. Значительная роль в этиологии зубочелюстных аномалий отводится вредным привычкам, отмечающимся у детей и подростков.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и лечения аномалий и деформаций окклюзии у детей с нарушением звукопроизношения путем применения комплексных методов лечения.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое исследование 269 детей с речевой патологией в возрасте от 6 до 14 лет. Исследование проводилось на базе логопедического кабинета на учебно-воспитательного комплекса «Радуга» г. Ташкента Юнусабадского района. Из обследованного контингента детей была сделана репрезентативная выборка в количестве 112 человек 6-14 лет с нарушениями произносительной стороны речи и аномалиями челюстно-лицевой области.

Дети были распределены на две клинические группы. В первую группу вошли 73 ребенка, которым проводилось комплексное ортодонтическое лечение в сочетании с методами артикуляционной миогимнастики и логопедическим обучением. В группу сравнения вошли 39 детей, отказавшихся от ортодонтического лечения в нашей клинике (ортодонтическое лечение проводилось в других клиниках г. Ташкента, что устраивало родителей и детей), но согласившиеся принять участие в исследовании, так как коррекция звукопроизношения проводилась на базе логопедического кабинета «Радуга» Юнусабадского района.

В каждой группе было выделено по две подгруппы. В первую подгруппу вошли дети с механической дислалией, обусловленной аномалиями челюстно-лицевой области. У детей второй подгруппы были выявлены речедвигательные расстройства (дизартрия), осложненная аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области.

Возрастной период 6-14 лет мы рассматривали, как один из сложных периодов развития органов артикуляции и речи детей, по двум причинам: во-первых, любое, даже кратковременное, воздействие на челюстно-лицевую область

патологических факторов в это время могло отрицательно повлиять на формирование прикуса постоянных зубов и спровоцировать появление или усугубление аномалий; во-вторых, выпадение молочных зубов, особенно в переднем отделе, временно ухудшало условия артикуляции звуков речи.

Проводили следующие методы исследования: клинические осмотры, антропометрические и графические, рентгенологические методы исследования (фронтальная и боковая ТРГ и цефалометрический анализ) и определяли основные функции зубочелюстной системы. При этом изучали артикуляционную моторику обследованных. Обследование артикуляционной моторики включало, по разработанной нами схеме 47 проб и проводилось по 5 тестам: изучались движения лицевых мышц - 16 проб, губ - 11 проб, нижней челюсти - 6 проб, языка - 12 проб, мягкого неба - 2 пробы.

Необходимое обследование и лечение проводились в поликлинике кафедры ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ.

Результаты исследования.

В процессе исследования детей выявлялась распространенность, структура и особенности проявления произносительного нарушения с целью разработки методики коррекционного воздействия.

При сборе анамнестических данных детей учитывалось физическое состояние их родителей. В результате изучения анамнестических данных детей основной группы был выявлен ряд патологических факторов (которые могли оказать отрицательное влияние на этапах пренатального, натального и постнатального развития детей). Хронические заболевания родителей, выявленные до рождения ребенка, отмечались в 26 случаях ($35\% \pm 5,6\%$) у пациентов основной группы и в 12 случаях ($30,8\% \pm 7,4\%$) у родителей детей группы сравнения; резус-конфликт у родителей пациентов основной группы отмечался в 2 случаях ($2,7\% \pm 1,9\%$), у пациентов группы сравнения не было родителей с резус-конфликтом; речевые нарушения родственников у детей основной группы были выявлены у 10 ($13,7\% \pm 4,0\%$), в группе сравнения - у 5 человек ($12,8\% \pm 5,3\%$); неблагополучное течение беременности выявлено у 42 женщин пациентов основной группы ($57,5\% \pm 5,8\%$) и у 19 женщин в группе сравнения ($48,7 \pm 8,0\%$); неблагоприятное течение родов отмечалось в 32 случаях ($43,8\% \pm 5,8\%$) в основной группе и в 15 случаях ($38,5\% \pm 7,8\%$) - в группе сравнения; патологическое состояние детей в послеродовой период нами выявлено в 26 случаях ($35\% \pm 5,6\%$) у пациентов основной группы и в 10 случаях ($25,6\% \pm 7,0\%$).

У обследованных нами детей чаще встречалась дистальная окклюзия, которая была выявлена у 18 детей основной группы и у 16 детей группы сравнения; вертикальная резцовая дизокклюзия была выявлена у 10 детей основной группы и у 8 детей группы сравнения; дизокклюзия в боковых отделах - у 5 детей основной группы и у 1 ребенка в группе сравнения; мезиальная окклюзия встречалась у 5 детей основной группы и у 2 детей группы сравнения; аномальная нейтральная окклюзия - у 5 детей основной группы и у 5 детей группы сравнения; глубокая резцовая окклюзия - у 8 детей основной группы и у 4 детей группы сравнения; перекрестная окклюзия - в 7 случаях в основной группе и в 3 случаях в группе сравнения.

При определении формы небного свода высокое, «готическое» небо отмечалось у 28 детей основной группы ($38,4 \% \pm 5,7\%$); и у 12 детей группы сравнения ($30,8\% \pm 7,4 \%$); низкий, уплощенный небный свод наблюдался у 9 детей основной группы ($12,3\% \pm 3,8\%$) и у 4 детей группы сравнения, что составило $10,3\% \pm 4,9\%$ от числа обследованных детей.

Следует отметить, что у детей с нарушениями звукопроизношения кроме аномалий окклюзии встречалась патология мягких тканей челюстно-лицевой области.

Артикуляционная моторика не была нарушена у 11 детей основной группы ($15,1\% \pm 4,2\%$) и у 5 детей группы сравнения ($12,8\% \pm 5,3\%$).

У 46 детей основной группы ($63,0\% \pm 5,6\%$) и у 24 детей группы сравнения ($61,8\% \pm 7,8\%$) отмечались незначительные нарушения; в 15 случаях ($20,6\% \pm 4,7\%$) от числа детей основной группы и у 9 детей группы сравнения ($23,1\% \pm 6,7\%$) была характерна умеренно выраженная недостаточность артикуляционной моторики; у 1 ребенка основной группы ($1,4\% \pm 1,3\%$) наблюдались выраженные нарушения артикуляционной моторики.

Таким образом, нарушения движения мягкого нёба были характерны для детей с речедвигательными расстройствами (при дизартрии) и не характерны для детей с механической дислалией (первая подгруппа).

Совместно со специалистами логопедами и нами был разработан комплекс упражнений, основанный на единстве приемов миотерапевтической, артикуляционной гимнастики и массажа челюстнолицевой области [34].

Основные направления артикуляционной миогимнастики при лечении аномалий окклюзии у детей с нарушениями звукопроизношения заключались в активизации развития артикуляционной моторики, нормализации речевого дыхания и формировании отдельных элементов артикуляционных укладов различных звуков речи.

Заключение. Нарушения звукопроизношения у детей в периоде сменного прикуса (5-11 лет) в 41,6% случаев сочетались с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области. Среди детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области в сочетании с нарушениями звукопроизношения механическая дислалия (обусловленная аномалией органов артикуляции) была выявлена у 17,9% детей, а у 82,1% детей нарушения звукопроизношения были обусловлены речедвигательными расстройствами и осложнялись аномалиями челюстно-лицевой области.

Литература.

1. Григоренко Н. Ю. Преодоление произносительных расстройств у детей с аномалиями органов артикуляции. Дисс. ... канд. пед. наук., М.: 2005. - 260 с.
2. Кузнецова, М.А., Горелова М.В. Причины формирования аномалий прикуса. Профилактика с рождения // Юный ученый. — 2023. — № 10 (73). — С. 53-59. — URL: <https://moluch.ru/young/archive/73/3922/>.
3. Нигматов РН, А. Н., & Ёкубов, Ш. (2023, April). Комплексное лечение речевых нарушений у детей с деформацией зубного ряда. In *Conferences* (pp. 291-293).

4. Нигматов Р.Н., Атамуратова Н. Б. Қуйлиев Ж., Ёкубов Ш. Комплексное лечение речевых нарушений у детей с деформацией зубного ряда. Сб. Тезисов “Yosh olimlar kunlari” 2023 25-апрел. С. 288
5. Нигматов, Р. Н., Нигматова, И. М., Рахматуллаева, Н. Р., & Рузиев, Ш. Д. (2023). Оценка состояния полости рта у детей с нарушениями слуха. *Journal of new century innovations*, 22(4), 118-119.
6. Нигматов, Р., Нигматова, И., & Нодирхонова, М. (2021). Состояние языка у детей при аномалиях зубочелюстной системы. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 4, 1(02).
7. Нигматова И.М., Аралов М.Б., Ахмедова З.А. Нарушение звукопроизношения у детей с открытым прикусом. Сб. Тезисов “YOSH OLIMLAR KUNLARI” 2023 25-апрел. С. 305
8. Нигматова И.М., Атамуратова Н.Б. Влияние наличие диастем и трем в зубных рядах на расстройство речи у детей. Сборник тезисов научно-практической конференция «Современные аспекты ортопедической стоматологии и ортодонтии» - Ташкент 2022 24-декабрь.
9. Нигматова И.М., Зикирова М.Ш., Исмаилов М.Х. Взаимосвязь нарушения речи с открытым прикусом и его лечение по техники MEAW. / Сб тезисов межд. Научно-практ. Конф. «Акт. Пробл. Ортопедической стоматологии и ортодонтии». -Ташкент, 2022.- С.117-118.
10. Нигматова И.М., Зикирова Мохичехра Мио и артикуляционная гимнастика при аномалиях зубочелюстной системы и нарушений речи. Сб. Тезисов “Yosh olimlar kunlari” 2023 25-апрел. С. 301
11. Нигматова Н.Р., Муратбаева Д. Б., Махкамova Д. А., Саидов С. А. Виртуальное воспроизведение окклюзии при вторичном деформации зубной дуги. Сб. Тезисов “Yosh olimlar kunlari” 2023 25-апрел. С. 285.
12. Нигматова, И. М., Рахматуллаева, Н. Р., Нигматова, Н. Р., & Рузиев, Ш. Д. (2023). Применения Myobrace системы для профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у слабослышающих детей. *Journal of new century innovations*, 22(4), 120-121.
13. Нормуродова, М., Куранбаева, Д., & Нигматов, Р. (2022). Лечение аномалии прикуса с нарушением речи у детей с помощью миогимнастики и массажа мышц лица. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 5, 1(02), 70-71.
14. Нормуродова, М., Куранбаева, Д., & Нигматов, Р. (2022). Лечение аномалии прикуса с нарушением речи у детей с помощью миогимнастики и массажа мышц лица. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 5, 1(02), 70-71.
15. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

16. Последствия ротового дыхания ребенка и влияние его на миофункциональную систему. // Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Бахшиллаева С.А. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 139-141.

17. Разин В. К. Методы диагностики речевых нарушений у детей старшего дошкольного возраста. — Екатеринбург, 2023. — 76 с. — Библиогр.: с. 63-72.

18. Рузимов, Г., Ботиров, Б., & Нигматов, Р. (2021). Оценка взаимосвязи влияния вредных привычек на развитие зубочелюстных аномалий. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 4, 1(01), 144-145.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

**Омонова М.Х., Нарзуллаева М.Ш., Султонов Ф.Ф.,
Шаамухамедова Ф.А., Муртазаев С.С.**

*Ташкентский Государственный стоматологический институт
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования*

Актуальность исследования. Сужение верхней челюсти - довольно часто встречающаяся зубочелюстная аномалия. По данным Л. С. Персин от общего числа выявленных зубочелюстных аномалий 63,2% составляет сужение верхней челюсти. Их частота, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах. что аномалия и деформация встречается у 69,6% детей, (Т.Ф. Виноградова). Суженная верхняя зубная дуга характеризуется изменением формы, обусловленным уменьшением расстояния между срединным небным швом и боковыми зубами. Значительная распространенность сочетания сужения челюсти с неправильным положением отдельных зубов, выраженность связанных с ним функциональных и эстетических нарушений, увеличение со временем-степени деформации зубочелюстно-лицевой области определяют острую необходимость лечения этих пациентов.

Цель исследования. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий при сужении фронтального участка челюстей.

Материалы и методы. При определении сужения верхней челюсти мы использовали: антропометрический метод Пона и Тона. Кроме того, из рентгенологических методов ОПТГ и по необходимости ТРГ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Нами были обследованы 50 детей с 10.09.2017 до 1.11.2017 год. Среди них дети в возрасте с 10-13 лет в количестве 17 пациентов, дети с 13-15 лет 30 пациентов, и 13 детей возрасте старше 15 лет. Обследование диагностических моделей показывает, что в основном сужение верхней челюсти встречается у детей старше 15 лет, так как небный шов окостеневает в возрасте до 20-25 лет, и именно в этом возрасте уже заметно эстетические и функциональные отклонения верхней челюсти. Пациентам были применены в основном пластинки с расширяющим винтом и Эджуайс брекет система. Кроме того, до ортодонтического лечения все наши пациенты были санированы у терапевта стоматолога и у отоларинголога.