

mgr Anna Kamińska

dr Kamila Kuros-Kowalska

MIĘDZYZĘBOWOŚĆ. OBJAWY I PRZYCZYNY POWSTAWANIA WADY

Międzyzębowe ułożenie artykulatorów skutkuje wadami wymowy. Ten problem jest w ostatnich latach jednym z najczęstszych, jaki diagnozują w swoich gabinetach logopedzi.

Międzyzębowość (zwana również interdentalnością) polega na osłabieniu mięśni żuchwy, warg i języka, a w konsekwencji na wsuwaniu przez dziecko lub dorosłego języka pomiędzy zęby w trakcie mówienia. Wada ta niesie za sobą nie tylko nieestetyczną mowę (język może być nieznacznie lub mocno widoczny), ale powoduje również zniekształcenia artykulacyjne, przez co słowa i zdania mogą nie być w pełni zrozumiałe dla otoczenia. W praktyce zawodowej logopedzi uczulają rodziców, że o ile taka wada u dziecka jeszcze nie jest silnie obciążona kosztami społecznymi, to u dorosłego może wywołać szereg negatywnych konsekwencji. Po pierwsze, zapewne znacznie utrudni np. relacje interpersonalne, po drugie niewykluczone, iż wpłynie na rozwój kariery zawodowej, a z niektórych zawodów – wymagających kontaktów z ludźmi bądź wystąpień publicznych m.in. w mediach – może wręcz wykluczać. Bardzo istotny jest również fakt, że ten rodzaj zaburzeń ułożenia narządów mowy oraz nieprawidłowości artykulacyjnej nie ustępuje samoistnie. Jednak terapia podjęta możliwie szybko przynosi nie tylko dobre rezultaty, ale też znacznie zmniejsza koszty emocjonalne ponoszone przez dziecko w przyszłości.

Oprócz wady wymowy – najłatwiej rozpoznawalnej dla otoczenia – przy międzyzębowości możliwe jest współwystępowanie licznych towarzyszących zaburzeń, począwszy od wadliwego toru oddychania, zaburzonej sfery odżywiania aż po nieprawidłowości w budowie obszaru twarzoczaszkowego, np. zaburzeń ortodontycznych lub stawu skroniowo-żuchwowego. Dlatego jest to wada koniecznie wymagająca terapii – a o ile zachodzi taka potrzeba – terapii skojarzonej z leczeniem np. laryngologicznym, otolaryngologicznym czy ortodontycznym.

OBJAWY

W zakresie artykulacji mogą być wymawiane wadliwie pojedyncze głoski lub całe ich szeregi. Nieprawidłowa artykulacja dotyczy głosek: *s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź, t, d, n, l*. Jak widać po liczbie głosek ulegających zniekształceniu, w zależności od ich układu zaburzona

wymowa może objąć znaczną część wypowiedzianych słów, np.: Sebastian, samochód itd.

Międzyzębowość objawia się nie tylko wsuwaniem języka pomiędzy zęby. Towarzyszy jej stale lub zmiennie opadnięta żuchwa, język leżący na dnie jamy ustnej, oddychanie torem ustnym (jak podczas kataru i zatkanego nim nosa), zbierająca się w kącikach ust ślina lub jej zaburzone połykanie. Dzieci jedzą długo, mają trudności z żuciem pokarmu, nie chcą jeść twardych pokarmów a podczas jedzenia zupa często wylewa się kącikiem ust. Objawem są również wady zgryzu spowodowane nieprawidłową pracą języka oraz wysklepione (tzw. gotyckie) podniebienie twarde, skutkujące zwężeniem szczęki. Należy pamiętać, że oddech torem ustnym, to otwarta brama do infekcji dróg oddechowych. To również znacznie słabiej utleniona krew, a przecież właściwie dotlenienie mózgu jest niezmiernie istotne w procesie uczenia się. Dzieci z międzyzębowością często mają trudności z koncentracją uwagi słuchowej, są mniej aktywne ruchowo (łatwiej się męczą), są jakby nieobecne właśnie z uwagi na uboższe utlenienie mózgu.

PRZYCZYNY

Przyczyny powstawania międzyzębowości są wielorakie i występują na różnych etapach życia. W szczególnych przypadkach zachodzą w okresie ciąży, okołoporodowo, także w okresie niemowlęcym lub wczesnodziecięcym.

W okresie płodowym oraz okołoporodowym zaburzenie może być skutkiem np. wady wrodzonej w postaci asymetrii twarzowo-czaszkowej, niektórych wrodzonych wad genetycznych jak Zespół Downa, niedotlenienia okołoporodowego czy zaburzeń neurologicznych, choćby tonusu mięśniowego (np. obniżenia napięcia mięśniowego).

W pierwszym okresie życia dziecka przyczyn międzyzębowości można się dopatrywać w nieprawidłowym ułożeniu niemowlęcia w łóżeczku. Warto mocno zaakcentować fakt, że wszystkie noworodki oddychają przez nos. Jednakże nieprawidłowe ułożenie noworodka, bądź przejściowa infekcja kataralna powodują, że dziecko zaczyna oddychać przez usta, a taki sposób oddychania utrwała patologiczny tor oddechowy. Noworodek nie potrafi rozpoznać, że jest to niewłaściwe i niefizjologiczne. Następstwa dotyczące nieprawidłowych, utrwalonych nawyków – wzorców w mózgu – u noworodków są o wiele bardziej poważne niż np. u dzieci kilkuletnich, które również przechodzą kilkudniową infekcję. Wynika to z faktu, iż nowe nawyki łatwiej zapomnieć, a te utrwalone są bardzo trudne do zmiany. Dlatego praca nad międzyzębowością wymaga dużo czasu oraz zaangażowania ze strony najbliższego otoczenia.

Międzyzębowość może być również skutkiem nieprawidłowego karmienia. Zmiana sposobu karmienia z naturalnego (piersią) na sztuczny (karmienie butelką), wywołuje szereg konsekwencji związanych z oddychaniem w czasie karmienia. Smoczek, inaczej niż brodawkę, utrzymują w jamie

ustnej dziąsła, a nie wargi. Brodawka jest bardziej elastyczna niż smoczek, który wywiera parcie języka w dół jamy ustnej obniżając jego powierzchnię i ucząc takiego położenia języka. Podczas karmienia butelką utrwała się niefizjologiczny tor oddechowy przez usta. Taki nawyk oddychania przez usta występuje u dzieci karmionych naturalnie jedynie podczas infekcji kataralnej. Międzyzębowość wzmacnia źle dobrany do ust maluszka smoczek, tzn. gdy jest zbyt duży lub gdy ma za duży otwór do wypływania pokarmu. Czas karmienia to również trening maleństwa i wzmacniania jego mięśni warg, języka, policzków, podniebienia miękkiego, nauki koordynacji oddechu, tj. faz wdechu i wydechu z połykaniem pokarmu. Za duży otwór skutkuje zbyt szybką podażą pokarmu, co nie stymuluje tych mięśni i wtórnie dochodzi do zaburzeń ich pracy.

U dzieci od 1 roku życia międzyzębowość może ujawnić się na skutek np. przedłużającego się karmienia naturalnego (bezpieczny kres dokarmiania piersią to 18 miesięcy życia) lub butelką (tutaj warto po 12 miesiącu życia przejść na butelkę ze słomką lub kubek), ssania smoczka uspokajającego, pieluszki czy kciuka. Zaburzenia powstają dlatego, że dochodzi do tzw. przetrwałego niemowlęcego typu połykania, czyli połykania z utrwaloną nieprawidłową wyłącznie poziomą pracą języka. Polega ona na tym, że w momencie przelknięcia dziecko wsuwa płasko leżący język między zęby. Połykanie niemowlęce (inaczej zwane też infantylnym) powinno wygasnąć w 18 m-cu życia, czyli dokładnie wtedy, gdy kończymy dokarmianie naturalne. Połykanie niemowlęce powinno zostać w pełni zastąpione dojrzałym około 25-36 m-ca życia. Wtedy język w trakcie jedzenia oraz w pozycji spoczynkowej ma zajmować swoją prawidłową pozycję, czyli jego czubek dotyka do styku górnych zębów z dziąsłami. Takie ułożenie działa jak system „zamykający” na nasze usta, utrzymując domkniętą zuchwę. Natomiast ssanie kciuka, pieluszki, obgryzanie paznokci powoduje nie tylko osłabienie mięśni artykulatorów, ale również wady zgryzu. Obok tyłozgryzu czy przodozgryzu pojawia się najtrudniejszy w procesie logopedycznej terapii międzyzębowości – zgryz otwarty. Istotne jest również, aby dziecko miało prawidłową dietę, tzn. aby jadło pokarmy dostosowane konsystencją i twardością do wieku, gryzło twarde warzywa, owoce i mięso, piło prawidłowo z otwartego kubka. Wspomagana naukę picia rozpoczynamy w wieku poniemowlęcym, czyli od 12 m-ca życia, a już w wieku 16-18 m-ca maluch powinien umieć samodzielnie pić z otwartego kubka.

Dzieci od 3 roku życia rozpoczynające naukę w przedszkolu często po raz pierwszy mają kontakt z szerokim spektrum bakterii i wirusów, co na ogół powoduje nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, katar, a nierzadko również stany zapalne uszu. Bardzo ważne jest, aby każdy katar leczyć do końca. Katar trudny do wyleczenia należy starać się zdiagnozować (np. u alergologa, a u laryngologa ocenić stan migdała podniebiennego i migdałków gardłowych), ponieważ przeciągające się oddychanie ustami osłabia napięcie mięśni zuchwy, warg, języka. W profilaktyce zdrowia słuchu logopedzi zwracają również uwagę, jak ważne jest prawidłowe i

dokładne wydmuchiwanie kataru. Jeżeli nos, czy zatoki nie będą prawidłowo oczyszczane z wydzieliny zapalnej (czyli zawierającej chorobotwórcze mikroorganizmy), to jest duże ryzyko, że katar dostanie się do trąbek słuchowych, a to już zaledwie krok do stanu zapalnego ucha środkowego. Nawracające stany zapalne mogą powodować zaburzenia rozwoju słuchu w postaci zaburzeń słuchu fonematycznego, obniżonego progu słyszenia, czy zaburzeń lateralizacji słuchowej. Otwarta buzia powoduje także, że dzieci chrapią w nocy, mają przesuszoną śluzówkę gardła, źle śpią, a w dzień są niewypoczęte.

Opisane powyżej objawy i przyczyny międzyzębowości są złożone i skomplikowane. Jak widać wymagają one nierzadko pogłębionej diagnostyki i wprowadzenia specjalistycznego leczenia. Ponadto nawyki oddechowe, pracy mięśni czy artykulacyjne są trudne do odwrócenia i zastąpienia ich nowymi, prawidłowymi. Dlatego warto poprosić logopedę o konsultację małego dziecka, ocenę pracy mięśni w obrębie twarzy i artykulatorów, badanie rozwoju mowy w tym artykulacji oraz badanie funkcji słuchowych. Wcześniej wykryta międzyzębowość pozwoli na wprowadzenie ćwiczeń odpowiednio dobranych do indywidualnych potrzeb pacjenta, które systematycznie wykonywane w domu pozwolą na zniwelowanie wady.

Pamiętajmy, że **międzyzębowość sama nie ustępuje.**

Bibliografia:

Balewska Anna, *Terapia sygmatyzmu międzyzębowego*. Sosnowiec 2018.

Stecko Elżbieta, Hortis-Dzierzbicka Maria, *Seplenienie międzyzębowe – norma wiekowa czy patologia?* Borgis - Nowa Pediatria 1/2000

Pluta-Wojciechowska Danuta, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Bytom 2013.