

Миофункциональные патологии и нарушения речевой функции.

По данным мировой статистики, число речевых расстройств у детей и подростков растет, в связи с чем актуальность этой проблемы принимает глобальный характер. Совместная работа ортодонтонтов, детских стоматологов, логопедов и педагогов в детских дошкольных учреждениях позволяет выявлять и корректировать миофункциональные нарушения в самом раннем возрасте.

Являясь педагогической наукой, логопедия занимается изучением дефектов и устойчивых расстройств речи, преодолеваемых с помощью специалистов. Тесная взаимосвязь логопедии с такими медицинскими дисциплинами, как развитие челюстно-лицевого скелета, строение и функционирование органов дыхания, стоматология, ортодонтия, оториноларингология, дает возможность эффективно проводить коррекцию речевых нарушений.

Отсюда возникает необходимость тесного взаимодействия работы логопеда с перечисленными медицинскими работниками с целью улучшения качества оказываемой им профессиональной помощи, а также для своевременного выявления нарушений в строении артикуляционного аппарата, требующих специального медицинского вмешательства.

Правильное развитие речи возможно при нормально сформированных функциях речевых органов, полноценном слухе, а также при условии достаточного общения со взрослыми (полноценное речевое окружение). К сожалению, экономические проблемы организации диспансерного наблюдения и превентивного лечения детей в последние годы нарушили налаженную прежде систему субординации и междисциплинарного взаимодействия специалистов, работающих с детьми раннего возраста. И потому именно логопед зачастую является тем первым специалистом, к которому обращаются за помощью родители детей с миофункциональными отклонениями, поскольку нарушения функции речи, обусловленные этими проблемами, для родителей наиболее очевидный и значимый аспект задержки развития ребенка.

Информированность логопеда о влиянии зубочелюстных аномалий на формирование артикуляционного аппарата и знания о возрастных изменениях в строении зубочелюстной системы ребенка позволят ему своевременно выявлять дефекты в ее строении. Отсутствие у ребенка выраженных отклонений от нормы в строении артикуляционного аппарата полностью исключает диагноз механической дислалии. По-видимому, дефективное произношение звуков происходит по какой-либо другой причине. Но чтобы не допустить ошибки, важно учитывать степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретно выявленной анатомии в строении артикуляционного аппарата. Так, короткая уздечка языка может обусловить полную невозможность или неправильное произношение звука [p], а иногда и

шипящих верхней артикуляции. Но было бы неправильно связывать дефектное произношение свистящих, при артикуляции которых кончик языка находится у нижних резцов, с наличием такой аномалии. Лечение в таких случаях необходимо проводить у ортодонта.

Развитие речи – это сложный и многообразный процесс, для правильного осуществления которого необходимы: нормальная функция головного мозга, нервных проводящих путей и нормальное развитие зубочелюстной системы.

Нарушение функции речи у детей диагностируется после 3-х летнего возраста, отклонения проявляются именно в период сформированного прикуса, когда у детей закрепляются вредные привычки. В большинстве случаев речевые нарушения, так или иначе, связаны с врожденными или приобретенными дефектами органов речи. Зубочелюстная система, как и прочие системы человеческого организма, — функциональная саморегулирующаяся, способная адаптироваться к изменяющимся внешним условиям. В большинстве случаев речевые патологии так или иначе связаны с функциональными нарушениями, обусловленными особенностями строения органов речи. Так, при аномалиях строения твердого и мягкого нёба нарушается нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов, что помимо дефектов произношения звуков ведет к расстройству голосовой функции. Неправильное распределение мышечного давления при жевании, а также при нарушенных функциях дыхания, глотания и речеобразования — основная причина большинства аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Вот почему нельзя ограничиваться обследованием ребенка, приступающего к занятиям с логопедом, лишь у детского психиатра, отоларинголога и окулиста, необходимо провести его тщательный осмотр ортодонтом для своевременного выявления нарушений в развитии зубочелюстной системы, тесно связанной с формированием речевой функции.

Ортодонтия изучает этиологию, патогенез, особенности и причины возникновения зубочелюстных аномалий, а также методы их диагностики и многообразные способы лечения, как механические, так и функциональные, причем последним в российской ортодонтической школе уделялось более пристальное внимание, что способствовало лучшему пониманию ортодонтом специфики работы логопеда.

Работа в тесном контакте с ортодонтом ведет к повышению профессионального уровня логопеда и соответственно к более качественным результатам коррекции. Ведь зачастую, не подозревая, что истинная причина формирования речевых нарушений обусловлена аномалией зубочелюстной системы, логопед буквально заходит в тупик при постановке и автоматизации звуков. Такое нередко случается при механической дислалии, когда на фоне затянувшихся сроков коррекции логопед начинает менять приемы и тактику исправления дефектов речи, ошибочно подозревая стертые формы дизартрии, но это не дает результатов. Подобные ошибки могут возникнуть, например,

при глубоком резцовом перекрытии — для этой патологии прикуса характерным речевым нарушением будет сигматизм шипящих звуков, поскольку при такой аномалии прикуса расстояние между твердым нёбом и диафрагмой (дном полости) рта недостаточно для нормальной артикуляции.

Речевой аппарат человека условно принято делить на два отдела: центральный, в свою очередь подразделяемый на две части — воспринимающую и двигательную, и периферический, к которому относятся органы дыхания, голосообразования и артикуляции.

Артикуляционный отдел речевого аппарата располагается в так называемой надставной трубке (полости рта и носоглотке). Основные органы артикуляции — язык, губы, зубы, верхняя и нижняя челюсти, мягкое и твердое нёбо. Язык — наиболее активный орган артикуляции, способен занимать в ротовой полости самые разнообразные положения, образуя сближение или полное смыкание с менее подвижными органами артикуляции. Благодаря этому образуются конкретные звуки речи, придающие ей членораздельность. Дефекты в строении челюстей, зубов, языка, недостаточная подвижность последнего затрудняют артикуляцию.

Наиболее распространенные аномалии строения полости рта, требующие коррекции в дошкольном возрасте: аномальное прикрепление уздечки языка, верхней и нижней губы, мелкое преддверие полости рта, сверхкомплектные зубы. Укороченная уздечка языка нередко передается по наследству от родителей или близких родственников детей. При этом и аномалии прикуса бывают «унаследованными», когда звуки [р], [л], [с], а также шипящие при укороченной уздечке языка обычно произносятся неправильно.

Более 75% роста и формирования челюстно-лицевых структур происходит у ребенка в возрасте от 1 года до 5 лет.

Для выявления причин нарушений в строении артикуляционного аппарата необходимы тщательный осмотр ребенка и беседа с родителями:

1. Знакомство со строением артикуляционного аппарата, который во многом несет на себе следы влияния неблагоприятной наследственности и образа жизни родителей. По наследству могут передаваться такие особенности строения органов, как диастема, короткая уздечка языка, расщелина твердого нёба, недоразвитие или чрезмерное развитие челюстей.

2. Как протекала беременность (первая и вторая половина), были ли осложнения при родах, родился ли ребенок доношенным, какие заболевания он перенес в первый год жизни.

3. Как проводилось вскармливание, которое отражается на формировании глотательных, а затем жевательных функций. В связи с этим необходимо выяснить, до какого возраста происходило грудное вскармливание ребенка, с какого возраста он находился на искусственном вскармливании,

когда перешел на кормление из ложки и чашки, с какого месяца начал принимать жесткую пищу.

4. Неровные зубы у ребенка, как правило, не результат наследственности, так как примерно в 80% случаев эта проблема связана с дисфункциями и приобретенными вредными привычками.

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.

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 рефлексy — 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.

Предотвращение и устранение вредных привычек — важное звено в профилактике как зубочелюстных аномалий, так и речевых нарушений. К особенностям вредных привычек следует отнести их непроизвольность, автоматизм, поэтому от них трудно избавиться. Отсутствие у родителей элементарных знаний о последствиях вредных привычек позволяет сохраняться им у ребенка длительное время, способствуя тем самым закреплению нарушений формирования зубочелюстно-лицевой системы и правильного звукопроизношения.

Вредные привычки у ребенка в основном формируются до 1,5 лет, реже в дошкольном и младшем школьном возрасте.

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.

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 отстаёт 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).

Функциональные нарушения речевой деятельности обуславливаются 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. Если ребенок может поднять язык в виде свечи, то назначается курс занятий с логопедом до 5-летнего возраста, и только после этого проводится оперативное вмешательство с последующим продолжением занятий с логопедом.

Важно учитывать степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретной аномалии в строении артикуляционного аппарата. Так, например, при механической дислалии нередко приходится предварительно корректировать аномалии в строении зубочелюстной системы ребенка для последующей правильной постановки звуков. Вот почему для разработки правильного и последовательного плана лечения при подобных сочетанных патологиях очень важно обеспечить взаимодействие и эффективное сотрудничество логопеда и ортодонта.