

ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЯЗЫКА У СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ ДЕТЕЙ**Нигматова И.М.¹, Рахматуллаева Н.Р.², Рузиев Ш.Д.¹**Ташкентский государственный стоматологический институт
Тошкентская медицинская академия Ургенчский филиал, кафедра
«Стоматология»

Актуальность. Корень языка работает рефлекторно, прекрасно выполняя свою работу, и если его стараться постоянно держать наверху, то будут напрягаться мышцы, которые должны участвовать только в процессе глотания. У слабослышающих детей обычно язык расположено низко, за счет миофункционального нарушения языка. Многие дети с нарушениями слуха испытывают сухость в полости рта. Если поднимать язык к нёбу, то обнаружите, что слюноотделение увеличится. В передней части нёба есть чувствительная область (Spot palatino). Она отправляет сигнал в мозг через носонёбный нерв. Этого достаточно, чтобы включился рефлекс глотания и количество слюны увеличилось. Простым действием вы запустите процесс частого глотания, который будет эффективнее, чем напрягать корень языка.

Цель исследования. Оценивать состояние языка у детей с нарушениями слуха.

Материал и методы исследования.

Мы наблюдали 28 детей с нарушениями слуха. При этом можно анализировать, положение языка напрямую зависит от носового дыхания, как и носовое дыхание зависит от правильного положения языка. При затруднённом носовом дыхании язык вынужден покинуть своё физиологическое положение, освободив запасной путь воздуху (через рот). При этом теряют тонус все над - и подподъязычные мышцы, обеспечивающие уравновешенное положение головы (верхняя зона равновесия тела) и функциональное глотание. Если дышать через рот, то со временем верхняя челюсть и носовые дыхательные пути сужаются, а нижняя челюсть уходит назад, перекрывая доступ воздуха в носоглотку. Для обеспечения дыхания шея уходит вперёд, а голова запрокидывается назад. Для поддержания равновесия перенапрягаются короткие разгибатели шеи, формируя «вдовый горбик» и смещается равновесие затылочно-позвоночного сочленения (C0 – C1), скручивая твёрдую мозговую оболочку на переходе головной – спинной мозг, что провоцирует появление сколиоза. Лестничные и грудинно-ключично-сосцевидные мышцы, являющиеся мышцами вдоха, дисбалансируются, отключая физиологическое дыхание верхним этажом грудной клетки и ослабляя купол плевры. В результате, компенсаторно задействуются и перенапрягаются мышцы плечевого пояса для обеспечения вдоха (как бы – вдыхаем плечами). И дальше по цепи:

– теряют тонус мышцы брюшного пресса, являющиеся мышцами выдоха и составляющими мышечный корсет, который формирует внутрибрюшное давление и срединную зону равновесия тела.

– Теряют тонус ягодичные мышцы, которые стабилизируют таз, мышцы тазового дна и формируют нижнюю зону равновесия тела в статике и динамике т.к. участвуют в патерне шага (ходьбе).

– Теряют тонус связки стоп, провоцируя плоскостопие и другие дисфункции стопы, из-за нарушения тонуса всего связочного аппарата глубинной вентральной миофасциальной цепи (по Маерсу), неотъемлемой частью которой, являются связки и мышцы подъязычной кости, к которой прикреплен язык подъязычно-язычной мышцей.

Вывод. Язык в нёбном положении является структурным хранителем физиологического носового дыхания т.к. он предохраняет носовые пути от сужения вместе с верхней челюстью, обеспечивая беспрепятственную аэрацию дыхательных путей. Тем самым, препятствует гипертонии слизистой носа, пазух и носоглотки, обеспечивая сохранность кровоснабжения и клеточного обмена веществ, что поддерживает местный иммунитет и профилактирует ЛОР-заболевания.

Литература:

1. Р.Н.Нигматов, Ф.А.Шомухамедова “Ортодонтия” Тошкент 2020йил.
2. Р.Н.Нигматов, И.М.Нигматова. “Ортодонтия” Тошкент 2021 йил.
4. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / Сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М., 2001. – Гл. 5.
5. Дети с отклонениями в развитии /Под общ. ред. Н.Д. Шматко. – М., 1997.