Функции органов полости рта.

Осмотр полости рта логопедом.

Ротовая полость – начальный отдел системы пищеварения. Мышцы языка, щек,, неба продвигают пищу по ротовой полости и помогают глотанию. Язык обладает вкусовыми рецепторами. На губах и языке находится много нервных окончаний. Язык и небо реагируют на форму пищи. Кроме этого, органы полости рта принимают участие в звукообразовании.

Наибольшее влияние на формирование зубочелюстно-лицевой системы оказывают функции дыхания, глотания, жевания и речи, так как отклонения от нормы той или иной функции ведут не только к нарушениям формирования прикуса, но и отражаются на здоровье ребенка в целом. Внешний осмотр включает:
- определение динамики физического развития ребенка и выявление скачков роста. Физически недоразвитые дети чаще подвержены простудным заболеваниям, страдают отсутствием аппетита, ранней потерей зубов и недоразвитием нижней челюсти;
- оценку лицевых признаков и пропорций: выявление асимметрии (характерна для перекрестного прикуса); выраженность носогубных складок (при недоразвитии верхней челюсти) или их сглаженность (при чрезмерном развитии верхней челюсти); выраженность подбородочной складки (при недоразвитии нижней челюсти) или ее сглаженность (при чрезмерном развитии);
- выявление нарушений осанки. В норме голова и корпус должны образовывать одну вертикальную линию, плечи — немного опущены и расположены на одном уровне. Грудная клетка чуть выдвинута вперед, лопатки не выступают, ноги в коленях выпрямлены.

Нарушения осанки обусловлены положением нижней челюсти (единственной подвижной костью черепа) и, следовательно, могут привести к развитию аномалий прикуса. У детей с межзубным положением языка или недоразвитием нижней челюсти всегда наблюдается переднее положение головы относительно вертикали позвоночного столба, а также асимметрия плеч и лопаток. Физиологически правильное положение нижней челюсти у таких детей нарушено в силу инстинктивно сохраняемого при помощи наклона головы равновесия. Ребенок растет быстро, и вмешаться в неправильное развитие организма в дальнейшем будет труднее. Дети, имеющие неправильную осанку, нередко страдают плохим зрением, а также заболеваниями органов дыхания и нервной системы.

К вредным привычкам, нарушающим естественное развитие челюстно-лицевой области ребенка, относятся: сосание пальцев, языка, различных предметов, прикусывание губ и щек, привычка к ротовому дыханию, прокладывание языка между зубами при глотании и речи, неправильная речевая артикуляция, а также неправильные позотонические рефлексы — нарушение осанки, подкладывание кулачка под щеку и запрокидывание головы во время сна. Результатом подобных привычек являются недоразвитие нижней челюсти, сужение и деформация зубных дуг, открытый прикус и т.д.

Наибольшее влияние на формирование зубочелюстно-лицевой системы оказывают функции дыхания, глотания, жевания и речи, так как отклонения от нормы той или иной функции ведут не только к нарушениям формирования прикуса, но и отражаются на здоровье ребенка в целом.

Функция дыхания очень важна в формировании зубочелюстно-лицевой системы. Затрудненное прохождение струи воздуха через носовые ходы способствует формированию привычного ротового или смешанного типа дыхания. Ротовое дыхание относится к вредным привычкам по той простой причине, что ребенок отвык дышать носом в силу частых простудных заболеваний, тонзиллитов, гайморитов и т.п. Клинические признаки: рот ребенка постоянно полуоткрыт, при дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица. У таких детей узкие плечи, впалая грудь, бледный цвет лица, они постоянно облизывают губы, в результате чего у них часто возникает хейлит (шелушение красной каймы губ).

Под воздействием ротового дыхания и избыточного давления щечных мышц видоизменяется и форма верхней челюсти — она сужается в боковых участках. Одновременно с сужением челюсти изменяется и форма носовых ходов, носовая перегородка искривляется, что соответственно ведет к изменению тембра голоса. Эти деформации, в свою очередь, способствуют закреплению ротового типа дыхания. Дыхательная функция нарушается и при аденоидных разрастаниях. Даже после их удаления у многих детей по-прежнему сохраняется привычка дышать ртом. Закрепившийся ротовой тип дыхания приводит к тяжким последствиям: формируется аденоидный тип развития лицевых структур, характерный удлинением нижней трети лица, возникают недоразвитие гайморовых пазух, уплощение подглазничной области, слабость круговой мышцы рта, затрудненное смыкание губ, формируются узкие ноздри и широкая переносица. Лицевой скелет у таких детей начинает формироваться по вертикальному типу, что негативно сказывается на эстетике лица и требует скорейшего совместного лечения ребенка у таких специалистов, как ортодонт и отоларинголог. Нормализация вектора роста наиболее эффективно поддается коррекции до и в периоде раннего сменного прикуса (до 7—8 лет). Из-за низкого положения языка при ротовом дыхании, смещении его назад и вниз ослабляется диафрагма полости рта и, как следствие, нарушается артикуляция. В процессе коррекции подобных нарушений важно прежде всего уделить внимание нормализации типа дыхания.

Глотание и жевание оказывают большое влияние на формирование зубочелюстной системы.

Формирование функций жевания и глотания будет задерживаться, если искусственное вскармливание проводить неправильно и при достижении ребенком годовалого возраста кормить его только через соску. При осмотре таких детей часто выявляется инфантильный тип глотания. Внешние признаки: язык ребенка в покое и при глотании располагается между зубами верхней и нижней челюстей; рот приоткрыт; нижняя челюсть отстает в развитии; в процесс глотания заметно вовлекаются мышцы щек и круговой мышцы рта, создавая избыточное давление на зубные ряды при каждом глотательном движении. В результате формируется мышечный дисбаланс — внешнее давление приоральной мускулатуры преобладает над давлением языка изнутри. (В норме язык, упираясь при глотании в переднюю треть твердого нёба, обеспечивает и поддерживает правильную форму зубных рядов.) Эти нарушения ведут к значительным изменениям в развитии челюстно-лицевой области, а также к нарушению артикуляции, приводящему к неправильному произношению отдельных звуков.

Функция жевания у детей с нарушением нормального соотношения развития челюстей также не может протекать полноценно, что отражается на общем состоянии развития. В норме при жевании рот должен быть закрыт, пищу нужно откусывать передними резцами, а разжевывать попеременно с левой или правой стороны жевательными зубами (молярами).

При глубоком резцовом перекрытии ребенок не может достаточно активно разжевывать пищу, ест очень долго. Открытый прикус вынуждает его откусывать пищу клыками. То же самое происходит при раннем удалении центральных резцов (более чем за год до их естественной смены), если ребенку при этом не проводится замещающее протезирование. В результате у таких детей возникают изменения в строении зубочелюстной системы, ведущие к нарушениям артикуляции.

Функциональные нарушения речевой деятельности обусловливаются также неправильным прикреплением уздечки языка, которое может быть выявлено уже в первые дни жизни ребенка. Эта патология проявляется в затруднении или даже невозможности производить полноценные сосательные движения в результате ограниченной подвижности языка. Такая проблема решается только хирургическим путем, причем желательно до первого кормления, в крайнем случае до трехмесячного возраста ребенка. Подсечение уздечки обеспечивает подвижность языка, достаточную для нормального акта сосания. Однако в ряде случаев в дальнейшем это не нормализует полностью положение и функцию языка. По данным Е.Н. Удовицкой (1987), в 3-летнем возрасте уздечка языка выглядит следующим образом: одним концом она прикреплена к языку на расстоянии 1,5 см от его кончика, другим — за выводными протоками подъязычных желез. При укорочении уздечки второй конец, минуя подъязычные железы, прикрепляется к альвеолярному отростку с язычной стороны.
При осмотре полости рта ребенка проверяют:
- состояние слизистой губ, оно нарушается при наличии вредной привычки их прикусывания;
- преддверие полости рта — мелкое, среднее, достаточной глубины;
- состояние уздечки верхней губы: нормального или аномального размера, место прикрепления. При диастеме (щели между центральными верхними резцами), если уздечка легко растяжима, оперативное вмешательство проводится перед прорезыванием постоянных зубов;
- состояние уздечки нижней губы: если прикреплена к десневому сосочку, проводится рассечение;
- прорезывание зубов: нормальное, преждевременное, запоздалое, парное или непарное, последовательность;
- прикус — взаиморасположение верхних и нижних зубных рядов при смыкании относительно друг друга. Основными признаками правильно сформированного прикуса являются: а) ровные зубные дуги; б) верхняя челюсть расположена кпереди относительно нижней; в) средняя вертикальная линия, проходящая между центральными зубами, совпадает со средней линией лица; г) коронки верхних передних зубов на 1/3 перекрывают коронки нижних передних зубов. Отклонения от этих норм являются признаками неправильно сформированного прикуса