**Выявление признаков миофункциональных нарушений у детей раннего возраста.**

В настоящее время по данным Минздрава РФ около 30% детей до 3 лет имеют сложности с речевым развитием. А по данным Министерства просвещения России в школах обучается более 45 тысяч детей с различными речевыми нарушениями.

Ранний дошкольный возраст – это наиболее критичный период онтогенеза в становлении и развитии речи. В нашей стране стало уделяться много внимания детям раннего возраста. Раннее выявление и коррекция нарушений помогает в будущем снизить риск многих заболеваний, в том числе и речевого недоразвития. Большая роль отводится выявлению первых миофункциональных орофасциальных нарушений (МФН)

Миофункциональные нарушения орофациальных мышц – это патологические изменения мышц челюстно – лицевой системы, обусловленные иннервационной недостаточностью и приводящие к стойким расстройствам дыхания, глотания, жевания и речеобразования (Карелина И.Б., Рубинская Н.В., Костина Я.В.). В своем анамнезе дети с МФН имеют перинатальное поражение центральной нервной системы и в дальнейшем у них проявляются легкая или средней степени тяжести дизартрия.

Выделяют причины МФН:

1.Генетическая предрасположенность (короткая уздечка языка, расщелина твердого неба, диастема, аномалии челюстей).

2.Перинатальная патология ЦНС: церебральная гипоксия, ишемия плода, родовая травма ЦНС, инфекции ЦНС.

3.Проблемы вскармливания: длительное кормление жидкой или пюрированной пищей, позднее введение в питание детей твердой пищи, вялое жевание, жевание только передними зубами, инфантильный тип глотания.

4.Патологические привычки: длительное сосание соски (больше 1,5 лет), удержание во рту разных предметов, сосание пальца, межзубное положение языка, прикусывание нижней губы или щеки.

5.Стоматологические проблемы: укороченная подъязычная связка, бруксизм, позднее прорезывание молочных зубов или их ранняя потеря из- за травм, патологическая стираемость зубов, травмы и переломы челюстей.

6.Лор -заболевания: развитие ротового дыхания, ослабление круговой мышцы рта, дисфункции жевательной, височной мышцы могут возникать при разных патологиях дыхательных путей- аденоидах, ринофарингитах, искривлении носовой перегородки.

7.Неврологические заболевания. Изменение тонуса мышц вследствие нарушения иннервации по типу гипотонии или спастичности отмечается у детей с различными формами [ДЦП](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cerebral-palsy).

Важно учитывать, что миофункциональные нарушения зачастую являются следствием комплексного взаимодействия этих причин.

Внешние клинические проявления МФН обнаруживают уже на первом месяце жизни. Можно заметить снижение проявлений безусловных рефлексов орального автоматизма, связанных с поиском пищи: поискового, хоботкового, сосательного, глотательного.

Поисковый рефлекс возникает при раздражении щеки в области угла рта – вызывает движение губ в сторону раздражителя-это рефлекс подготовки к сосанию. Угасает после 3-4 месяцев.

Хоботковый рефлекс: похлопывание в области середины верхней губы вызывает движение губ вперед, они вытягиваются в «хоботок» - рефлекс подготовки к сосанию – угасает после 2 – 3 месяцев.

Сосательный рефлекс – при тактильном раздражении губ, передней поверхности языка и твердого неба возникают сосательные движения. Рефлекс видоизменяется после 4 месяцев и гаснет к 1, 6 годам.

Глотательный рефлекс возникает в результате тактильной стимуляции задней части языка, неба, задней стенки глотки. Обычно сначала сосательная активность, потом глотание. В период новорожденности глотание предшествует сосательному рефлексу, а изменения в схеме глотания и сосания начинается с 12 недель. Если потребность в сосании не реализована, ребенок может в последствии грызть ногти, сосать пальцы и предметы.

Профилактика подобных расстройств – это полноценное грудное вскармливание. Также мы обращаем внимание на то, может ли ребенок кратковременно приподнять и удержать голову лежа на животе.

На 2 – 3 месяце должно насторожить не угасание, а, наоборот, оживление рефлексов орального автоматизма, повышение тонуса в мышцах языка, затруднения при приеме пищи, малыш не пытается захватить игрушки, не появилось более длительное удержание головы, когда держим вертикально, ребенок не начинает приседать, слабо опирается ножками.

После 4-го месяца жизни могут появляться следующие тревожные признаки: не ест с ложки полугустую пищу, с 5 -6 месяцев не пьет из чашки, которую держит взрослый, на захватывает и не ощупывает игрушки, не стоит ровно при поддержке (в норме с 5 мес.), в 7 мес. не стоит на четвереньках, не пытается ползать; в 6 месяцев не появился соматический тип сосания, спастичность мышцрта и языка, активизация рефлексов орального автоматизма, которые уже должны угаснуть, неправильное положение языка в полости рта, гиперкинезы (непроизвольные движения), носовой оттенок вокализаций или их отсутствие;

В 9 – 12 месяцев должно насторожить: трудности с жеванием (откусывание, пережевывание твердой пищи), сложности с переходом на чашку при питье, захлебывается, поперхивается, кашляет при глотании, нарушена синхронное дыхание и прием пищи, не ест хлеб, держа его в руке (норма – 7 мес.); нарушения тонуса в мышцах языка, губ; оральные синкинезии и гиперкинезы (гримасы, причмокивания, непроизвольная улыбка, подергивание щек); не ходит без поддержки, гиперсаливация (когда прорезываются зубы, это норма), повышенный рвотный рефлекс; не стоит самостоятельно не пытается ходить.

Нарушения миофункционального равновесия оказывает множественное негативное влияние на все функции челюстно-лицевой области: жевание, глотание, дыхание, речь. Ребенок с МФН имеет характерные внешние признаки. Лицо асимметрично, непропорционально, подбородок скошен, скулы не выражены. Рот постоянно приоткрыт: верхняя губа приподнята вверх, нижняя челюсть находится в отвисшем положении.

При сглатывании слюны и проглатывании пищи происходит значительное напряжение мышц подбородка и шеи, часто возникает необходимость запить пережеванную пищу водой. Жевание сопровождается «чавканьем», причмокиванием, ощущениями щелчков и хруста в височно-нижнечелюстном суставе.Ребенок постоянно дышит ртом, при разговоре прокладывает язык между зубами. Позднее отмечается искажение артикуляции звуков: различные виды [сигматизма](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/speech-distortion/lisping) (призубный, губно-зубной, межзубный, боковой), [ротацизм](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/speech-distortion/rhotacism), интердентальное произношение других звуков. Характерно нарушение силы и тембра голоса, смазанная дикция, невнятность и монотонность речи.

Миофункциональные и логопедические нарушения наиболее успешно корректируются при раннем выявлении и междисциплинарном взаимодействии специалистов. Зачастую, именно комплексный подход обеспечивает высокую стабильность результатов лечения, позволяетэффективнее и быстрее решить все сопутствующие проблемы. В обследовании ребенка принимают участие педиатры, стоматологи-ортодонты, детские неврологи и ортопеды, [логопеды](https://www.krasotaimedicina.ru/doctor/logopedist/child/), владеющие навыками миофункциональной коррекции.

Для профилактики МФН важно соблюдать рекомендации по рациональному вскармливанию детей, своевременно вводить в рацион твердую пищу, следить за правильным дыханием, позиционированием языка, отучать ребенка от вредных привычек. Важно вовремя проводить лечение ЛОР-патологии, регулярно посещать детского стоматолога. При возникновении дефектов речи необходимо обратиться к логопеду для выяснения их причин и устранения.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Миофункциональная коррекция и профилактика нарушений звукопроизношения. Е.Ф. Архипова— М.: Изд-во В. Секачев, 2017. – 92 с.

2Костина Я.В, Чапала В.М. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта. – М.: ООО ТЦ «Сфера», 2008.

3. Коррекция миофункциональных нарушений у детей раннего возраста/ Косырева Т.Ф., Царева Т.Г., Сайдулгериева А.М.// Образовательный вестник «Сознание». – 2010.