**Влияние зубочелюстных аномалий на развитие речи ребёнка.**

Консультация подготовлена:

 учителем-логопедом

*Кострыгиной Н.В.*

 В последнее время резко возросло число детей с аномалиями строения зубочелюстной системы. В большинстве случаев речевые патологии так или иначе связаны с вышеуказанными нарушениями.

Основными признаками правильно сформированного прикуса являются:

* ровные зубные дуги;
* верхняя челюсть расположена кпереди относительно нижней;
* средняя вертикальная линия, проходящая между центральными зубами, совпадает со средней линией лица;
* коронки верхних передних зубов на 1/3 перекрывают коронки нижних передних зубов. Отклонения от этих норм является признаками неправильно сформированного прикуса.

**Основные типы аномалий прикуса.**

***Дистальный прикус*** - верхние передние зубы выдвинуты вперед по отношению к нижним. Отличительная черта такого прикуса - это чрезмерно развитая верхняя челюсть или недоразвитая нижняя челюсть.

Нарушается процесс распределения жевательной нагрузки. В данном случае задние зубы будут брать на себя нагрузку передних зубов. У людей с дистальным прикусом задние зубы будут более подвержены кариесу.

При данной патологии подбородок человека непропорционально маленький, лицо кажется более детским и нерешительным. После исправления прикуса пропорции лица выравниваются, лицо приобретает более правильные пропорции и кажется более волевым.

***Мезиальный прикус***- выступает вперед нижняя челюсть.

Характеризуется передним положением нижней челюсти по отношению к верхней.

Одним из отличительных признаков мезиального прикуса является выступающий подбородок. Такой подбородок делает лицо молодого человека волевым, уверенным в себе, но вряд ли украсит девушку.

***Открытый прикус*** передние или боковые зубы не смыкаются, образуя между собой щель.

 Открытым называют прикус, при котором зубы верхней и нижней челюсти не смыкаются (не контактируют). Патология может наблюдаться в переднем отделе и боковом; в области нескольких зубов или целой группы зубов.

Наиболее явным внешним проявлением открытого прикуса в переднем отделе является постоянно приоткрытый рот. Нарушение только в одном из боковых отделов проявляет себя в ассиметрии черт лица.

 ***Глубокий прикус*** - резцы верхнего зубного ряда более чем на половину перекрывают резцы нижнего зубного ряда, при этом нижние резцы не опираются на зубные бугорки верхних зубов.

 В норме верхние зубы должны перекрывать нижние на 1/3 длины коронки нижних зубов. Когда же верхние зубы перекрывают нижние более чем на половину их длины, то такой прикус считается глубоким. Он может быть глубоким не только в переднем, но и в боковых отделах тоже.

Лицо при таком прикусе имеет недостаточную высоту, нижняя губа часто выворачивается наружу, так как ей не хватает места.

***Перекрестный прикус*** - слабое развитие одной из сторон любой челюсти.

В норме все верхние зубы должны перекрывать нижние в переднем отделе на 1/3 длины коронки нижних, а в боковом отделе наружные бугры верхних зубов должны перекрывать наружные бугры нижних зубов. Перекрестный прикус - это нарушение такого взаимоотношения зубов в любую сторону. Он может быть односторонним и двусторонним, может быть в переднем отделе и в боковых отделах.

При данной патологии наблюдается нарушение формы лица, прикусывание слизистой оболочки щёк, нарушена жевательная и речеобразовательная функция.

***Прямой прикус*** отличается тем, что верхние зубы не покрывают нижних, а стоят прямо над ними, их режущие края соприкасаются.

***Аномальные прикрепления уздечки языка***

Различают пять видов аномалийных уздечек языка согласно их форме и плотности, а также особенностям соединения волокон уздечки с мышцами языка:

* тонкие, почти прозрачные, нормально прикрепленные к языку, но

ограничивающие его подвижность в связи с незначительной протяженностью;

* тонкие полупрозрачные, прикрепленные близко к кончику языка, имеющие

незначительную протяженность; при поднятии кончика языка в его центре образуется желобок;

* представляющие собой плотный короткий тяж, прикрепленный близко к

кончику языка. В результате натяжения уздечки кончик языка подворачивается внутрь, а спинка набухает. Облизывание верхней губы затруднено, а иногда невозможно. При пальпаторном исследовании такой уздечки выявляется, что подвижность языка обусловлена фиксацией его кончика соединительно-тканным *тяжом.* Под ним, имеющим форму шнура, располагается дубликатура слизистой оболочки;

* характеризуемые выделяемым тяжом, но сращенным с мышцами языка;
* с малозаметным тяжом, его волокна переплетаются с мышцами языка и ограничивают его подвижность.

***Аномальные прикрепления уздечки верхней губы***

 Аномалийное прикрепление уздечки верхней губы может вызывать нарушение смыкания губ, способствовать формированию диастемы *(промежутка между центральными резцами),* препятствовать ортодонтическому лечению при использовании аппарата с вестибулярной дугой.

**Причины, влияющие на неправильное формирование**

**зубочелюстной системы.**

Мы все знаем, что язык, несомненно, очень важный орган, позволяющий нам говорить. От его подвижности зависит, насколько наша речь будет четкой, правильной и красивой. Но, оказывается, способность воспроизводить звуки речи - это не единственная функция языка.

Давайте проведем небольшой эксперимент.

Закройте рот и скажите, где находится ваш язык? Правильно, передний край языка находится в верхнем положении и упирается в переднюю треть неба.

* У человека при нормальном носовом дыхании и закрытом рте, язык, занимает

верхнее положение и выполняет своеобразную роль каркаса для формирующихся верхней челюсти и неба.

Но, если вдруг, по каким либо причинам наше носовое дыхание нарушается … .

А причин нарушения носового дыхания может быть множество – это аденоидные разрастания, увеличенные миндалины, частые простудные заболевания, сопровождающиеся ринитом и тонзиллитом. Как только ребенок начинает дышать ртом, язык опускается вниз и перестает выполнять роль каркаса для верхней челюсти. Постепенно происходит сужение верхней челюсти, которое в свою очередь ведет к образованию готического неба.

 Особо нужно отметить, что когда рот постоянно открыт, происходит атрофирование круговой мышцы рта. А слабость круговой мышцы рта влечет за собой вялую артикуляцию звуков, делая речь ребенка нечеткой и смазанной. При нижнем положении языка нарушается осанка. Опущенная нижняя челюсть по законам физики вызывает перемещение центра тяжести, в результате чего голова и плечи ребенка смещаются несколько вперед относительно тела.

 В случаи, если у ребенка уже имеются различные нарушения осанки, любые специальные занятия лечебной физкультурой будут малоэффективны без устранения неправильного положения языка.

* Поговорим о процессе глотания. Глотательный рефлекс относится к

врожденным. Ребенок рождается с хорошо развитым механизмом глотания, которое в первые месяцы носит название ***инфантильного***. Благодаря сокращению мышц губ, щек, языка при сосании в полости рта младенца создается отрицательное давление и молоко поступает в рот, а язык, располагаясь между беззубыми десневыми валиками, направляет молоко в ротоглотку. Это считается нормой до момента прорезывания первых зубов. При переходе с жидкой пищи на твердую, сосание заменяется жеванием, и тип глотания у ребенка перестраивается на ***соматический:*** кончик языка при соматическом глотании должен упираться в переднюю треть твердого нёба, при этом спинка языка продвигает пищу в гортань.

 Таким образом, если ребенок очень долго употребляет жидкую пищу – этого перехода не происходит и язык привыкает занимать только нижнее положение. Длительное сосание пустышки приводит к такому же результату. Ребенок с инфантильным типом глотания постоянно прокладывает язык между верхним и нижним зубными рядами, что способствует формированию открытого прикуса.

 При инфантильном типе глотания язык становится малоподвижным, массивным, прикорневая часть при этом как правило спастична. Все это ведет к затрудненному формирования звуков верхнего подъема: шипящие, соноры и значительно осложняет постановку этих звуков.

* У многих детей есть привычка спать на спине, запрокинув голову назад.

При запрокинутой голове нижняя челюсть ребенка смещается назад, при этом ее мышцы находятся в патологически натянутом состоянии и препятствуют росту нижней челюсти. В результате чего образуется дистальный прикус.

* А некоторые дети наоборот спят со склоненной на грудь головой. Такому

положению может способствовать высокая подушка или высоком изголовье спального места. Голова ребенка нагибается вперед, мягкие ткани шеи расслабляются и нижняя челюсть смещается вперед. Это обуславливает формирование мезиального прикуса.

* При укороченной уздечке язык в состоянии физиологического покоя незанимает ***правильную***позицию, при которой кончик языка должен прилегать к нёбной поверхности верхних резцов. В результате чего не обеспечивается необходимое давление языка на свод верхней челюсти изнутри, под действием которого в норме должен формироваться правильный купол нёба и ровный верхний зубной ряд.

Это далеко не все, но наиболее распространенные причины, так или иначе влияющие на аномальное формирование зубочелюстной системы.