

Пахомова Н.Г.

кафедра спеціальної освіти і
соціальної роботи Полтавського національного
педагогічного університету імені В.Г. Короленка, м. Полтава

**КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ
ПОРУШЕННЯМИ**

kaf_so_sr@ukr.net

Удосконалення системи психолого-педагогічної і медичної допомоги дітям із порушеннями мовлення, оптимізація процесу їх комунікативно-мовленнєвого і особистісного розвитку та соціалізації безпосередньо пов'язані з проблемою комплексного, міждисциплінарного та інтегративного медико-психологічного і педагогічного підходів.

Правильна будова і повноцінна функція артикуляційного апарату є обов'язковою і необхідною умовою для нормального розвитку мовлення. Кожному віковому періоду життя дитини відповідає певні етапи розвитку мовлення та фонематичного сприймання, а також особливості формування зубощелепної системи.

Зубощелепна система виконує функції дихання, ковтання, жування, мовлення. Вона є частиною організму, динамічно-змінною в процесі розвитку та фізіологічних змін і росту організму. На його побудові і функції ґрунтується розвиток психіки людини, особливості її характеру, поведінки в суспільстві. З підвищенням культурно-естетичного рівня люди надають більшого значення красі обличчя, гармонійності його будови та правильності функцій. Відтак, актуальності набуває увага населення до зовнішніх проявів зубощелепних порушень і мовлення та їх попередження і подолання.

Зубощелепна система (щелепи, прикус, зуби, нижньощелепні суглоби) починає свій розвиток в період внутрішньоутробного життя. На 2-3 місяцях ембріонального періоду відбувається з'єднання лобного і двох верхньощелепних відростків, які створюють основу для будови верхньої губи, міжщелепної кістки, верхньої щелепи, носа та ін. Нижня щелепа, язик, нижня губа формуються з двох нижньощелепних відростків. Цей

складний в формогенетичному відношенні період пов'язаний з розвитком піднебіння, носової перетинки, формування язика, зачатків зубів. Активність формування кожного органу проявляється в конкретний період, а тому, якщо під час цього періоду розвитку діє будь-який патологічний фактор, то виникає аномалія того відділу, який формується в цей час (адентія, незрощення піднебіння, альвеолярного відростку, губ, щілини обличчя, аномалії структури зубів і ін.).

Встановлено, що більше 75% зростання і формування щелепно-лицьових структур відбувається у дитини у віці від 1 року до 5 років. Цей період збігається з періодом активного розвитку звуковимовної сторони мовлення і фонематичного сприйняття (з 2 до 5,5 років). Однією з особливостей розвитку дитячого мовлення є «фізіологічна косномовність».

У дітей у віці 5 років 8 міс. – 6,5 років нечіткість звуковимови в ряді випадків пов'язана зі зміною молочних зубів, оскільки це період початку змінного прикусу. Слід зазначити, що якщо до цього моменту базові звуки у дитини були правильно сформовані, то можна припустити, що порушення вимови даних звуків, пов'язане з втратою молочних зубів та є тимчасовим явищем. Якщо в подальшому постійний прикус формується правильно, то дефектів звуковимови не спостерігається. Якщо ж на тлі ослабленого фонематичного сприйняття присутні неусунені аномалії органів артикуляції або закладка постійного прикусу має відхилення, то в перспективі можна спостерігати стійкі дефекти звукової сторони мовлення.

Зубощелепна аномалія (ЗЩА) призводить до порушення вимови окремих фонем. За даними Л.М.Чучаліної тільки у 24,3% серед обстежених з зубощелепною аномалією була правильна вимова. За даними багатьох учених лікарів-ортодонтів і логопедів (Григоренко Н.Ю., Куроєдова В.Д., Омельченко Н.О, Пахомова Н.Г., Ревуцька О.В., Смаглюк Л.В., Синява М.Л., Трофименко М.В., Шеремет М.К. та ін.) зубощелепна

аномалія є однією з основних причин появи у дітей різних форм дислалії. Також зустрічається стерта дизартрія, поліморфна дислалія, ринолалія.

Частота і ступінь порушень звуковимови залежать від характеру і ступеня зубощелепної аномалії. За даними світової статистики число мовленнєвих розладів, як і кількість зубощелепних аномалій (ЗЩА) у дітей зростає. Отже, ЗЩА є однією з причин виникнення у дітей різних форм дислалій, зокрема механічних і, навпаки, – логопедичні порушення є одним із етіологічних факторів виникнення порушень прикусу. У даному випадку лише логопедична робота не дає ефективні зміни в мовленнєвій сфері. Пацієнт потребує допомоги лікарів-ортодонтів, можливо хірургів та ін.

В зв'язку з цим, актуальність комплексної ортодонтично-логопедичної корекції набуває глобального характеру та потребує спільної роботи логопеда та ортодонта. Нажаль, система допомоги особам із ЗЩА в Україні не передбачає обов'язкового інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу, тобто співпраці лікарів, логопедів, психологів та соціальних працівників. Консультація таких фахівців надається лише за ініціативою самих пацієнтів або їх батьків. Але вивчення досвіду підтримки таких осіб в різних країнах світу говорить про різні підходи щодо організації допомоги.

Підготовка логопедів в багатьох європейських країнах та на американському континенті здійснюється в медичних університетах та містить вузьку направленість підготовки фахівців в залежності від напрямку роботи за спеціалізаціями, тобто для роботи з пацієнтами з певними мовленнєвими порушеннями (з ринолалією, афазією, дизартрією тощо).

Участь в Міжнародному проекті Smile Ukraine програма якого передбачала стажування у Клініці реабілітації черепно-лицевих аномалій USP (HRAC/Centrinho) (м. Бауру, Бразилія) включала участь у 52-м курсі HRAC-USP Anomalias Congênicas Labiopalatinas (Лабіопалатінові вроджені аномалії), вивчення досвіду комплексного медико-психолого-

педагогічного підходу в лікуванні та корекційній роботі з особами з порушеннями зубощелепної системи та черепно-лицевими аномаліями.

Система допомоги особам із черепно-лицевими аномаліями в країні передбачає комплексний інтегративний медико-психолого-педагогічний підхід. У штаті працівників клінічної лікарні, разом із лікарями різних спеціалізацій працюють психологи, логопеди, соціальні працівники. У роботі консилиуму разом із лікарями (хірург, ортодонт, генетик) при обстеженні осіб різного віку із черепно-лицевими порушеннями обов'язково долучається логопед, за потреби – соціальний працівник і психолог. Ефективність корекційної роботи з особами з зубощелепними аномаліями (при ринолалії зокрема) контролюється як суб'єктивними так і об'єктивними методами діагностики, зокрема: назометрія, електроміографія, риноаудіометрія, риноендоскопія (Рис. 1-4).

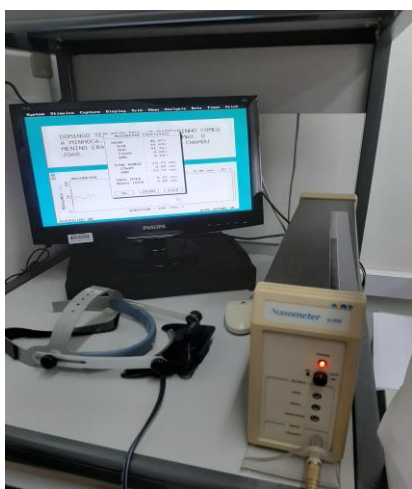


Рис. 1

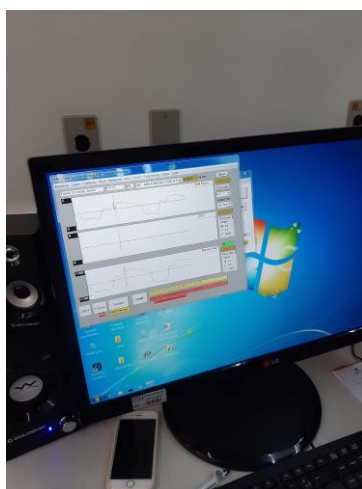


Рис. 2

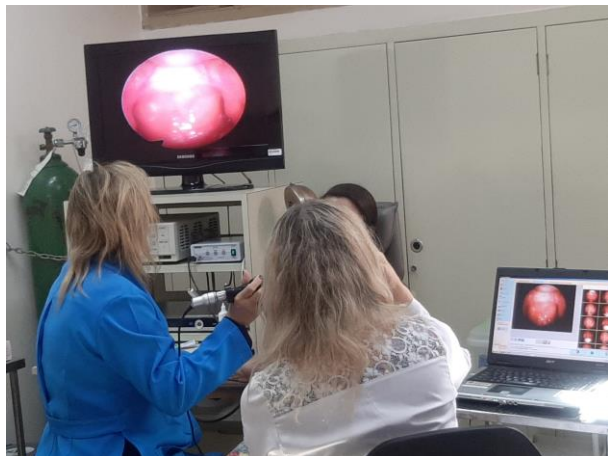


Рис. 3

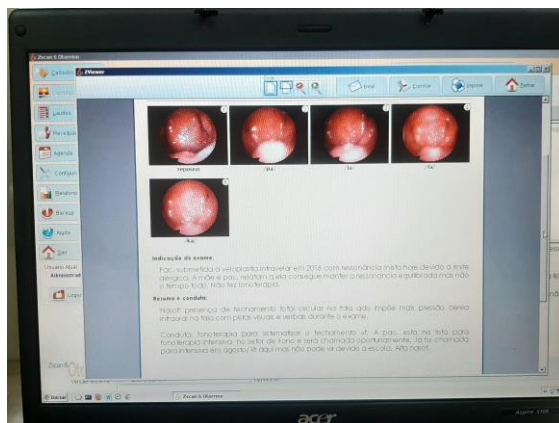


Рис. 4

Отже, складність і різноаспектність корекційної роботи при ЗЩА на прикладі Бразилії підтверджує актуальність і необхідність інтеграції медико-психологічних і корекційно-логопедичних підходів, що передбачає: знання і вміння розпізнавати органічні та функціональні порушення психофізичного розвитку; володіння логопедом прийомами і методами комплексної діагностики і корекційної роботи, спеціальними методами психолого-педагогічного і медичного супроводу родин, які виховують дітей з ЗЩА; проводити профілактичну роботу з попередження і подолання мовленнєвих і психологічних порушень у осіб із ЗЩА.