

*Natalia Siudzińska*  
(Uniwersytet Warszawski)

## **ZASADY POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO W WYPADKU DZIECI Z ROZSZCZPEM PODNIEBIENIA I WARGI**

Celem artykułu jest syntetyczny opis postępowania logopedycznego w wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych. W opisie tym skupiam się na elementach, które u dzieci z tą wadą są najistotniejsze, oraz – co wydaje mi się wyjątkowo ważne – na tym, czego nie wolno robić w trakcie stymulowania rozwoju mowy oraz usprawniania zaburzeń u dzieci z dysfunkcją podniebienia miękkiego.

Literatura na temat zaburzeń mowy u osób z rozszczepem, a także ich terapii, jest dość bogata, choć skupiona w dużym stopniu na aspektach teoretycznych. Za najważniejsze prace, poruszające tę tematykę, należy uznać publikacje Ireny Styczek [1970, 1980], Marii Hortis-Dzierzbickiej i Elżbiety Stecko [2005], Barbary Wiśniewskiej [2005] oraz liczne publikacje Danuty Pluty-Wojciechowskiej [np. 2006, 2011, 2015, 2016]. Publikacje te zawierają opisy warunków anatomicznych, zaburzeń mowy dzieci, standardów postępowania oraz różnego rodzaju propozycji dotyczących terapii logopedycznej. Brakuje jednak jednoznacznych regulacji na temat postępowania logopedycznego: co wolno, a czego nie wolno robić. Informacje te często są rozproszone w tekstach lub podawane zbyt ogólnie.

Błędne założenia w programach terapeutycznych oraz niewłaściwie dobrane ćwiczenia mogą sprawiać, że terapia nie będzie skuteczna, w niektórych wypadkach zaś może być nawet szkodliwa. Źle dobrane zadania będą utrwalać nieprawidłowe nawyki. Poza tym, jeśli dziecko nie jest w stanie wykonywać przygotowanych dla niego zadań, szybko się zniechęca i wycofuje. Z tych właśnie powodów zdecydowałam się zebrać i uporządkować najistotniejsze informacje na temat stymulacji i terapii dzieci z rozszczepem.

Dzieci z rozszczepem podniebienia stanowią grupę o dużym ryzyku wystąpienia zaburzeń rozwoju mowy. Wiąże się to z nieprawidłową budową anatomiczną narządów artykulacyjnych (brak ciągłości w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia twardego i miękkiego) oraz z zaburzeniami funkcji prymarnych (oddychanie, słyszenie, przyjmowanie pokarmów), warunkujących późniejszą mowę (a dokładniej artykulację) [por. np. Stecko 2005; Pluta-Wojciechowska 2015, 729]. Rozwój

motoryczny w obrębie aparatu artykulacyjnego jest ważny, ponieważ nieprawidłowości w tym zakresie mogą prowadzić do znacznych zaburzeń wymowy, a te z kolei mogą rzutować na całościowy rozwój dziecka.

Zanim przejdę do opisu konkretnych działań logopedycznych, wspomnę, że najważniejszym momentem w leczeniu dzieci z tą wadą jest operacja zamknięcia szczeliny rozszczepu. Miejsce leczenia dziecka z rozszczepem wiąże się z wypracowanym w konkretnej placówce standardem postępowania. Chodzi nie tyle o metody stosowane w chirurgii, ile raczej o czas przeprowadzonych zabiegów. W warszawskim Instytucie Matki i Dziecka zamknięcie szczeliny rozszczepu jest wykonywane jednoetapowo przed ukończeniem przez dziecko 1. roku życia (najczęściej między 6. a 9. miesiącem życia). Jest to korzystne rozwiązanie z punktu widzenia rozwoju mowy dziecka. Przywrócenie warunków anatomicznych, zbliżonych do prawidłowych, w tak wczesnym okresie życia pozwala dziecku na skorygowanie funkcji pokarmowych i oddechowych, będących podstawą rozwoju artykulacji. Oczywiście, uzyskanie odpowiednich warunków anatomicznych nie zawsze jest możliwe. Pozostają często takie problemy jak skrócona lub asymetryczna warga, wady zgryzu, przetoki podniebienne, przykrótkie podniebienie miękkie. Wszystkie te nieprawidłowości mogą mieć wpływ na mowę dzieci i terapia logopedyczna bez wsparcia chirurgicznego i ortodontycznego w tego typu sytuacjach będzie nieskuteczna.

Logopedyczne działania profilaktyczne powinny rozpocząć się jak najwcześniej, jeszcze w okresie przed zamknięciem szczeliny rozszczepu, a więc w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Działania te możemy podzielić na dwa etapy: okres przedoperacyjny i okres pooperacyjny.<sup>1</sup> W pierwszym okresie należy się skupić na:

- 1) informowaniu rodziców, czym jest wczesna interwencja logopedyczna oraz jakie jest jej znaczenie, jak przebiega rozwój mowy dziecka, a także na co należy zwrócić szczególną uwagę. Rodzice w tym okresie borykają się często z problemami związanymi z przyjmowaniem pokarmu przez dziecko i nie zastanawiają się nad późniejszym rozwojem jego mowy. Nie mają oni zwykle świadomości, że już w tak wczesnym okresie życia można zacząć terapię / stymulację. Z relacji rodziców wynika też, że nie zawsze uzyskują oni odpowiednie informacje w placówkach, w których leczone są ich dzieci;
- 2) stymulowaniu odruchów i usprawnianiu mięśni aparatu artykulacyjnego poprzez masaż oraz poprzez usprawnianie funkcji pokarmowych. Przygotowujemy dziecko do zabiegu oraz dbamy o właściwy tor oddechowy.

---

<sup>1</sup> Dziecko z rozszczepem przechodzi przynajmniej kilka operacji w życiu, jednak najważniejsza jest ta pierwsza – zamknięcie szczeliny rozszczepu (chirurgia pierwotna). Pozostałe zabiegi chirurgiczne (chirurgia wtórna) to: przeszczep kości do wyrostka zębodołowego, zamknięcie przetok, korekta nosa, dermabrazja bliźny oraz zabiegi faryngoplastyki.

## **KARMIENIE I SPRAWNOŚĆ NARZĄDÓW ARTYKULACYJNYCH**

Przy usprawnianiu funkcji pokarmowych ważne jest dobranie właściwych narzędzi (smoczek) oraz dbanie o to, żeby karmienie przebiegało w sposób jak najbardziej zbliżony do sposobu karmienia dziecka zdrowego. Smoczek dla dziecka z rozszczepem dobieramy indywidualnie (metodą prób i błędów). Niektóre dzieci są karmione za pomocą zwyczajnego smoczka, lepiej się jednak sprawdzają specjalne smoczki dla dzieci z rozszczepem podniebienia. Nie mają one gotowych otworów przepływowych i rodzice mogą zrobić otwór w dowolnym miejscu oraz dowolnej wielkości, ułatwiając w ten sposób dziecku przyjmowanie pokarmu. Smoczek jest tak wyprofilowany, że pokarm wydostaje się w momencie, gdy dziecko naciska na smoczek żuchwą. Należy pamiętać jednak, że dziecko powinno wkładać wysiłek w proces karmienia, więc otwór nie może być za duży. Ze względu na ryzyko zachłysnięcia się nie należy dziecka z rozszczepem karmić na leżąco. Wskazana jest pozycja półpionowa lub prawie pionowa. Warto też jak najwcześniej wprowadzić karmienie łyżeczką. Podczas takiego karmienia należy zwracać uwagę, aby dziecko było aktywne i starało się ściągać pokarm z łyżeczki, tzn. karmienie nie może polegać na wlewaniu pokarmu do jamy ustnej dziecka. Należy zaznaczyć, że u dzieci z rozszczepem nie stosuje się smoczków uspokajających.

Pozycję języka w jamie ustnej oceniamy w czasie spoczynku. Zwykle język dziecka z rozszczepem leży płasko na dnie jamy ustnej lub wchodzi w szczelinę w łuku zębowym i wardze. Wsuwanie języka w szczelinę wiąże się z ryzykiem, że będzie on napierał na rozszczepione części podniebienia, jeszcze bardziej poszerzając szczelinę (a to może utrudnić jej zamknięcie), jednak z punktu widzenia sprawności artykulatorów taka pozycja jest dowodem na lepszą pracę mięśni i dzieci wtedy więcej wokalizują. Sprawność języka zwykle wiąże się ze sprawnością mięśni żuchwy. Choć budowa anatomiczna nie pozwala takiemu dziecku na całkowite zamknięcie jamy ustnej, wargi dziecka powinny się stykać, żuchwa powinna być uniesiona (zwłaszcza u niemowlęcia, które już potrafi siedzieć). Jeżeli zaobserwujemy u dziecka nieprawidłową pozycję języka i żuchwy, należy te narządy stymulować z większą dokładnością (zob. niżej: Masaż logopedyczny). Szczególną uwagę do sposobów przyjmowania pokarmów oraz do pracy narządów artykulacyjnych należy przywiązywać u dziecka, które było zaintubowane zaraz po porodzie lub przez dłuższy czas karmione enteralnie, czyli przez sondę.

## **MASAŻ LOGOPEDYCZNY**

Kolejnym ważnym zadaniem logopedy w tym okresie jest ocena ilości i jakości wokalizacji dziecka oraz ocena reakcji odruchowych w obrębie twarzy, a także reakcji na bodźce słuchowe (ze względu na duże

ryzyko niedosłuchu u dzieci z rozszczepem).<sup>2</sup> Dzieci, które więcej wokalizują oraz których wokalizacje są bardziej zróżnicowane, lepiej rokują. W procesie terapeutycznym należy uwzględnić stymulowanie reakcji odruchowych oraz usprawnianie mięśni w obrębie jamy ustnej za pomocą masażu. Można w tym celu wykorzystać np. propozycję masażu Elżbiety Stecko z elementami metody Castillo Moralesa [Stecko 2012, zob. też Regner 2005, 2015], ale z niedużymi zmianami ze względu na inną budowę twarzy dziecka. Należy pamiętać, że u dziecka z rozszczepem w okresie przed zamknięciem szczeliny nie wolno wywoływać odruchu wymiotnego, który jest uwzględniany w wyżej wymienionej propozycji jako element usprawniający podniebienie miękkie. Przy rozszczepionym podniebieniu wywoływanie odruchu wymiotnego spowoduje poszerzenie się szczeliny.<sup>3</sup> Przy rozszczepach wargowych ważny jest masaż rozszczepionych części wargi górnej. Obie części wargi masujemy, rozciągając delikatnie w kierunku szczeliny. W ten sposób zapewnimy elastyczność mięśni, co następnie ułatwi chirurgowi scalenie czerwieni i bieli wargowej. Usprawnianie mięśni języka w okresie przedoperacyjnym polega na masowaniu jego przedniej części.<sup>4</sup> Wykonujemy ruchy kolistę palcem w rękawiczce lub palcem owiniętym w gazę nasączoną np. ciepłą wodą. Jeżeli dziecko ma znaczną nadwrażliwość w obszarze jamy ustnej, może wystąpić odruch zwracania, który, jak już wspomniałam wcześniej, nie jest wskazany. Pionizowanie języka stymulujemy poprzez wkładanie pod język palca i delikatne unoszenie czubka języka do góry (podwijanie).

W tym samym czasie rozwój mowy dziecka powinien być stymulowany tak samo jak w wypadku zdrowego dziecka. Zabawy stymulujące rozwój mowy z elementami dźwiękonaśladowczymi, stosowanie metod takich jak „kąpiel słowna” oraz „podwójna rola w dialogu” [por. Kurowska 2016], czytanie książeczek, zabawy rytmiczno-ruchowe i inne czynności wspierające rozwój mowy malucha (dostosowane do wieku i możliwości dziecka) powinny być na porządku dziennym i należy o tym przypominać rodzicom.

W okresie pooperacyjnym zmieniają się warunki anatomiczne dziecka i w związku z tym uczy się ono od nowa jeść, oddychać oraz wytwarzać dźwięki. Zmienia się również sposób stymulowania rozwoju mowy. Nadal najważniejszy jest masaż, który można rozpocząć w momencie, gdy rany

---

<sup>2</sup> Procedurę oceny odruchów opisała Elżbieta Stecko [2009].

<sup>3</sup> Przekaz ustny – Elżbieta Radkowska, badania prowadzone w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

<sup>4</sup> W tym miejscu chciałabym zwrócić uwagę na podzielone zdania na temat masażu wewnątrz jamy ustnej u bardzo małego dziecka. Odchodzi się od takiej stymulacji np. u wcześniaków w celu wyeliminowania niepotrzebnych bodźców (np. w metodzie NDT-Bobath). Nie mówi się wprost o rezygnacji z masażu, ale o minimalizowaniu wszelkich działań nieprzyjemnych dla niemowlęcia. Podczas ćwiczeń z małym dzieckiem należy zadbać o jego stabilną pozycję, a także zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.

całkowicie się zabliznią (min. 6–8 tyg. od operacji). Różni się on jednak od masażu wykonywanego przed operacją. Przede wszystkim po operacji włączamy masaż podniebienia twardego i miękkiego. Masaż ten powinien przebiegać w sposób następujący: palcem wykonujemy energiczne ruchy na podniebieniu dziecka, przesuając się powoli w tył jamy ustnej aż do odruchu wymiotnego, który powoduje skurcze mięśni podniebienia oraz tylnej i bocznych ścian gardła. Czynność tę powtarzamy trzy razy, następnie zaś w podobny sposób masujemy język, również aż do odruchu zwracania. Odruch zwracania powoduje wzmocnienie mięśni zwieracza podniebienno-gardłowego, odpowiadającego za oddzielenie jamy ustnej od jamy nosowej w trakcie mówienia dźwięków ustnych.<sup>5</sup> Próbuje się więc w ten sposób zapobiec nosowaniu otwartemu. Należy pamiętać, że masaż może być bardzo nieprzyjemny dla dziecka i warto jakoś go urozmaicić (np. rymowanymi, piosenkami itp.). Taki masaż warto wykonać tuż przed posiłkiem, aby posiłek był nagrodą za dyskomfort w trakcie ćwiczeń.

Wargi u dziecka po operacji masujemy palcami w kierunku blizny, robiąc coś w rodzaju „dzióbka”. Możemy też masować bliznę kolistym palcem, delikatnie rozcierając ją o dziąsła. Kolejny sposób masowania polega na złapaniu blizny z dwóch stron – palcem wskazującym od wewnątrz jamy ustnej oraz kciukiem od zewnątrz – i lekkim rozcieraniu jej ruchem kolistym (blizna jest wyczuwalna jako zgrubienie i łatwo ją złapać palcami). Celem takiego masażu jest uelastycznianie blizny, jednak powinien on być wykonywany ostrożnie i zgodnie z powyższym opisem. Nigdy nie należy rozciągać wargi z blizną. Dziecko rozciąga ją przy płaczu, uśmiechaniu się lub jedzeniu i to w zupełności wystarczy. Nadmierne rozciąganie blizny wiąże się z ryzykiem powstania bliznowca, czyli twardej, włóknistej blizny, przekraczającej granicę pierwotnej rany. Zmniejsza to elastyczność wargi i utrudnia terapię logopedyczną.

Do czasu operacji zamknięcia szczeliny rozszczepu dziecko jest karmione głównie pokarmem o płynnej i półpłynnej konsystencji. Uczy się więc przyjmowania pokarmu stałego z dużym opóźnieniem. Dlatego warto sprawdzić, czy wycofał się odruch kaśnięcia i czy pojawił się odruch żucia. Prawidłowo funkcjonujące odruchy ułatwią dziecku naukę odgryzania i żucia. U dzieci z rozszczepem może wystąpić nadwrażliwość oralna i to również może powodować problemy z jedzeniem. W wypadku problemów z jedzeniem pokarmów stałych oprócz masażu języka i podniebienia ważny jest masaż dziąseł, urozmaicany podawaniem dziecku żywności o różnym smaku.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Z tej części masażu należy jednak zrezygnować, jeżeli zaobserwujemy u dziecka osłabienie odruchu zwracania.

<sup>6</sup> U małego dziecka naukę żucia zaczynamy od podawania pokarmu o wyrazistym smaku (np. jabłko, gruszka, seler naciowy, gotowany burak lub marchew itp.) zawiniętego w gazę lub w specjalnym gryzaku z siatką (likwidu-

Po zamknięciu szczeliny rozszczepu należy obserwować, czy pokarm nie przedostaje się do nosa. Jest to bardzo ważny szczegół. Pokarm (najczęściej mleko) w nosie świadczy o nieprawidłowej budowie lub nieprawidłowym funkcjonowaniu zwieracza podniebieno-gardłowego albo o przetoce w podniebieniu, które prowadzą do znacznych zaburzeń mowy. Tego typu objawy należy skonsultować z chirurgiem lub foniatrą.

W tym okresie obserwujemy dziecko również pod kątem zaburzeń mimiki<sup>7</sup> oraz parafunkcji (np. ssanie smoczka uciszającego, kciuka, języka, wargi, policzka, nadmierne manipulowanie rączkami przy ustach). Postępowanie przy eliminowaniu tego typu zachowań warto skonsultować z psychologiem. Na pewno pomocny jest masaż twarzy, zwłaszcza przy współruchach mimicznych (ewentualnie masaż twarzy i dłoni – przy ssaniu kciuka). Można też wykorzystać techniki relaksacyjne.

Odmienne warunki anatomiczne oraz nieprawidłowy przebieg funkcji fizjologicznych, o których była mowa wyżej, niekorzystnie wpływają na rozwój mowy u dzieci w tej grupie. Dlatego rozwój mowy przebiega z opóźnieniem, a to w konsekwencji prowadzi do zaburzeń mowy.

## ZABURZENIA MOWY

Pierwsze słowa u dzieci z wadą rozszczepową pojawiają się zwykle później niż u zdrowych dzieci, choć zależy to w dużym stopniu od terminu zamknięcia szczeliny oraz od warunków, które udało się odtworzyć chirurgowi. Niektóre dzieci zaczynają mówić około 3. roku życia i dopiero wówczas można ocenić zaburzenia mowy występujące u dziecka. Nosowanie otwarte jest najbardziej charakterystyczną cechą mowy dzieci z rozszczepem, a także najtrudniejszą do wyeliminowania, dlatego tak ważne są wcześniej opisane działania profilaktyczne oraz wczesna diagnostyka. Opóźnienie w rozwoju językowym u większości dzieci wyrównuje się przed rozpoczęciem nauki w szkole, zaburzenia artykulacji jednak pozostają bardzo długo, nieraz do końca życia. Przypadki dzieci z niewykształconą mową występują rzadko. Zwykle wtedy rozszczepowi towarzyszą inne nieprawidłowości zaburzające rozwój mowy (np. niedosłuch, niepełnosprawność intelektualna, brak stymulacji we wczesnym dzieciństwie itp.).

---

jąc w ten sposób ryzyko zadławienia się). Pokarm kładziemy dziecku na dżiąsła w okolicach zębów trzonowych (najlepiej przed posiłkiem) i zachęcamy dziecko do żucia, delikatnie masując dżiąsła [por. Regner 2015, 49–51].

<sup>7</sup> Współruclly mimiczne u dzieci z rozszczepem mogą objawiać się ruchami warg i okolicy ust, marszczeniem nosa oraz ruchami skrzydełek nosa, ruchami policzków oraz brwi i czoła [por. Zdunkiewicz-Jedynak, Hortis-Dzierzbicka 2005, 67]. Są to zwykle procesy kompensacyjne, uruchamiające się w wyniku nieprawidłowej budowy i funkcjonowania narządów artykulacyjnych, zwłaszcza w wyniku dysfunkcji podniebienia miękkiego.

W dalszej części artykułu skupię się na terapii nosowania otwartego, ale zanim do tego przejdę, chciałabym zwrócić uwagę na wypowiedzi dziecięce z wczesnego okresu pooperacyjnego. Zaraz po zabiegu pierwsze słowa oraz wyrażenia dźwiękonaśladowcze, którymi się posługują dzieci, zawierają głównie samogłoski, półsamogłoski i spółgłoski nosowe (np. *mama, am, nie, miauu...*). Brakuje spółgłosek ustnych (często dziecko je pomija, np. *aj (daj), au (hau), um-um (kum-kum)* itp.). Po zabiegu powinny się one pojawić. Pewnym wyznacznikiem postępu w tym zakresie są głoski zwarto-wybuchowe wargowe [p], [b]. Pojawienie się tych głosek w ciągu kilku miesięcy od zabiegu zwykle jest dobrą prognozą dla dalszego rozwoju mowy. Jeżeli natomiast nie pojawiają się one po roku od zabiegu, jest duże prawdopodobieństwo, że warunki anatomiczne nadal nie są wystarczająco dobre lub sprawność narządów mowy jest znacznie osłabiona (i/lub też występuje niedosłuch).

Zaburzenia mowy w wypadku rozszczepu są zaliczane do *dysglosji* [Styczek 1970, 88–102], *dyslalii anatomiczno-funkcjonalnej* [Emiluta-Rozya 2008] lub *dyslalii rozszczepowej* [Pluta-Wojciechowska 2006, 108]. Jeżeli u dziecka z rozszczepem występuje nosowanie otwarte, Danuta Pluta-Wojciechowska proponuje termin *dyslalia niewydolności podniebiennie-gardłowej* [zob. Pluta-Wojciechowska 2011, 351]. Niezależnie jednak od tego, jaką klasyfikacją się posłużymy lub jakim terminem określimy zaburzenia mowy dziecka z rozszczepem, należy pamiętać o różnicach w postępowaniu w zależności od tego, czy u dziecka występuje niewydolność podniebiennie-gardłowa (przejawiająca się nosowaniem otwartym), czy też nie. Jeżeli nosowanie nie występuje, logopeda wykorzystuje swoją wiedzę z zakresu dyslalii, pamiętając o szczególnych warunkach anatomicznych takiego pacjenta.<sup>8</sup> Przy nosowaniu otwartym natomiast postępowanie terapeutyczne będzie się skupiać na usprawnianiu zwieracza podniebiennie-gardłowego.

Do oceny sprawności podniebienia miękkiego oraz zwarcia podniebiennie-gardłowego wykorzystuje się następujące próby: 1) wymowa gło-

<sup>8</sup> Niestety, w wielu wypadkach nie udaje się uzyskać idealnego brzmienia wszystkich głosek. W literaturze przedmiotu często jest poruszany problem kolejności wprowadzanych głosek [por. Wiśniewska 2005, 519; Pluta-Wojciechowska 2015, 772; 2016, 332]. Dla dziecka z rozszczepem na pewno łatwiejsze są samogłoski, półsamogłoski oraz spółgłoski sonorne (poza [r]) i w tej kwestii nie ma rozbieżności. Te dźwięki będą wywoływane w pierwszej kolejności, jeżeli ich wymowa nie będzie prawidłowa. Reszta głosek – to tzw. głoski „ciśnieniowe”. Wymagają one dużej sprawności aparatu artykulacyjnego. Przy zmniejszonej sprawności lub nieprawidłowej budowie zwieracza podniebiennie-gardłowego łatwiejsze do wywołania będą głoski zwarto-wybuchowe, a najtrudniejsze – głoski trzech szeregów. I to te głoski często pozostają zdeformowane, ponieważ wiąże się to z nieprawidłowościami anatomicznymi nie tylko w obrębie zwieracza podniebiennie-gardłowego, ale także w obrębie podniebienia twardego oraz łuku zębowego.

ski [a] *staccato*, 2) próba Gutzmana (podczas której dziecko wymawia głoski [a] – [i], badający zaś naprzemiennie uciska i zwalnia skrzydełka nosa, oceniając przy tym, czy dźwięk samogłosek pozostaje niezmienny), 3) próba Czermaka (w trakcie wypowiedzania przez dziecko sylab *pa, ta, ba* badający sprawdza, czy ustawione przed nozdrzami dziecka lusterko (lub ekran telefonu) nie jest zaparowane), 4) próba Seemana (podczas wymawiania wyrazów i przedłużonego wypowiedzania samogłosek badający przykładą oliwkę fonendowodu do nozdrza dziecka, a drugą do własnego ucha), 5) wymawianie sylab i wyrazów w pozycji leżącej. Ostatnia próba jest przede wszystkim wykorzystywana do ustalenia typu nosowania: czy jest to nosowanie strukturalne czy funkcjonalne.<sup>9</sup> Jeżeli w pozycji leżącej pacjent wymawia poszczególne głoski ustne bez poszumowania nosowego, oznacza to, że mamy do czynienia z nosowaniem nawykowym. Jeżeli powietrze ucieka nosem podczas tych badań cały czas, nie da się ustalić jednoznacznie, z jakim typem nosowania mamy do czynienia i takie dziecko należy skierować na badania nasofiberoskopowe.

Przy nosowaniu o podłożu strukturalnym terapia logopedyczna nie zniweluje zaburzeń rezonansu nosowego, niemniej jednak należy usprawniać podniebienie miękkie oraz tylną ścianę i boczne ściany gardła. Celem takiej terapii jest – po pierwsze – przygotowanie pacjenta do zabiegu faryngoplastyki, ponieważ elastyczne podniebienie miękkie jest jednym z warunków zakwalifikowania się dziecka do tego typu operacji, po drugie – usprawnianie narządów artykulacyjnych, w tym bocznych ścian gardła, mających ułatwić artykulację głosek po zabiegu faryngoplastyki [por. Siudzińska, Radkowska 2017, 69]. Różnice w postępowaniu w obu typach nosowania są więc nieduże, mogą jednak mieć istotny wpływ na efekty pracy.

W obu wypadkach wykonujemy ćwiczenia mające na celu usprawnienie podniebienia miękkiego. Ćwiczenia zostały opisane w literaturze dość szczegółowo [por. np. Pluta-Wojciechowska 2006, 148–149].<sup>10</sup> Warto jednak zaznaczyć, że najskuteczniejszy w okresie po zamknięciu szczeliny rozszczepu u małego dziecka jest masaż z wywoływaniem odruchu wymiotnego, u starszego (powyżej 3. roku życia) natomiast rezygnujemy z masażu na rzecz ćwiczeń izometrycznych (określanych mianem tre-

<sup>9</sup> Nosowanie strukturalne występuje przy nieprawidłowej budowie podniebienia miękkiego (np. za krótkie podniebienie, znaczna asymetria), funkcjonalne zaś – przy zmniejszonej ruchomości zwieracza podniebienno-gardłowego, zwłaszcza podniebienia miękkiego, np. unieruchomionego przez bliznę pooperacyjną [por. Styczek 1970, 100].

<sup>10</sup> Przykładowe ćwiczenia: ziewanie z opuszczoną żuchwą, chrapanie podczas wdechu i wydechu, płukanie gardła, gwizdanie, chrząkanie, kasłanie z wysuniętym językiem, zatrzymywanie powietrza w jamie ustnej, tzw. „balonik” również z językiem ułożonym między zębami, głośnie i rytmiczne wymawianie samogłosek *staccato*, wyrazista i energiczna wymowa sylab, w skład których wchodzi głoski [k], [g], [x] itp.



ningu siłowego lub ćwiczeń statycznych i oporowych) [por. Morkowska 1998].<sup>11</sup> Jeżeli prowadzona w ten sposób terapia podniebienia miękkiego i zwieracza podniebienno-gardłowego nie przynosi satysfakcjonujących efektów i nosowanie nadal się utrzymuje, warto skierować dziecko na zabiegi elektrostymulacji.<sup>12</sup>

## ĆWICZENIA ODDECHOWE

Ostatnia rzecz, na którą chciałabym zwrócić uwagę, to ćwiczenia oddechowe, które stanowią ważny element treningu logopedycznego. Celem tych ćwiczeń jest przede wszystkim uzyskanie prawidłowego wzoru oddechowego w spoczynku (oddychanie torem nosowym) oraz usprawnianie dynamiki oddechu w czasie mówienia, w tym wydłużanie fazy wydechowej. W wypadku dziecka z nosowaniem otwartym ćwiczenia oddechowe dobiera się w zależności od przyczyny niewydolności podniebienno-gardłowej. Jeżeli mamy do czynienia z nosowaniem strukturalnym, nie wolno wykonywać ćwiczeń oddechowych typu dmuchania na świeczkę, skrawki papieru, wiatraczki itp. [por. Pluta-Wojciechowska 2016, 327]. Niezalecane są także ćwiczenia na instrumentach muzycznych (flet, trąbka) bądź z wykorzystaniem „dmuchajki”, ponieważ wszystkie te ćwiczenia są niewykonalne dla dziecka z tą wadą i będą jedynie pogłębiać nawyki wypuszczania powietrza przez nos w trakcie mówienia. Jedyne ćwiczenia oddechowe, które można wykonywać u takiego dziecka, to wydłużanie fazy wydechowej, np. „waczenie kwiatków”, polegające na szybkim nabieraniu powietrza przez nos i powolnym wypuszczaniu go przez usta. U dzieci z nosowaniem, w odróżnieniu od dzieci bez tej wady, nabieranie powietrza nosem – wypuszczanie ustami jest jedynym zalecanym kierunkiem przepływu powietrza w trakcie ćwiczeń oddechowych.

---

<sup>11</sup> Ćwiczenia izometryczne polegają głównie na napinaniu mięśni szyi, gardła i krtani. Przykładowe ćwiczenie: „byczek” – rozpoczynamy od tego, że dziecko naciska czołem na dłoń logopedy bądź rodzica (stąd nazwa „byczek”) i przez chwilę „mocuje się” w ten sposób. Jest to część wprowadzająca i pomagająca dziecku zrozumieć, na czym polega zadanie. Zasadnicza część zdania polega na „mocowaniu się” dziecka z dłonią umieszczoną pod brodą, następnie z dłonią ułożoną na uchu lewym, a w dalszej kolejności na uchu prawym. Na końcu dziecko naciska głową na dłoń umieszczoną na potylicy. W wypadku dziecka, które przygotowuje się do zabiegu faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany gardła lub które jest już po takim zabiegu (min. 6 mies.), najważniejsze są ćwiczenia boczne (siłowanie się z ręką na jednym, a następnie na drugim uchu), ponieważ przy tego typu zabiegu faryngoplastyki właśnie te mięśnie odpowiadają za zwarcie podniebienno-gardłowe.

<sup>12</sup> Zabiegi elektrostymulacji bezpośredniej polegają na pobudzaniu mięśni do skurczu za pomocą prądu impulsowego. Przynosi to dobre efekty przy niewydolności funkcjonalnej, ale są one także zalecane przy niewydolności strukturalnej.

U dziecka z nosowaniem funkcjonalnym ćwiczenia oddechowe mogą być bardziej zróżnicowane. Można stosować takie ćwiczenia jak np.: dmuchanie na wiatraczki, piórka lub skrawki papieru; wydmuchiwanie baniek mydlanych; zasysanie i przenoszenie lekkich przedmiotów za pomocą słomki; nadmuchiwanie policzków (tzw. „baloniki”, najlepiej z językiem między zębami, aby mieć pewność, że pracuje podniebienie, a nie nasada języka) itp. Lepsze i łatwiejsze do wykonania dla dziecka z rozszczepem na pewno będą ćwiczenia, gdy dmucha się w jakiś otwór, np. „dmuchajka”, gwizdek, granie na trąbce lub flecie. Możemy wówczas łatwiej kontrolować tor powietrza. Gdy dziecko np. dmucha w „dmuchajkę”, możemy podsunąć mu pod nos piórko na dłoni i będzie wówczas widać, czy powietrze nie ucieka nosem. W trakcie ćwiczeń oddechowych, a także w trakcie nauki wymowy poszczególnych głosek ustnych, nie zaleca się zaciskania skrzydełek nosa. U dzieci z nosowaniem strukturalnym jest to wręcz zakazane, u dzieci zaś z nosowaniem nawykowym można jednorazowo zatkać nos dziecka w celu pokazania różnicy w sile wydmuchiwanego powietrza lub różnicy w brzmieniu, ale nie może być to stałym elementem terapii.

## PODSUMOWANIE

Podsumowując, chciałabym jeszcze raz wymienić najważniejsze kroki postępowania terapeutycznego w wypadku dzieci z rozszczepem.

1. W okresie przedoperacyjnym należy wykonywać u dziecka masaż logopedyczny, ukierunkowany przede wszystkim na uelastycznianie rozszczepionej wargi. Jeżeli jest wykonywany przy tym masaż języka, nie wolno wywoływać odruchu wymiotnego.
2. W okresie pooperacyjnym masaż nadal odgrywa istotną rolę i zostaje on wzbogacony o jeden ważny element – wywoływanie odruchu wymiotnego przy masażu języka i podniebienia. Takie postępowanie może zapobiec w przyszłości nosowaniu otwartemu. Szczególną ostrożność należy zachować przy masowaniu blizny na wardze.
3. Eliminowanie niewydolności podniebienno-gardłowej powinno stanowić trzon zasadniczy planu terapeutycznego dziecka z rozszczepem.
4. Dwa typy nosowania: strukturalne i funkcjonalne – wiążą się z dwiema ścieżkami terapeutycznymi, choć mają one wspólną część. W obu wypadkach należy usprawniać podniebienie miękkie oraz tylną i boczne ściany gardła. W pierwszym typie ma to poprawić realizację poszczególnych fonemów, w drugim zaś – przygotować do zabiegu faryngoplastyki i późniejszego usprawniania głosek.
5. W terapii dziecka z nosowaniem wyjątkowo starannie należy dobierać ćwiczenia oddechowe.

**Bibliografia**

- D. Emiluta-Rozya, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluta-Rozya* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), 2005, *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa.
- M. Kurowska, 2016, *Wywoływanie wypowiedzi u dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy i języka pochodzenia korowego*, „Studia Pragmalingwistyczne” VIII, Warszawa.
- E.M. Morkowska, 1998, *Izometryczne ćwiczenia warg, języka i żuchwy, ćwiczenia logopedyczne nie tylko dla dzieci*, Warszawa.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2006, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, Bielsko-Biała.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2015, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia* [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 727–779.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2016, *Wczesna interwencja logopedyczna w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia* [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk, s. 309–336.
- A. Regner, 2005, *Wczesne wspomaganie rozwoju psychomotorycznego małego dziecka z zastosowaniem metody R. Castillo Moralesa* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju*, Kraków, s. 205–215.
- A. Regner, 2015, *Poradnik terapii ustno-twarzowej*, Bytom.
- N. Siudzińska, E. Radkowska, 2016, *Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki*, „Studia Pragmalingwistyczne” VIII, s. 63–72.
- E. Stecko, 2005, *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia* [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa, s. 27–33.
- E. Stecko, 2009, *Sprawdź, jak mówię – karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*, Warszawa.
- E. Stecko, 2012, *Masaż logopedyczny*, Warszawa.
- I. Styczek, 1970, *Zarys logopedii*, Warszawa.
- B. Wiśniewska, 2005, *Usprawnianie mowy dzieci z rozszczepem podniebienia* [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole, s. 517–533.
- D. Zdunkiewicz-Jedynak, M. Hortis-Dzierzbicka, 2005, *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy* [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa, s. 54–79.

***Principles of the speech therapy procedure  
in the case of children with cleft lip and palate***

Summary

The aim of this paper is to describe the speech therapy procedure in the case of children with cleft lip and palate, with a particular focus on preventive measures. It discusses the elements of the procedure that could significantly influence the effects of the therapy in detail. Improperly selected exercises to train organs of speech or improve breathing will not bring satisfactory effects or can even intensify bad habits. Complying with the recommendations described in this paper is particularly important in the treatment of children with open nasality.

Trans. Monika Czarnecka