

Тема: Миофункциональные нарушения и их влияние на речь ребенка

Тема является актуальной, так как в последнее время детей с миофункциональными нарушениями (МФН) становится всё больше. И многие специалисты начинают учитывать в своей работе проблему МФН.

Миофункциональные нарушения – это снижение или повышение тонуса жевательных и мимических мышц, возникающие при нарушениях функций зубочелюстной системы (дыхания, глотания, жевания, речи).

Миофункциональные нарушения (МФН) - одна из причин возникновения нарушений речи у детей. Например, это постоянно открытый рот, межзубное произношение, деформации челюстно-лицевой области, нарушения мышечного баланса, дизартрические проявления, синкинезии и т.д.

Чаще всего логопед является тем специалистом, к которому в первую очередь обращаются родители с миофункциональными проблемами у детей, так как нарушение речи является для них значимым аспектом.

Данные нарушения не всегда правильно диагностируются, что еще больше усложняет и удлиняет без того не быструю коррекцию. В каждом отдельном случае нарушения речи носят особый характер, что определяет направления и специфику содержания коррекционной работы.

Для ее успешного осуществления важно выявить не только причины нарушения речевой функции, но и определить возможности ребенка для дальнейшей работы, грамотно составить индивидуальный план коррекционно-развивающих мероприятий, подобрать подходящие методы и приемы работы. И здесь особую важность приобретает междисциплинарное взаимодействие целого ряда специалистов: логопеда, педиатра, невролога, психиатра, детского стоматолога, ортодонта, хирурга-стоматолога, оториноларинголога, остеопата, кинезиотерапевта, психолога, педагога-дефектолога и других.

Для детей с МФН характерно - открытый рот, нарушение мышечного тонуса, недоразвитие лицевого скелета, уплощение гайморовых пазух, синяки под глазами (это следствие гипоксии, потому что страдает дыхание). Язык находится в нижнем положении, а в норме он находится на альвеолах за верхними зубами, рефлексивно возникает спазм диафрагмы, который нарушает процессы диафрагмального дыхания и создаёт проблемы с формированием речевого выдоха, нарушает дифференциацию ротового и носового выдоха.

По неофициальным данным (Маюрова Галина Михайловна) около 90% детей из общей массы имеют МФН. Дети с тяжёлыми речевыми нарушениями (ТНР) с особенностями развития практически в 100% имеют миофункциональные нарушения.

Давайте рассмотрим более подробно, что характерно для МФН:

1. Инфантильный тип глотания. Что такое инфантильный тип глотания? Ребёнок рождается с хорошо развитым механизмом глотания, которое в первые месяцы носит название инфантильного. Благодаря сокращению мышц губ, щёк, языка при сосании в полости рта младенцев

создаётся отрицательное давление, и молоко поступает в рот, а язык располагается между беззубыми дёснами, двигается вперёд-назад (реверсивно). До прорезывания первых зубов такой инфантильный тип глотания, при котором язык упирается в губы, является физиологической нормой. Но по мере прорезывания молочных зубов сосание заменяется жеванием и тип глотания у ребёнка перестраивается на **соматический**. Обычно это формируется к 2-м годам и процесс перестройки от инфантильного типа глотания к соматическому должен быть завершён.

Если ребёнок постоянно употребляет жидкую пищу, несмотря на наличие у него зубов, то полноценный акт жевания у него не формируется и перехода от инфантильного типа глотания к соматическому не происходит. **Если мы** видим ребёнка после 2-х лет с инфантильным типом глотания, то это уже не норма. Необходимо с такими детьми работать над изменением типа глотания, что будет являться профилактикой нарушений звукопроизношения и профилактикой задержки речи в целом.

2. Неправильное положение языка в покое. Второй параметр, на которой мы должны обратить внимание. В норме язык должен находиться вверху на альвеолах за верхними зубами. У детей с инфантильным типом глотания при МФН - язык по разным причинам находится внизу, давит на нижнюю челюсть, рот приоткрывается, потому что челюсть и язык, как достаточно тяжёлые мышечные органы давят вниз, мышцы становятся всё слабее и слабее, ребёнок не может контролировать процесс закрывания рта. Соответственно раз у нас язык внизу и рот приоткрылся, ребёнок начинает дышать ртом.

3. Ротовое дыхание. Если есть размыкание губ на 2-3 мм - это говорит о смешанном типе дыхания, которое впоследствии может перейти в ротовое дыхание, нарушения могут усугубляться с каждым днём.

4. Нарушения тонуса жевательной и мимической мускулатуры - имеет большое значение при работе по постановке звуков. Почему? Потому что тонус у детей нарушается значительно. Когда они к нам попадают на постановку звуков после 4-5 лет, к этому времени МФН чаще всего активно делают своё дело, там уже могут быть серьёзные изменения в лицевом скелете. Самым проблемным является то, что Вы работаете с ребёнком активно, получаете положительные результаты, автоматизируете уже звуки, радуетесь успехам, и вдруг ребёнок заболел или ушёл в отпуск и через 2-3 месяца ребёнок возвращается, и Вы видите, всей вашей работы нет, что как будто вы не работали с этим ребёнком. Эти обратные откаты связаны с тем, что у ребёнка чаще всего есть инфантильный тип глотания, и когда вы перестали с ним работать, у него опять произошло изменение состояния мышечного тонуса, ребёнок не в состоянии делать то, что он отработал с вами. **Поэтому у ребёнка с МФН, когда работаем над коррекцией звукопроизношения, мы должны сформировать правильное положение языка в покое и при глотании, правильное дыхание - это будет подготовительным этапом постановки звуков.** Затем будем осуществлять постановку и автоматизацию звуков. Тогда результаты будут более стабильными, не будет откатов назад.

5. Нарушение процессов жевания и глотания. Процесс жевания и глотания неразрывно связаны с процессами речи. Потому что в процессе жевания и глотания, и в процессе говорения работает одна и та же мускулатура. Если ребёнок с нарушениями вскармливания, если не сформировался переход от одной пищи - жидкой к другой, нормальной, твёрдой, качество речи ухудшается. У ребенка будет наблюдаться задержка или другие нарушения звукопроизношения.

Причинами МФН могут быть:

Генетические-25%.

Вредные привычки: сосание пальца (влияет на формирование неправильного прикуса), соски после года, прикусывание губ, щёк, языка, прокладывание языка между зубами.

Ротовое дыхание, которое может возникать в различных ситуациях. Ребёнок может начать дышать ртом из-за частых простудных заболеваний, когда заложен нос. Либо аллергический ринит, аллергическая реакция на что-то, которая затрудняют носовое дыхание.

Инфантильное глотание. Перестройка на правильное глотание с инфантильного глотания тоже может быть связана с разными факторами, в том числе это могут быть и дизартрические расстройства. Из-за того, что у ребёнка были какие-то поражения во время беременности и родов, которые привели к нарушениям иннервации мышечного тонуса в полости рта, и мышцы языка не имели возможности сформировать правильный паттерн. Это могли быть нарушения вскармливания, например: мама неправильно держит бутылочку, бутылочка давит на нижнюю челюсть, этим самым формирует неправильный паттерн глотания.

Вялое сосание и жевание, т.е. мышцы работали плохо и это тоже приводит к МФН.

Раннее удаление молочных зубов. При раннем удалении зубов специалисты рекомендуют пользоваться трейнерами (съёмный ортодонтический аппарат для исправления прикуса), для того, чтобы челюсть правильно развивалась у ребенка.

Подводя итоги, необходимо отметить, что при выявлении миофункциональных нарушений необходим междисциплинарный подход к диагностике и лечению детей. Работая в междисциплинарном подходе желательно иметь консультации: невролога, ортодонта, остеопата, отоларинголога, психолога, для того чтобы понимать целостную картину.