Консультация

Особенности постановки звуков при нарушении строения челюсти и зубного ряда.

Подготовила Рорбах Евгения Вячеславовна

учитель-логопед
МБДОУ коррекционного вида д/с №8 «Солнышко»

г. Новоалтайска.

Новоалтайск 2012г.

По данным мировой статистики, число речевых расстройств у детей и подростков, обусловленных миофункциональными нарушениями, растет, в связи с чем актуальность этой проблемы принимает глобальный характер.

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.

При выявлении подобных отклонений очень важно разъяснить родителям комплексную первопричину нарушений, а не только исключительно речевую проблему, и своевременно поставить ребенку правильный диагноз, для чего может потребоваться консультация ортодонта, хирурга-стоматолога и отоларинголога.

Знание логопедом особенностей артикуляционного аппарата, в том числе роста и строения зубочелюстной системы, характерных для определенных возрастных периодов развития ребенка, помогает своевременно выявлять факторы риска возникновения аномалий прикуса и соответственно причины 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. Работа в тесном контакте с ортодонтом ведет 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. 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.

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 у вас в приложении 1.

Нарушения естественного развитие челюстно-лицевой области ребенка, могут быть следствием вредных привычек. К ним 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 рефлексы* — 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.

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.

Так 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.

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

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. Нормализации функции глотания способствует гимнастика(приложение 2 )

*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).

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.

Перед началом коррекционной работы логопед проводит обследование. При осмотре полости рта ребенка проверяют-обратите внимание на слайд.\*

Основными признаками правильно сформированного прикуса являются-вы увидите на следующем слайде.\* Отклонения от норм, описанных на слайде, являются признаками неправильно сформированного прикуса (рис. 1).

. 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. При неправильном произношении звуков, но внятной речи (дислалия), при неправильном произношении и невнятной речи (дизартрия, рино-, тахи-, брадилалия) и заикании детям необходима консультация ортодонта. У детей, которые лечатся только у логопеда, сроки лечения удлиняются. 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 [р], 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.

Или другой пример. Боковой открытый прикус может обусловить боковой сигматизм, а не губно-зубной. К последнему может предрасполагать прогнатия, когда нижняя губа, часто непроизвольно, 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. Но несмотря на вышесказанное от логопедов требуют результатов по постановке звуков.

В настоящее время появились современные стандартные средства для миофункциональной коррекции в речевой терапии. К сожалению они остаются для нас не доступными так как отсутствуют в продаже и являются дорогим удовольствием. Но я предлагаю вам познакомится с ними. Так как зная принципы их работы при коррекции тех или иных нарушений можно подумать, чем заменить их.

Давайте начнём с **нарушения произношения звука [р].** Наблюдается при укороченной уздечке языка, сужении челюстей, глубоком прикусе, нарушении подвижности кончика языка. Для детей в возрасте от 3 до 5 лет очень эффективна тренировка с применением *пластинки с бусинкой\** . Бусинка, закрепленная на проволоке, удерживает язык в физиологически правильном нёбном положении. Поместив пластинку в полость рта, ребенок сразу начинает инстинктивно катать бусинку языком по твердому нёбу, стимулируя, таким образом, тонус язычной мышцы. Заменяю грецким орехом меньшего размера. Пробковой пробкой. Крупной бусиной с двумя большими пуговицами. (Использую индивидуально для каждого реёнка) Хорошие результаты дает использование пластинки с бусинкой и при заикании и дизартрии, поскольку действие пластинки оказывает расслабляющее действие и мягко снимает судорожное напряжение мышц речевого аппарата (

Катая языком бусинку по нёбу, ребенок стимулирует корень языка, поднимая его вверх. Если неправильное глотание осложнено нарушением дыхания, то у ребенка тренируется носовое дыхание.

**Артикуляция при воспроизведении звуков [т] и [д]**

Для произношения звука [т] характерно отдергивание нижней челюсти одновременно со взрывом язычно-нёбного затвора, производящего звук [т]. Расстояние между верхними и нижними резцами — до 5 мм. Кончик языка поднят к шейкам верхних резцов и образует прочный затвор при произношении звука [т] и менее прочный при произношении звука [д]. При этом боковые края языка прижаты к жевательным зубам. Нарушение произношения этих звуков появляется при следующих нарушениях:

открытый прикус;

нарушение подвижности языка вверх;

прокладывание языка между зубными рядами при неправильном глотании.

Перед занятиями с логопедом необходимо в течение 30 мин выполнять разминку мышц, поднимающих язык. Эффективно в этих целях использовать вестибулярную пластинку с бусинкой. Такую тренировку желательно проводить дома ежедневно по 10—20 мин. Использую пробковую пробку. Пробку устанавливаю между зубами и прошу произносить звук Д. **Артикуляция при воспроизведении звуков [ш] и [ж]**

Шипящие [ш] и [ж] относятся к группе язычно-передненёбных звуков. Для звука [ш] характерна следующая артикуляция. Губы несколько выпячены вперед, между ними, а также между верхними и нижними зубами должно быть минимальное расстояние. Между твердым нёбом и языком образуется щель, боковые края языка смыкаются с верхними жевательными зубами, а расширенный кончик языка приподнят, но с твердым нёбом не соприкасается. Для звука [ж] характерна такая же артикуляция, но язык поднят более высоко по направлению к твердому нёбу.

Искажению шипящих звуков [ш] и [ж] способствуют:

глубокий прикус;

прогнатия;

язычный наклон зубов (внутрь);

ограниченная подвижность языка и губ.

При таких нарушениях эффективна комплексная тренировка при помощи вестибулярной пластинки с бусинкой Помимо разминки языка здесь добавляется тренировка круговой мышцы рта — ребенку предлагается крепко удерживать пластинку губами, в то время как взрослый с усилием вытягивает ее за кольцо, словно отнимая, прерывистыми короткими движениями. На следующем этапе можно усложнить задачу, предложив ребенку одновременно катать бусинку в полости рта.

Пластинку с бусинкой используют также при дизартрии, характеризующейся порезами артикуляционных мышц. Поместив пластинку в полость рта, ребенок начинает интенсивно катать бусинку языком по твердому нёбу, стимулируя тем самым тонус язычной мышцы. Применять эту пластинку можно как во время занятий с логопедом, так и дома. Заменяю грецким орехом, пробковой пробкой, бусиной между пуговицами.

**Артикуляция при воспроизведении звуков [с] и [з]**

Эти звуки относятся к группе язычно-зубных. При их произношении верхние и нижние резцы сближены приблизительно на 1—1,5 мм и расположены или в одной фронтальной плоскости или нижние резцы находятся немного лингвальнее. Язык в средней части приподнят, расширен. Кончик языка упирается в нижние резцы, а боковые его края прилегают к нёбным поверхностям верхних боковых зубов. Посередине спинки языка образуется продольный V-образный желобок. Проходя по нему, струя воздуха образует выраженный свистящий звук. Образование звука [з] отличается от артикуляционного уклада звука [с] незначительным поднятием спинки языка к твердому нёбу и вибрацией голосовых связок. Четкость и чистота звуков [с] и [з] зависят от ширины речевого промежутка — щели между верхними и нижними резцами при произношении этих звуков. Если щель сделать несколько шире, то согласный звук [с] получится менее отчетливым, со свистящим шумом.

Нарушение четкости звуков [с] и [з] обусловлено губно-зубным стигматизмом — нарушением правильного произношения свистящих звуков. При произношении звука [с] нижняя губа подтягивается к верхним резцам, «деформируя» речевой промежуток.

При *межзубном* сигматизме язык помещается между верхними и нижними резцами и вместо свистящего оттенка акустически формируется шепелявость. Для *призубного* сигматизма характерно такое движение кончика языка, при котором он, упираясь в верхние резцы, закрывает выход струи воздуха.

Нарушение произношения звуков наблюдается при:

открытом прикусе;

перекрестном прикусе;

слабой подвижности языка;

ротовом дыхании;

глотании с упором языка в нижнюю челюсть (так называемый инфантильный тип глотания).

Детям до 5 лет от прокладывания языка показано использование пластинки с заслонкой **\***

Сделана из прозрачного гипоаллергенного материала, что помогает контролировать положение языка. Если у ребенка открытый прикус и он во время постановки логопедом звука (при межзубном сигматизме) не может придать своему языку нужное положение, то заслонка пластинки помешает прокладывать язык между зубами, способствуя, таким образом, коррекции открытого прикуса. Пластинка свободно располагается в преддверии рта перед зубами и удерживается на месте благодаря смыкательному рефлексу губ. Этот рефлекс закрепляется во время дневного ношения (2 ч в день).Использую внешнюю часть от пустышки, кольцо от пустышки, одну большую пуговицу с бусиной.

Для устранения симптомов недоразвития нижней челюсти назначается комплекс миогимнастики посмотрите в приложениии, но дополненный использованием мягкой или жесткой (при протрузии верхних зубов) вестибулярной пластинки с козырьком. Пластинка способствует выдвижению нижней челюсти вперед, нормализует ее горизонтальный рост, и, следовательно, баланс и положение головы относительно позвоночника.

Ещё раз хочу обратить ваше внимание на взаимосвязь зубочелюстных аномалий и нарушения осанки

Риск развития зубочелюстных аномалий напрямую связан с нарушением осанки. И этот фактор не следует недооценивать и ждать, пока все само собой образуется.

Привычка ребенка спать на спине, запрокинув голову назад или склонив ее на грудь, ведет к нарушению роста нижней челюсти и деформациям позвоночника в шейном отделе. Неправильная посадка за столом вызывает ассиметричные изменения в плечевом поясе, которые в свою очередь могут привести к формированию перекрестного прикуса.

Детей с асимметрией плеч, лопаток (рис. 20) необходимо обязательно направлять на консультацию к ортодонту и ортопеду. Диспропорция роста челюстных костей независимо от причины в каждом конкретном случае меняет конфигурацию лицевого скелета.

Из вышесказанного следует, что эффективность результатов речевой коррекции зависит от правильно построенного алгоритма работы логопеда, его взаимодействия с сопряженными специалистами. Прежде чем начать работу с ребенком, имеющим речевые нарушения, логопеду необходимо иметь заключение от таких специалистов, как хирург-стоматолог и ортодонт. К сожалению, сегодня далеко не все логопеды, приступая к работе с детьми, имеют возможность получить достоверные сведения о состоянии и функциях артикуляционного аппарата ребенка от соответствующих специалистов. Этому мешает ряд организационных недоработок: например, в стандартной *форме-направлении* в логопедическую группу отсутствует графа о состоянии артикуляционного аппарата, наличие заключения ортодонта и хирурга-стоматолога.

К сожалению, надо признать, что из деятельности ортодонта за последние годы полностью выпала *профилактическая работа с дошкольниками,* в то время как, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.05.2006 г. № 289, ортодонт обязан осуществлять профилактическую и лечебно-диагностическую работу с детьми с первых месяцев жизни. А в нашем городе ортодонта к сожалению нет вообще.