**Особенности формирования** **двигательной функции артикуляционного аппарата и произносительной стороны речи у детей с аномалией уздечки языка.**

**Признаки короткой уздечки языка.**

 У новорожденных детей признаками патологии уздечки являются:

* затрудненное сосание,
* глотание,
* быстрая утомляемость при сосании груди,
* соски с маленьким отверстием.

 Матери отмечают, что во время кормления дети щелкают языком. Они не высасывают достаточное количество молока, иногда поперхиваются, медленно глотают, у них подтекает молоко в уголках рта. Малыши проявляют беспокойство при кормлении, что вынуждает матерей прибегать к искусственному вскармливанию, нередко дети сами отказываются от груди.

У детей первого полугодия жизни в 80 % отмечается задержка формирования речевых реакций: отдельные звуки появляются к трем месяцам. Истинное певучее гуление отсутствует. К 5 месяцам малыши начинают произносить звуки «ЭНЬ», «ЭЛЬ», «АЛЬ», «АНЬ» и т.п. Звуковое наполнение характеризуется бедностью, слабой интонационной окраской. К году звуковое наполнение остается недостаточным. К двум годам дети произносят начальные или конечные звуки в словах.

Признаки аномалии уздечки языка проявляются в нарушении подвижности мышц мимической мускулатуры; сглаженности носогубных складок, слабой подвижности губной мускулатуры. Ребенок не может в достаточном объеме растянуть рот в улыбке, округлить его. Это ведет к неправильному произношению гласных звуков. Дыхание долгое время остается поверхностным, выдох слабым. Голос звучит невыразительно, страдает интонационная окраска.

К началу дошкольного возраста отмечается нарушение своевременного формирования моторных укладов звуков, медленная их автоматизация.

Речь у таких детей смазанная, невнятная. Они могут повторить отдельные звуки, слоги правильно, но в словах, фразах, опускают, например, звуки «М», «М'», «Б», «Б'», «В», «В'», «Ф», «Ф'». Объясняется это ограничением подвижности губ, нижней челюсти, языка. [Л. П. Григорьева, 1984 г.]

 В результате укорочения уздечки язык становится малоподвижным, затруднено облизывание губ, при высовывании кончик языка раздваивается, ребенок не может достать им твердое небо или кончик носа. Очень часто у детей с короткой уздечкой наблюдается высокое готическое небо при сужении верхней челюсти. Чаще всего таким детям ставят заключение: «Стертая форма дизартрии».

 Таким образом, все вышеуказанные особенности предрасполагают к следующим нарушениям:

1. Произношение звуков «С». «3», «Ц». Наблюдаются следующие варианты нарушений:

* межзубное произношение в процессе формирования открытого прикуса в переднем отделе зубных дуг;
* призубное произношение, т.е. свистящие заменяются звуками «Т», «Д». В данном случае кончик языка упирается в края верхних и нижних резцов, в результате чего воздух не протекает между резцами;
* боковое произношение, когда кончик языка лежит на нижней десне, а спинка выгнута к твердому небу. Струя воздуха растекается по его краям и внутренней поверхности зубов, возникает хлюпающий звук Это же происходит, когда кончик языка отклоняется в сторону.

2. Нарушения произношения звуков «Ш», «Ж», «Ч», «Щ». Отмечаются следующие варианты:

* Мягкое произношение шипящих. Звуки произносятся спинкой языка, его кончик лежит на нижней десне;
* Боковое произношение, когда струя воздуха растекается по краям языка и внутренней поверхности зубов;
* Призубное произношение, когда идет замена шипящих звуками «Т», «Д».

3. Нарушается произношение звуков «Л»: «Л» = «В», «Л» = О (отсутствует) и «Р»: «Р» = «ЛЬ», «Р» = 0 (отсутствует), «Р» = «В», «Р» = «Л», «Р» — «Ы», «Р» = «Г».

 Отмечается довольно часто нарушение произношения йотированных звуков: чаще всего идет замена на звук «ЛЬ».

 Формирование звукопроизносительной стороны речи в условиях патологического состояния ведет к задержке слухового, а затем и фонематического восприятия. Поэтому у детей с патологией уздечки часто отмечаются характерные особенности данного нарушения:

* замена близких по звучанию фонем, их пропуски и перестановки,
* недоговаривание слов, а в дальнейшем ошибки на письме.

 К младшему школьному возрасту в результате укорочения уздечки возникают различные стойкие варианты приспособления ребенка к данной аномалии, формируются определенные виды движений языка.

При нормальной уздечке в состоянии физиологического покоя кончик языка прилегает к небной поверхности верхних передних зубов. При укороченной уздечке язык поднимается недостаточно, вследствие чего не оказывает нужного давления на верхний зубной ряд, не противостоит давлению мышц губ щек. Под воздействием губы верхние резцы могут наклоняться в небном направлении; при этом развивается прикус за счет уплощения переднего участка верхнего зубного ряда.

 Давление малоподвижного языка передается на передний участок нижней челюсти и способствует его росту. При ограниченной подвижности кончика языка гипертрофируются мышцы его корня, что может нарушать проходимость воздушной струи через носоглоточное пространство. Открытый прикус при укороченной уздечке может быть как в переднем, так и в боковых участках зубных рядов.

 В переднем участке он возникает как следствие расположения кончика языка между зубами в связи с невозможностью поднять его к небной поверхности резцов.

 В боковых участках открытый прикус развивается вследствие постоянного распластывания языка между боковыми зубами, что препятствует их смыканию. Аномалии прикуса, развившегося в результате нарушения функции языка, отличаются значительной устойчивостью. Даже длительное пользование ретенционным аппаратом после устранения аномалии прикуса не всегда обеспечивает стойкие результаты ортодонтического лечения. После снятия ретенционного аппарата под влиянием привычной неправильной функции языка может наступить рецидив аномалии. (По наблюдениям Ю.А. Образцова, И.А. Варакиной, 1985 год).

 Таким образом, указанные признаки короткой уздечки объясняются следующими причинами:

* укорочением самой уздечки;
* неправильным ее прикреплением;
* формой и плотностью;
* особенностями соединения волокон уздечки с мышцами языка.