

"Ортодонтия с детским зубным протезированием." *Ташкент, 2016.*–218 с (2016).

5. Шомухамедова, Ф., Д. Сулейманова, and Г. Муротова. "ОЧИҚ ПРИКУСЛИ БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСИ ВА УЛАРНИ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ." *Медицина и инновации* 1.4 (2021): 442-446.

6. Нигматова, И., З. Ходжаева, and Р. Нигматов. "Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата." *Stomatologiya* 1.4 (73) (2018): 30-33.

7. Нигматов, Р. Н., and И. М. Рузметова. "Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти." *Вестник Казахского национального медицинского университета* 1 (2018): 519-521.

СОСТОЯНИЕ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О.

Tashkent State Dental Institute

nigmatov@yandex.ru

Язык принимает участие во всех, функциях зубочелюстной системы. В связи с этим его форма, величина, подвижность, положение в полости рта в покое и во время функций влияют на форму зубных рядов, неба, размеры челюстей, смещения нижней челюсти. Одновременно зубочелюстные аномалии оказывают влияние на форму, размеры и расположение языка, особенно в случаях сужения, укорочения зубных рядов, уменьшения объема полости рта и аномалиях развития челюстей.

В связи с сочетанием аномалий формы и величины языка с нарушениями морфологии в зубочелюстной области и функции, изучению этой патологии следует уделять больше внимания.

Цель настоящего исследования - изучение расположение языка на основании анализа боковых телерентгенограмм головы при аномалиях зубочелюстной системы.

Материал и методы. С 2018 г. по настоящее время было проведено ортодонтическое обследование 169 (из них 79 мальчиков и 90 девочек) детей, проживающих в г. Ташкенте, в возрасте от 6 до 14 лет.

В работе применены следующие методы исследования: клинический, фотометрический, антропометрический, определение формы и размеров лица, языка и его уздечки, рентгенографический, статистический.

Кроме анализа морфологических величин на боковых телерентгенограммах головы были изучены особенности расположения мягких тканей, свидетельствующие о функциональных нарушениях: расположение кончика языка по отношению к верхним и нижним резцам; прилегание спинки языка к своду неба на уровне премолярной и молярной линий по Pont. На 46 боковых телерентгенограммах головы пациентов с постоянным прикусом изучено расположение кончика языка в покое по

отношению к коронкам центральных резцов при различных видах патологической окклюзии.

Результаты и обсуждение.

Язык принимает активное участие в произношении звуков речи. При произношении звука «л» язык прижимается к верхним резцам. Переднесредняя часть спинки языка опускается, корень его смещается по направлению к мягкому нёбу и кзади. Средний участок спинки языка образует ложкообразное углубление. Боковые его поверхности опускаются, через них проходит выдыхаемая струя воздуха.

При правильном произношении звука «р» передние зубы верхней и нижней челюстей находятся на расстоянии 4-5 мм. Кончик языка поднимается, он напряжен и вибрирует в проходящей воздушной струе. Переднесредняя часть спинки языка прогибается. Задняя часть языка смещается назад и вверх к мягкому нёбу. Боковые участки языка прижимаются к верхним боковым зубам.

Вычислен средний размер, характерный для всех трех разновидностей патологической окклюзии и проведено его сравнение со средним размером, полученным при ортогнатическом прикусе без учета возрастных групп. При патологической окклюзии этот размер был больше нормы на $2,5 \pm 0,86$ мм. Следовательно, средняя амплитуда движений языка при его стремлении дотянуться до нижнего края подбородка при патологической окклюзии меньше, чем при ортогнатическом прикусе.

При патологической окклюзии с нейтральным смыканием первые постоянных моляров у 26% пациентов детей кончик языка располагался неправильно, был смещен дистально и вниз, не прилегал к резцам, находился на уровне окклюзионной плоскости; у остальных 74% он прилегал к язычной поверхности резцов (правильное положение кончика языка).

При дистоокклюзии кончик языка не прилегал к язычной поверхности резцов, т.е. располагался неправильно у 31,3% обследованных: у 12,5% он был смещен дистально и находился на уровне режущих краёв коронок резцов нижней челюсти; у 18,8% прилегал к альвеолярному отростку верхней челюсти.

При мезиоокклюзии кончик языка располагался неправильно у 57,2% обследованных: у 42,9% - прилегал к коронкам нижних резцов; у 14,3% - альвеолярному отростку нижней челюсти.

Изучено расположение спинки языка. В норме спинка языка прилегает к альвеолярному отростку верхней челюсти и к твердому нёбу. При зубочелюстных аномалиях она не прилежала к куполу твердого нёба: при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров - у 41,2% пациентов; при дистоокклюзии - у 75,0%; при мезиоокклюзии - у 69,2%.

Расстояние от спинки языка до твердого неба на уровне первых премоляров было: наименьшим при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров; несколько больше при дистоокклюзии и наибольшим при мезиоокклюзии.

Перечисленные отклонения были при укороченной уздечке языка или прикрепленной близко к его кончику. В результате этой аномалии, а также ряда других причин нередко наблюдали неправильное произношение звуков речи - чаще шипящих свистящих и букв «Д», «Т», «Р», «Л». При такой патологии после пластики укороченной уздечки языка, в процессе ортодонтического лечения рекомендовали заниматься лечебной гимнастикой и обучаться у логопеда.

Выводы: Таким образом, нарушения положения языка в покое и во время речи выявлены при клиническом обследовании у 72 пациентов из 169 (42,6%). Наблюдали неправильное произношение единичных звуковых фонем или их сочетаний - у 49 пациентов (28,99%); из 49 пациентов нарушенное произношение шипящих звуков было у 25 пациентов (51,0%); звуков «Д», «Т» - у 5 пациентов (10,2%); звуков «Р», «Л» - у 39 пациентов (79,6%).

Список литературы

1. Глухова, Ю. М., and Н. С. Шпак. "Применение индекса ICON при оценке эффективности исправления зубочелюстных аномалий у подростков и взрослых." *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России* 3 (2014): 2-2.
2. Murtazaev, Saidmurodkhon Saidaloevich, Makhmud Zakirovich Dusmukhamedov, and Saidazim Saidagzamovich Murtazaev. "Ethnic aspects of orthognathic bite." *European science review* 7-8 (2015): 80-84.
3. Хабилов, Н. Л., Ф. А. Шаамухамедова, and Г. Э. Арипова. "Ортодонтия с детским зубным протезированием." *Ташкент, 2016.*—218 с (2016).
4. Рузметова, И., Нигматов, Р., Раззаков, Ш., & Нигматова, Н. (2014). Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. *Stomatologiya*, 1(3-4 (57-58)), 78-86.
5. Нигматов, Р. Н., and И. М. Рузметова. "Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти." *Вестник Казахского национального медицинского университета* 1 (2018): 519-521.

БОЛАЛАРДА ТИШ ҚАТОРЛАРИНИНГ КЕСИШГАН ОККЮЗИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ

Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Кодиров Ж.М.

ТДСИнинг Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси
nigmatov@yandex.ru

Кесишган прикус тиш қаторлари жипслашувининг трансверзал аномалиялари турига киради ва унда юз шаклининг бузилиши ва кўпинча, юз асимметрияси кузатилади. Тиш ёйининг торайиши натижасида фронтал тишларининг зич жойлашиши, тиш қаторлари ўлчамининг трансверзал йўналишда мос келмаслиги натижасида пастки жағ ён ҳаракатлари қийинлашиши кузатилади. Бундай ҳолларда, кўпинча, чакка пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) фаолияти ҳам бузилади. Ушбу мураккаб окклюзия