

Wpływ przewlekłych stanów zapalnych górnych dróg oddechowych na zaburzenia mowy.

Z przeprowadzonych w ostatnich latach badań wynika, że około miliard ludzi cierpi na przewlekłe choroby układu oddechowego. W latach 90 wg danych WHO, nastąpił gwałtowny wzrost zachorowań na astmę i choroby alergiczne, a za prawdopodobne przyczyny tego uważa się: zmiany środowiskowe, zanieczyszczenie środowiska, skażenia wody, chemizację żywności, nie ekologiczny tryb życia. Dolegliwości te dotyczą przede wszystkim dzieci.

Pierwsze objawy chorobowe pojawiają się około drugiego miesiąca życia dziecka, około szóstego miesiąca widoczne są już objawy ze strony układu oddechowego w postaci zatkanego nosa, sapki, świszczącego oddechu, kaszlu, między szóstym a siódmym rokiem życia dzieci cierpią na katar sienny, astmy, pokrzywki i alergię. Objawy przewlekłych zapaleń górnych dróg oddechowych uwiadcniają się więc w okresie, kiedy dziecko utrwala nawyki w sposobie realizowania oddychania, ssania, połykania, żucia, gryzienia. Wszystkie te funkcje, będące bazą dla artykulacji, mają w tej sytuacji od początku nieprawidłowe, patologiczne podłoże dla swego rozwoju i wywierają niekorzystny wpływ na tworzące się wzorce artykulacyjne głosek już od okresu niemowlęcego.

Niedrożności nosa, przerost układu limfatycznego gardła, przerost trzeciego migdałka czy migdałków podniebiennych bywają często przyczyną osłabienia słyszenia fizjologicznego. Przyczyniają się do powstawania stanów zapalnych ucha środkowego, utrudniają prawidłowy odbiór mowy z otoczenia i co za tym idzie – właściwe tworzenie wzorców słuchowych głosek czy wyrazów. Są też przyczyną osłabienia autokontroli słuchowej produkowanych dźwięków, a więc upośledzają też rozwój słuchu mownego dziecka już w pierwszym roku życia, a także w istotnych dla jego doskonalenia latach późniejszych.

Przewlekłe stany zapalne górnych dróg oddechowych stały się w ostatnim dwudziestoleciu główną przyczyną lawinowo narastającej liczby dzieci cierpiących na tzw. wymowę międzyzębową. Badania logopedyczne dzieci i młodzieży, przeprowadzone w latach 2009 - 2012, wykazały, że u około 70% dzieci z wadą wymowy można stwierdzić bardziej lub mniej nasiloną międzyzębowość czy przyzębowość, jak również zaburzone oddychanie. U dzieci tych język w poszukiwaniu „ekonomicznej przestrzeni oddechowej” układa się w jamie ustnej zbyt płasko i wysuwa poza siekacze w sposób bardziej lub mniej widoczny albo napierając na zęby z dużą siłą, przyczynia się do powstawania wad zgryzu. Dzieje się tak podczas połykania, oddychania, mówienia i jest przyczyną wady wymowy o różnym, czasami bardzo poważnym stopniu nasilenia, uniemożliwiającym otoczeniu odbiór zniekształconej mowy. Ma to miejsce szczególnie wówczas, gdy współistnieją inne czynniki, które wywierają patologiczny wpływ na rozwój artykulacji: zastępowanie karmienia naturalnego niemowląt sztucznym karmieniem, uniemożliwiającym wykształcenie prawidłowych umiejętności ssąco – żujących u niemowląt, zbyt długie karmienie dziecka pokarmami o konsystencji papkowatej, nadużywanie podawania dzieciom smoczków i gryzaczek. Naturalne karmienie jest, obok fizjologicznego i najkorzystniejszego treningu funkcji przedartykulacyjnych, doskonałym zabezpieczeniem niemowlęcia przed chorobami górnych dróg oddechowych: wzmacnia jego odporność, jest czynnikiem ułatwiającym powrót do zdrowia dzieciom chorym i szansą na wzmocnienie czy przywrócenie osłabionych lub zaburzonych funkcji połykowo – oddechowych przez niekiedy z pozoru błahe infekcje. Zaburzenia układu i pracy języka są też istotnym czynnikiem kształtującym wady zgryzu i utrwalającym wadę wymowy. Przewlekłe schorzenia górnych dróg oddechowych, zaburzone oddychanie, zaburzenia ssania, żucia, gryzienia, spowodowane błędami w sposobie karmienia dzieci i wady zgryzu, będące ich konsekwencją, sprawiają, że zaburzenia mowy związane z zaburzonymi funkcjami oddechowo – połykowymi, a przede wszystkim międzyzębowość to wady złożone

i wymagają długotrwałej terapii logopedycznej, a każda przypadkowa infekcja osłabia jej pozytywne efekty.

Terapia międzyzębowości wymaga niekiedy równoczesnej współpracy logopedy z alergologiem, foniatrą, laryngologiem, otolaryngologiem i ortodontą. Tylko konsekwentne współdziałanie tych specjalistów gwarantuje jej pozytywne rezultaty. Interwencję logopedyczną podejmujemy z chwilą pojawienia się nieprawidłowości, a u dzieci z grupy ryzyka należy podjąć działania profilaktyczne, aby nie dopuścić do pogłębiania i utrwalania patologii, tym bardziej, że konsekwencje są zwiastunem przyszłych niepowodzeń szkolnych.

Opracowanie na podstawie literatury i źródeł internetowych – B. Pawłowska