




ELŻBIETA RADKOWSKA

Pracownia Patofizjologii Mowy Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Wczesna opieka logopedyczna nad dzieckiem z rozszczepem wargi i podniebienia Standard postępowania logopedycznego przyjęty w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie

ABSTRACT: The child born with cleft lip and palate requires multidisciplinary care since the very first hours of its life. These actions should also include speech therapy stimulation. Initially, the work of a speech therapist over dealing with this birth defect differs from the standard therapeutic procedures as a speech therapist comes into contact with a very young patient who has difficulties with food intake and often suffers from swallowing and breathing disorders. This study contains a proposal for speech therapy care over a child with cleft lip and palate. The method is used in the clinics of the Mother and Child Institute in Warsaw.

KEY WORDS: cleft lip and palate, feeding, surgical treatment, speech therapy, hypernasality

Rozszczep wargi  podniebienia jest najczęstszą wadą rozwojową twarzoczaszki. Rozległość wady bywa różna: od rozszczepienia samego języczka podniebiennego przez całkowity rozszczep podniebienia miękkiego i twardego aż po obustronne całkowite rozszczepy wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia twardego i miękkiego. Dziecko z tą wadą wymaga szczególnej, wielospecjalistycznej opieki już od momentu narodzin. W skład zespołu zajmującego się małym pacjentem najczęściej wchodzi: neonatolog, który udziela rodzicom pierwszych informacji dotyczących wady, chirurg, laryngolog, foniatra, ortodonta. Celem – początkowo bardzo odległym – działań specjalistów zaangażowanych w leczenie pacjenta z rozszczepem wargi i podniebienia jest umożliwienie mu prowadzenia w przyszłości zadowolającego trybu życia w społeczeństwie¹. Podstawą takiego funkcjonowania jest komunikacja. Ponieważ problemem podstawowym, a jednocześnie punktem wyjścia w odniesieniu do możliwości prawidłowej komunikacji dzieci urodzonych z rozszczepem wargi i podniebienia  jest uszkodzenie obwodowego aparatu mowy, w zespole specjalistycznym powinien znaleźć się również 

¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Diagnoza logopedyczna dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia*. W: *Diagnoza logopedyczna*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. Sopot, GWP 2012, s. 242–256.

logopeda jako ekspert w dziedzinie mowy. Działania terapeutyczne logopedy uzupełniają działania innych specjalistów. Jednocześnie wyniki prowadzonej terapii logopedycznej stają się ważnym wskaźnikiem skuteczności zastosowanych procedur medycznych². Na konieczność jak najwcześniejszego włączenia tego specjalisty do pracy w zespole wskazywały Maria Hortis-Dzierzbicka³ oraz Elżbieta Stecko⁴.

Postępowanie logopedyczne jest zależne od terminu leczenia operacyjnego pacjenta. W Klinice Chirurgii Instytutu Matki i Dziecka pierwotną operację rozszczepu wargi i podniebienia przeprowadza się jednoetapowo w 1. roku życia pacjenta, najczęściej w 7.–9. miesiącu życia dziecka. Terminiki wynika z przyjętego założenia, że zasadniczym celem operacji jest umożliwienie rozwoju mowy czynnej, aby mógł on przebiegać w sposób zbliżony do procesu kształtowania dzieci nieobciążonych tą wadą rozwojową.

W swoich publikacjach M. Hortis-Dzierzbicka wielokrotnie podkreślała zależność między terminem pierwszej operacji pacjenta z rozszczepem a rozwojem mowy. Zaznaczała, że „jak najwcześniejsze przywrócenie prawidłowej anatomii z jednej strony, z drugiej strony zaś jak najwcześniejsze usprawnianie i eliminacja patologicznych kompensacji ma dla mowy dziecka z wadą rozszczepową znaczenie pryncypialne”⁵.

U dziecka urodzonego z rozszczepem wargi i podniebienia naruszona jest ciągłość struktur anatomicznych w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia twardego i miękkiego. Już w okresie płodowym, kiedy kształtują się pierwsze, ważne dla rozwoju mowy odruchy: ssania i połykania, trening przedartykulatoryjny zostaje – z racji istniejących nieprawidłowości anatomicznych – zaburzony. Dlatego ważne jest, aby pacjent z rozszczepem wargi i podniebienia znalazł się pod opieką logopedy jak najwcześniej. W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie ma to miejsce w pierwszych miesiącach życia pacjenta, czyli jeszcze przed operacją zamknięcia rozszczepu.

Podczas pierwszej konsultacji logopeda przeprowadza wywiad z rodzicami. To oni są głównymi obserwatorami swojego dziecka. Wywiad obejmuje informacje dotyczące porodu i wydarzeń okołoporodowych. Dla dalszego postępowania terapeutycznego ważny jest sposób, w jaki dziecko przyszło na świat: czy siłami natury, czy przez tzw. cesarskie cięcie. Często bowiem u dzieci urodzonych za pomocą interwencji chirurgicznej obserwuje się wzmożoną reaktywność na dotyk.

² Ibidem, s. 242–256.

³ M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, s. 369–375.

⁴ E. STECKO: *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia*. W: *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*. Red. M. HORTIS-DZIERZBICKA, E. STECKO. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2005, s. 27–34.

⁵ M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Rozszczep wargi i podniebienia...*, s. 374.

Dotyczy to również obszaru twarzy. Wczesne działanie obniżające nadwrażliwość dotykową ułatwi późniejsze postępowanie terapeutyczne, mające na celu przygotowanie artykulatorów do podjęcia czynności związanych z mową⁶.

Zazwyczaj, właśnie na pierwszej wizycie logopedycznej, omawiany jest sposób karmienia niemowlęcia. Problem ze sposobem podawania pokarmu może pojawić się już na oddziale noworodkowym, zaraz po urodzeniu dziecka. Optymalnym rozwiązaniem byłoby karmienie piersią. Jest to możliwe w przypadku dzieci z rozszczepem wargi lub wargi i wyrostka zębodołowego. W przypadku dzieci urodzonych z rozszczepem podniebienia miękkiego lub podśluzówkowym rozszczepem podniebienia karmienie piersią bywa możliwe, jednak – jak wynika z naszych obserwacji – jest ono mało efektywne. Często noworodek z rozszczepem wargi i/lub podniebienia nie jest w stanie ssać piersi. Otwarte połączenie jamy nosa i jamy ustnej uniemożliwia wytworzenie podciśnienia w jamie ustnej, toteż mleko przelewa się do jamy nosa, to zaś powoduje krztuszenie. Ze względu na bezpieczeństwo dziecka karmienie powinno odbywać się więc za pomocą odpowiednio dobranej butelki ze smoczkiem, najlepiej mlekiem mamy. Do karmienia dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia można stosować smoczki specjalistyczne:



FOTOGRAFIE 1 i 2. Specjalistyczne smoczki.

Duży i szeroki smoczek stosowany jest najczęściej w przypadku bardzo szerokich rozszczepów podniebienia oraz obustronnych rozszczepów wargi i podniebienia, ponieważ doskonale „zamyka” przestrzeń podniebienia podczas karmienia, dzięki czemu minimalizuje przedostawanie się pokarmu do jamy nosa. Do karmienia niemowląt z jednostronnym rozszczepem wargi i/lub podniebienia zalecany jest długi i wąski smoczek. Jego wydłużony kształt umożliwia ułożenie wewnątrz jamy ustnej po przeciwnej stronie niż rozszczep, co ułatwia podawanie pokarmu. Dodatkową pomocą przy karmieniu, zwłaszcza na początku, jest dociskanie smoczka (bądź butelki, jeżeli jest miękka). Wspomaga to „zasysanie” pokarmu przez niemowlę.

Zdarza się, że dziecko nie akceptuje żadnego ze smoczków specjalistycznych. W takich sytuacjach zalecane są zwykłe smoczki, czyli takie, jakich używa się do

⁶ E. STECKO: *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem...*, s. 27–34.

karmienia dzieci bez wady. W skrajnych przypadkach dzieci karmione są łyżeczką, strzykawką lub sondą.

Istotna jest pozycja, w jakiej podawany jest dziecku pokarm. Dziecko z rozszczepem zwykle karmione jest w pozycji półpionowej. Zbyt płaskie ułożenie dziecka może powodować krztuszenie się.

Podczas pierwszej kontroli logopeda ocenia również dojrzałość odruchów wczesnoniemowlęcych. Podstawowymi wskaźnikami dojrzałości noworodka do karmienia są m.in. odruchy wargowe i odruch ssania. U dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia obserwuje się niedojrzałość odruchów wargowych⁷. Może być ona spowodowana przerwaniem ciągłości, a więc nieprawidłowym napięciem mięśnia okrężnego ust. Taki stan daje w dalszym rozwoju patologiczne nawykowe oddychanie przez usta, a w jego konsekwencji częste infekcje górnych dróg oddechowych, nieprawidłowe połykanie, trudności w artykulacji głosek wargowych, wady zgryzu⁸.

Jednak najważniejszy dla przyjmowania pokarmów jest odruch ssania. Poziom tego odruchu wskazuje na siłę i sprawność mięśni języka. U pacjentów z rozszczepem wargi i podniebienia brak ciągłości podniebienia uniemożliwia realizację ssania. Następstwem tego bywa bardzo wczesne włączenie karmienia łyżeczką czy strzykawką, ograniczające się do wlewania pokarmu do jamy ustnej. W skrajnych przypadkach występuje konieczność wprowadzenia sondy dożołądkowej. Brak właściwej stymulacji w jamie ustnej powoduje, że utrzymuje się nadwrażliwość błony śluzowej oraz wygórowany odruch zwracania. To z kolei utrudnia zmianę diety, przeprowadzanie zabiegów higienicznych, jak również zabawy ruchowe aparatem artykulacyjnym, będące podstawą późniejszego gaworzenia.

Od 4. miesiąca życia rozwija się odruchowe żucie w następstwie wycofywania się odruchu kęsania (około 3. miesiąca życia). Jest to okres, kiedy pojawiają się pierwsze ciągi gaworzeniowe. U dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia wczesna stymulacja pokarmowa powoduje uczynnienie tylnych części jamy ustnej, uaktywianych także podczas pierwszych wokalizacji przedwerbalnych.

Przed operacją logopeda ocenia również budowę aparatu artykulacyjnego: sprawdza wędzidełko wargi górnej, ocenia długość wędzidełka języka. Zdarza się, że wędzidełko podjęzykowe jest skrócone (ankyloglosja) i utrudnia pracę języka. W takich przypadkach zaleca się podcięcie (frenotomię). Decyzję podejmuje się indywidualnie podczas obserwacji funkcji pobierania pokarmu.

Opieka logopedyczna nad pacjentem z rozszczepem wargi i/lub podniebienia przed pierwszą operacją ma na celu prawidłową stymulację funkcji pokarmowych i połykowych, przygotowanie dziecka do zabiegu poprzez podtrzymywanie i wyzwalanie odruchów istotnych dla artykulacji oraz odwrażliwianie okolic artykulacyjnych w celu przygotowania dziecka do niezbędnych oddziaływań terapeutycznych po zabiegu.

⁷ Ibidem, s. 27–34.

⁸ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. Bytom, Ergo-Sum 2008, s. 169–171.

Następnym etapem terapii jest okres pooperacyjny. Po operacji zamknięcia rozszczepu ćwiczenia logopedyczne można włączyć dopiero wówczas, gdy proces gojenia zostanie ukończony, czyli około 6–8 tygodni po zabiegu. Na pierwszej wizycie pooperacyjnej ustalany jest ponownie sposób karmienia dziecka. Jeżeli jest ono nadal karmione przez smoczek „rozszczepowy”, logopeda powinien zasugerować rodzicom zmianę na zwyczajny smoczek. Jest to ważne ze względu na stymulację prawidłowej pracy języka.

Po pierwszej operacji (dziecko ma około 8–12 miesięcy) zazwyczaj zaczynają pojawiać się pierwsze sylaby. U dzieci zdrowych etap gaworzenia występuje nieco wcześniej⁹. Niemowlę z rozszczepem wargi i podniebienia w swoich wczesnych wokalizacjach tworzy dźwięki dla siebie łatwiejsze, czyli nosowe *m*, głoski [f], [l], [j] oraz samogłoski¹⁰. Jedną z przyczyn takiej sytuacji jest początkowo rozszczepione, a po operacji słabo ruchome podniebienie miękkie. Dlatego ważne jest jak najwcześniejsze włączenie ćwiczeń usprawniających tę grupę mięśni. W trakcie rozwoju mowy u dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia – na skutek słabo pracującego podniebienia miękkiego bądź powikłań pooperacyjnych – może dojść do pojawienia się nosowania otwartego oraz do wykształcenia się tzw. strategii zastępczych. Do nich zaliczają się: mowa samogłoskowa, osłabienie siły głosu, utylnienia, zwarcia gardłowe i krtaniowe. Mają one na celu kompensację niewydolności zwieracza podniebiennie-gardłowego.

Dla produkcji głosek wargowych istotna jest praca górnej wargi. Blizna pooperacyjna może w znacznym stopniu ograniczyć jej ruchomość. Dlatego równocześnie z ćwiczeniami podniebienia miękkiego włącza się masaż i ćwiczenia mięśnia okrężnego warg.

W przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia ważną rolę odgrywa oddychanie. Nieprawidłowy przebieg tej czynności w postaci oddychania torem ustnym ma zły wpływ na pracę języka¹¹. Przyjmuje on nieprawidłową pozycję: leży na dnie jamy ustnej lub może być wysunięty i ułożony na dolnej wardze, co ułatwia przepływ powietrza drogą ustną. Może to skutkować m.in. zmianą układu żuchwy i szczęki, brakiem odpowiedniej pracy mięśni warg i policzków, co w rezultacie może doprowadzić do utraty prawidłowego napięcia¹². Dlatego logopeda zwraca uwagę na tor oddechowy pacjenta, włącza ćwiczenia wzmacniające mięśnie warg, policzków. W razie wystąpienia innych nieprawidłowości mogących zaburzyć prawidłowy tor oddechowy (przerost migdałków podniebiennych, migdałka gardłowego, ograniczonej drożności nosa) pacjent kierowany jest do foniatrii.

Kluczowym czynnikiem mającym wpływ na rozwój mowy jest słuch. U dzieci z rozszczepem podniebienia problemy ze słuchem występują częściej niż u normal-

⁹ M. LIPOWSKA: *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2001, s. 29–35.

¹⁰ M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Rozszczep wargi i podniebienia...*, s. 369–375.

¹¹ D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem...*, s. 171.

¹² Ibidem.

nej populacji dziecięcej¹³. Wynika to z obecności szczeliny w podniebieniu miękkim (przed pierwszą operacją), co sprzyja przedostawaniu się pokarmów do okolicy ujść trąbek słuchowych, a w rezultacie wywołuje stany zapalne ucha środkowego. Zaburzona jest również struktura ujść trąbek słuchowych, ponieważ z racji rozszczepu nieprawidłowo funkcjonuje mięsień dźwigacz podniebienia miękkiego¹⁴. Stanowi to przyczynę gorszej wentylacji ucha środkowego. Dlatego po upływie 4–5 miesięcy od operacji każdy pacjent kierowany jest na badanie słuchu. Istotne okazuje się wykonanie tympanometrii. Służy ona ocenie stanu czynnościowego ucha środkowego oraz wczesnemu wykrywaniu niedosłuchów o typie przewodzeniowym. Pozwala również na obiektywne potwierdzenie obecności płynu w jamie bębnekowej, dysfunkcji trąbki słuchowej¹⁵. Jest to ważne, gdyż zalegający płyn w uchu środkowym negatywnie wpływa na proces nabywania mowy, zwłaszcza w okresie jej intensywnego rozwoju.

Szczególnym momentem, również dla dalszego usprawniania logopedycznego, jest czas, kiedy ortodonta włącza u pacjenta z rozszczepem wargi i podniebienia leczenie aparatem zdejmowanym. Zazwyczaj następuje to po drugiej operacji planowej (przeszczep kości z talerza biodrowego do wyrostka zębodołowego), czyli około 3.–4. roku życia. Umieszczenie wewnątrz jamy ustnej tego rodzaju aparatu może spowodować, że dziecku trudniej jest artykułować niektóre dźwięki mowy. Inaczej pracuje język. Głoski, które wymagają dopodniebiennego ułożenia języka, są zniekształcone, przez co mowa staje się mniej wyraźna. W tym czasie, kiedy prowadzone jest leczenie aparatem zdejmowanym, ćwiczenia logopedyczne powinny być prowadzone – co jest bardzo istotne – bez aparatu. Daje to możliwość ćwiczenia i utrwalania prawidłowej artykulacji zniekształczanych głosek.

Pacjent z rozszczepem wargi i podniebienia musi pozostać pod obserwacją logopedyczną w zasadzie do ukończenia procesu rozwoju mowy, czyli do około 7. roku życia¹⁶. Z naszego doświadczenia wynika, że terapia może być prowadzona dłużej. Wiąże się to z indywidualnymi potrzebami pacjenta. Zarówno czas trwania tej opieki, jak i jej intensywność zależą od postępowania rozwoju mowy, sprawności artykulacyjnej dziecka i poprawności wymawianych głosek, obecności cech mowy rozszczepowej (nosowania i otwartego, i zamkniętego, współruchów mimicznych, zwarć gardłowych lub krtaniowych, realizacji pozasystemowych). Wraz ze wzrostem i rozwojem dziecka włączane są odpowiednie ćwiczenia wspomagające prawidłową mowę.

¹³ M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Problemy laryngologiczno-foniatryczne u dzieci z rozszczepem podniebienia*. W: *Otolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYŃSKA. Bielsko-Biała, AlfaMedica 2007, s. 552–562.

¹⁴ EADEM: *Rozszczep wargi i podniebienia...*, s. 369–375.

¹⁵ D. GRZYŃSKA, T. JAROCH: *Badania obiektywne narządu słuchu*. W: *Otolaryngologia dziecięca...*, s. 58–61.

¹⁶ P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa, Energiea 1996, s. 16–33.

Zgodnie ze standardem postępowania logopedycznego przyjętego w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie wszyscy pacjenci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia powinni zgłaszać się na badania bilansowe. Pierwsza istotna ocena systemu fonologicznego jak również sprawności artykulacyjnej dziecka przeprowadzana jest między piątym i szóstym rokiem życia pacjenta. W tym wieku proces rozwoju mowy nie jest jeszcze ukończony, ale są już ukształtowane wzorce pokarmowe, oddechowe, słuchowe, a co za tym idzie – artykulacyjne. Jest to okres, w którym mowa – w warunkach prawidłowych – już tylko się doskonali: bogaci się słownik oraz rozwijają się składnia i morfologia¹⁷. Dlatego w mowie dziecka pięcioletniego powinny być już wszystkie głoski (niewykształcona może być tylko głoska [r]), mogą natomiast pojawiać się błędy artykulacyjne w postaci utylnień, różnego typu sepleniń, substytucji.

W ramach bilansu pięcioletka przeprowadzane są:

- nagrania mowy wykonane przy użyciu wystandaryzowanych testów słownych¹⁸;
- nagrania mimiki twarzy podczas mowy (współrucho mimiczne);
- ocena odsłuchowa mowy spontanicznej, która obejmuje stwierdzenie obecności:
 - nosowania otwartego,
 - słyszalnej ucieczki powietrza przez nos,
 - zmian miejsca artykulacji (uprzednienia, palatyzacje, utylnienia, artykulacje gardłowe, krtaniowe);
- ocena kliniczna pacjenta w badaniu od strony jamy ustnej ze szczególnym zwróceniem uwagi na wygląd i ruchomość podniebienia oraz obecność otworów resztkowych (przetok ustno-nosowych) w podniebieniu.

Kolejne bilanse wykonywane są w wieku 10, 15 i 18 lat.

Analiza wymienionych badań i nagrań służy obserwacji procesu rozwoju mowy, kształtowania się artykulacji, a przede wszystkim planowaniu i prowadzeniu terapii logopedycznej.

Bibliografia

Diagnoza logopedyczna. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. Sopot, GWP 2012.
HORTIS-DZIERZBICKA M.: *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, s. 369–375.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ D. ZDUNKIEWICZ-JEDYNAK, M. HORTIS-DZIERZBICKA: *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*. W: *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia...*, s. 54–80.

- LIPOWSKA M.: *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2001, s. 29–35.
- ŁOBACZ P.: *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa, Energeia 1996.
- Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*. Red. M. HORTIS-DZIERZBICKA, E. STECKO. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2005.
- Otolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYCYŃSKA. Bielsko-Biała, AlfaMedica 2007.
- PLUTA -WOJCIECHOWSKA D.: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*. Bytom, Ergo-Sum 2008.
- STECKO E.: *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia*. W: *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*. Red. M. HORTIS-DZIERZBICKA, E. STECKO. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2005, s. 27–34.

