

Консультация для родителей

Звукопроизношение и отсутствие зубов в детском возрасте, есть ли взаимосвязь?!

Подготовила: учитель-логопед Абрамова И.А.

У каждого ребенка есть период смены молочных зубов на постоянные. Детский организм индивидуален: у одних детей первый зуб начинает шататься уже в 4-летнем возрасте, тогда как у других это может случиться к 6 годам.

В среднестатистической норме процесс смены молочных зубов на постоянные начинается у ребенка в 5-летнем возрасте. Порядок выпадения молочных зубов очень индивидуален для каждого ребенка. Чаще всего выпадение старых зубов происходит в той же последовательности, в какой они когда-то прорезывались. Кроме того, не следует забывать, что количество «детских» (молочных) и «взрослых» (постоянных) зубов неодинаково.

Отсутствие у ребенка передних зубов препятствует у него постановке свистящих ([с], [с'], [з], [з'], [ц]) и губно-зубных ([в], [в'], [ф], [ф']) звуков. Отсутствие коренных – постановке шипящих ([ш], [щ], [ч], [ж]) и [р].

К счастью, зубы у ребенка имеют свойство вырастать, поэтому самый простой выход – просто подождать пока они вырастут. Но, к сожалению, зубы у ребенка обладают прямо противоположным свойством, пока одни зубы благополучно растут, другие быстренько один за другим отваливаются. Так что ожидание может и затянуться.

Бывает, что зубы выпадают или утрачиваются одновременно и растут чрезвычайно медленно. Что же делать в такой ситуации?

Ведь при отсутствии большого количества зубов речь звучит крайне неразборчиво? В таких ситуациях лучше не дожидаться полного восстановления зубного ряда, а ставить произношение тех звуков, которые возможно поставить.

Какие звуки можно ставить при отсутствии зубов?

Если отсутствуют верхние резцы – повремените с постановкой звуков В, Ф, а также свистящих С, З, Ц и их мягких вариантов.

Если отсутствуют нижние резцы – все звуки можно ставить, кроме свистящих это С, З, Ц и их мягких вариантов.

Если у ребенка есть верхние резцы, но нет нижних – то можно корректировать произношение при верхнем положении кончика языка.

Если нет верхних коренных зубов – придется подождать с постановкой звуков шипящих Ш, Щ, Ж, Ч, а также со звуком Р.

Если нет нижних коренных зубов, но есть верхние – шипящие звуки, а так же звук Р можно поставить близко к их правильному звучанию, а после того как зубы вырастут уточнить их правильное звучание. Постановке прочих звуков отсутствие коренных зубов не мешает.

Взаимосвязь строения зубочелюстной системы и особенностей артикуляции звуков.

Знание особенностей артикуляционного аппарата, роста и строения зубочелюстной системы, характерных для определенных возрастных периодов развития ребенка, помогает своевременно выявлять факторы риска возникновения аномалий прикуса и механической дислалии. Как правило, факторы риска формирования подобных нарушений закладываются у ребенка в самом раннем возрасте, в период так называемого молочного (или временного) прикуса и закрепляются в виде вредных привычек, дисфункций и парафункций, связанных с работой мышц приоральной области, влияние которых на формирование зубочелюстно-лицевой системы особенно значимо.

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.

Часто истинная причина формирования речевых нарушений обусловлена аномалией зубочелюстной системы. 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.

Для выявления причин нарушений в строении артикуляционного аппарата необходимы тщательный осмотр ребенка и беседа с родителями, ключевые вопросы которой освещены ниже.

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.

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 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. Вредные привычки у ребенка в основном формируются до 1,5 лет, реже в дошкольном и младшем школьном возрасте. Если вредная привычка уже сформировалась, родителям, педагогам и логопедам следует бороться именно с привычкой, а не с ребенком. Ведь малыш и сам заинтересован в ее преодолении. Для борьбы с вредными привычками сегодня предлагаются простые и эффективные средства профилактики — стандартные вестибулярные пластинки, которые поможет подобрать ортодонт или детский стоматолог.

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 результате, как правило, развивается ринолалия, и поход к логопеду неизбежен. В процессе коррекции подобных нарушений важно прежде всего уделить внимание нормализации типа дыхания, для чего также необходимо направить ребенка на консультацию к ортодонту и отоларингологу для восстановления носового дыхания с помощью специальных упражнений — так называемой миогимнастики (комплексы упражнений для губ и языка).

Глотание и жевание оказывают большое влияние на формирование зубочелюстной системы. При искусственном вскармливании очень важно соблюдать следующие правила:

- соска должна быть надета на бутылку с широким горлышком, иметь три маленьких отверстия и быть упругой;
- бутылочку необходимо держать под углом в 45°, не оказывая давления ею ни на верхнюю, ни на нижнюю челюсть;
- держать ребенка на руках преимущественно в одной и той же позе — так, как при кормлении грудью;
- своевременно добавлять прикорм и переходить на кормление твердой пищей согласно рекомендациям педиатра;
- при кормлении из ложки ее следует подносить к губам, а не вводить непосредственно в рот. Малыш должен тянуться к ложке, это движение — своего рода тренировка мышц челюстей. Ложка для ребенка в возрасте 1 года — основной столовый прибор.

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.

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 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.

Различают молочный (временный) прикус в возрасте от 6 мес. до 5—6 лет, сменный — от 6 до 12 лет и постоянный (после прорезывания постоянных зубов). В молочном (временном) прикусе, в свою очередь, различают три периода: период формирующегося временного прикуса в возрасте с 6 мес. до 3 лет, сформированного временного прикуса — с 3 до 5 лет и предшествующий смене зубов — с 5 до 6 лет. Молочные зубы за свой короткий срок собирают массу информации для постоянных зубов, обеспечивают место для их правильного прорезывания. Важно знать, что при удалении или потере молочного зуба более чем за год до прорезывания постоянного необходимо направить ребенка на замещающее протезирование, чтобы избежать сужения и деформации зубных рядов, которые могут отрицательно сказываться на артикуляции. Своевременность, парность и последовательность смены временных зубов на постоянные определяют правильность формирования зубной дуги.

Или другой пример. Боковой открытый прикус может обусловить боковой сигматизм, а не губно-зубной. К последнему может предрасполагать прогнатия, когда нижняя губа, часто произвольно, подтягивается под выступающие вперед верхние резцы, благодаря чему вместо звука [с] слышится [ф].

Итак, при очень короткой уздечке языка постановка звука [р] возможна только после оперативного вмешательства, а преодолению межзубного сигматизма должно предшествовать устранение открытого прикуса во фронтальном отделе.

Известно, что в результате прокладывания языка между зубами при открытом прикусе у ребенка нарушается дикция, ему трудно произносить свистящие звуки. Но логопед не сможет поставить правильное произношение звуков, если состояние артикуляционного аппарата, обусловленное нарушениями строения зубочелюстной системы, не позволяет это сделать. Лечение в таких случаях необходимо проводить у ортодонта.