**PRAWIDŁOWY TOR ODDYCHANIA JAKO JEDEN Z WARUNKÓW PRAWIDŁOWEGO ROZWOJU MOWY**

Artykulacja, oddychanie oraz połykanie mają miejsce we wspólnej przestrzeni narządów mowy. Nienormatywne działanie jednej z tych czynności przyczynia się do rozwoju patologii drugiej. Moja wieloletnia praktyka logopedyczne ukazuje jak wiele dzieci boryka się z nienormatywnym torem oddechowym i jak wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy   
z konsekwencji tej nieprawidłowości. Poniższy artykuł poświęcony został zagadnieniom oddychania i korelacji tegoż na inne patologiczne zmiany przyczyniające się do powstania wad wymowy, problemów ortodontycznych, czy funkcjonowania poznawczego.

Prawidłowy tor oddychania (przez nos) jest jedną z pierwszych funkcji, która podlega ocenie logopedycznej. Iwona Banasiak i Monika Ośko zwracają uwagę na to, iż to właśnie prawidłowe oddychanie jest funkcją podstawową przy korektach wad zgryzu wskazując, iż: „reedukowanie zaburzonych funkcji motorycznych jamy ustnej musi być przestrzegane pod względem kolejności reedukowanych funkcji, ponieważ niemożliwe jest znormalizowanie wzorca połykania bez przywrócenia toru oddechowego przez nos jako funkcji podstawowej. Przy zamkniętej jamie ustnej język spoczywa na podniebieniu dzięki podciśnieniu, które wytwarza się wtedy w jamie ustnej. Tylko w takich warunkach możliwe jest realizowanie prawidłowej funkcji połykania.” [[1]](#footnote-1)

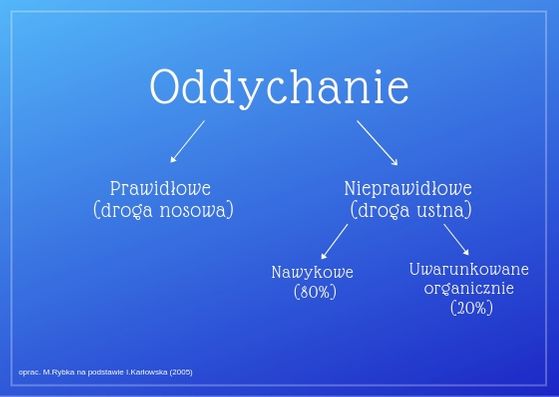
Rodzice zgłaszając się z zaleceniem od ortodontów, celem normalizacji pracy języka, która niewątpliwie musi być skorygowana jeszcze przed założeniem aparatu ortodontycznego, powinni wiedzieć i zwrócić uwagę na tor oddychania swojego dziecka w czasie snu, zabawy oraz mówienia. Nieprawidłowości w tym zakresie powinno się obserwować już od pierwszych dni narodzin dziecka. Zdrowy noworodek ma gotowość do poboru powietrza nosem. Warunkami tego są dojrzałość drzewa oskrzelowego, drożność jam nosowych, prawidłowe napięcie mięśniowe okolicy oralnej, brak współwystępujących wad anatomicznych. Dojrzałość koordynacji ssania, połykania i oddychania implikuje ustalanie się prototypu oddechowego: krtań noworodka umiejscowiona jest wysoko, co daje możliwość poboru powierza przy ssaniu, bez konieczności rozszczelniania układu ssącego. [[2]](#footnote-2)

Nieprawidłowy tor oddychania – czyli ustny, niesie ze sobą wiele różnorodnych problemów logopedycznych, jednocześnie przyczynia się do wad wymowy. G. Jastrzębowska patologie w oddychaniu wymienia jako jedną z przyczyn warunkujących sygmatyzmy „Częste choroby górnych dróg oddechowych, zwłaszcza niedrożność nosa, która zmusza dziecko do oddychania ustami, co sprzyja wysuwaniu się języka, czyli artykulacji międzyzębowej.”[[3]](#footnote-3) Obok wad wymowy, wad zgryzu, nieprawidłowy tor oddychania zaburza rozwój całej twarzy. Oddychając przez nos powietrze jest ogrzewane, oczyszczane   
i nawilżane. Brak przepływu powietrza przez nos powoduje zwężanie szczęki, tyłozgryz, tyłożuchwie, protruzję siekaczy górnych, zgryz krzyżowy oraz stany zapalne w przednim odcinku szczęki. Stale otwarte usta doprowadzają do hipotonii zarówno warg, jak   
i policzków. Brak równowagi pomiędzy mięśniami języka, policzków i warg doprowadzają do obniżenia pozycji języka z jego położenia fizjologicznego (przy podniebieniu). Powietrze pobierane nosem powoduje masaż dna jamy nosowej i w sposób bezpośredni przyczynia się do poprzecznego rozrostu kości szczęki. Zapobiega to powstawaniu podniebienia gotyckiego[[4]](#footnote-4). Obok anatomicznych zaburzeń w obrębie twarzoczaszki, które powoduje nienormatywne oddychania istnieją jeszcze konsekwencje poznawcze. Dziecko oddychające przez usta jest niedotlenione, blade, męczliwe, niespokojnie śpi[[5]](#footnote-5). Tor ustny oddechowy powoduje, iż mózg nie jest właściwie dotleniony, szczególnie układ limbiczny i znajdujący się tam jakże ważny dla procesów pamięciowych hipokamp. A. Obrębowski wskazuje,   
iż: „Układ limbiczny reguluje zachowania instynktowne (przyjmowanie pożywienia, utrzymanie gatunki) oraz emocjonalne: uczucia i nastroje wyrażane w reakcjach ruchowych w reakcjach wegetatywnych i wewnątrzwydzielniczych, jak również pozytywne i negatywne stany afektywne (strach, złość, sympatia, uczucie błogostanu). Układ limbiczny związany jest także z mechanizmami pamięci. Szczególną rolę w tym odgrywa hipokamp i kora śródwęchowa”[[6]](#footnote-6). Można więc wysunąć wniosek, że dziecko z dysfunkcją oddychania będzie miało problemy z pamięcią, co wtórnie wpłynie na jego naukę w szkole.

Kolejnym ważnym elementem na jaki zwrócę uwagę pisząc o konsekwencjach niewłaściwego toru oddechowego jest przerost migdałków. Powietrze przepływające bezpośrednio do jamy gardłowej nie jest ogrzewane i oczyszczane. Przyczynia się to będzie do przerostu migdałków, może również prowadzić do niedomykalności części nosowej gardła przez podniebienie miękkie, co grozi powstawaniem zaburzeń wentylacyjnych trąbki słuchowej (niedosłuchem, wysiękowym zapaleniem ucha środkowego) oraz pojawieniem się nosowania otwartego. Zaburzenia artykulacyjne u dzieci z przerostem migdałków polegają na deformacji głosek ustnych, któremu towarzyszy nadmierny rezonans nosowy spowodowany brakiem zamknięcia przejścia miedzy częścią ustną a nosową gardła[[7]](#footnote-7). Konsekwencje dysfunkcji oddychania wymienia M. Rządzka i są to:

* wiotki mięsień okrężny warg, czerwień wargowa obrzmiała (przerost tkanki łącznej), obniżona motoryka;
* duże nabrzmiałe policzki, niezdolność utrzymania napięcia mięśni;
* obniżone napięcie i wiotkość żwaczy, obniżony odruch żucia, wąskie łuki obu szczęk, stłoczenie zębów;
* nieprawidłowe wyrastanie zębów, anomalie zębowe, (wyrastanie poza łukami dziąsłowymi);
* nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, brak pionizacji, utrwalanie się wad wymowy;
* częste infekcje górnych dróg oddechowych (przerost migdałka podniebiennego   
  i gardłowego), mała ruchomość podniebienia miękkiego, mowa nosowa, niedrożność trąbki słuchowej, niedosłuch czynnościowy;
* nieprawidłowy tor oddechowy, obniżone napięcie i wiotkość mięśni międzyżebrowych, wady postawy;
* zaburzenia gospodarowania powietrzem, krótka faza wdechowa i wydechowa, ograniczona praca i mała sprawność przepony;
* nieprawidłowe funkcjonowanie układy pokarmowego;
* niedostatecznie dotlenienie układu nerwowego, nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji uwagi, szybka męczliwość, kłopoty w nauce;
* bóle głowy;
* nocne moczenie się;
* zaburzenia układu krążenia[[8]](#footnote-8)

Kiedy już stwierdzimy, że dziecko, pacjent nieprawidłowo oddycha, powinno nasuwać się kluczowe pytanie: DLACZEGO? Prawdą jest, że 80 % osób oddychających w sposób patologiczny, oddycha nawykowo, jednak należy sprawdzić wszystkie możliwe przyczyny organiczne. Do najważniejszych przyczyn anatomicznych powodujących dysfunkcję oddychania zalicza się: skrzywienie przegrody nosa, polipy, przerost migdałków podniebiennych i migdała trzeciego (mogą one być również powiększone wtórnie, po długotrwałym oddychaniu przez usta). Znaczny przerost migdałków podniebiennych powoduje zwężenie ciśnienia gardzieli oraz w istotny sposób ogranicza oddychanie przez nos. Dziecko, starając się oddychać nosem, pomaga sobie, wykonując ruchy doprzednie żuchwy, ściąga łuki podniebienno - gardłowe i podniebienno – językowe wraz   
z podniebieniem miękkim do dołu, czyniąc oddychanie przez nos dużo łatwiejszym. Wysuwanie żuchwy do przodu jest więc wyrazem kompensacji, która doprowadza do powstania przodozgryzu i przodożuchwia [[9]](#footnote-9).

Źródło: https://logopedarybka.pl/kochasz-to-patrz-jak-oddycha-twoje-dziecko/

Korekta i profilaktyka dysfunkcji oddychania w aspekcie logopedycznym obejmuje:

1. W wieku noworodkowym:

* Sprawdzenie możliwości wentylacji nosem;
* Pilnowanie drożności noska;
* Domykanie ust;
* Odpowiednie układanie w łóżeczku;
* Podtrzymywanie żuchwy czapeczkami z wiązaniem;
* Dbałość o prawidłowy sposób karmienia piersią;
* Odpowiedni dobór sprzętu do karmienia alternatywnego;
* Ćwiczenia bierne: masaże zewnętrzne okolicy oralnej, wewnątrzustne, ustno-twarzowa terapia regulacyjna Castillo Moralesa i inne;
* Zastosowanie płytki przedsionkowej nr 1.

1. W wieku niemowlęcym:

* J. wyżej;
* Wygaszanie odruchowej reakcji kąsania, następnie ssania;
* Niwelowanie parafunkcji – ssania nie odżywczego – palca, smoczka;
* Rozwijanie nagryzania, gryzienia, żucia;
* Konsekwentne wprowadzanie różnorodności konsystencjach pokarmów;
* Rozwijanie pozycji prawidłowej spoczynkowej języka;
* Przygotowanie motoryczne i fizjologiczne do prawidłowego połykania jako elementu pionizacji języka;
* Początek zabaw oddechowych.

1. U małego dziecka:

* J. wyżej;
* Pilnowanie prawidłowego toru oddechowego;
* Wspieranie prawidłowości w funkcjach pokarmowych;
* Budowanie prawidłowości zgryzowych;
* Ćwiczenia czynne do korekty sposobu połykania(3 etapy: unoszenie języka, połykanie śliny, stosowanie wyuczonej kinetyki ruchu do spożywania pokarmów);
* Ćwiczenia oddechowe; pogłębianie fazy wdechowej, wydłużanie wydechowej;
* Niwelowanie parafunkcji – obgryzania paznokci;
* Zastosowanie płytki przedsionkowej nr 2 lub nr 3 w zależności od wieku   
  i warunków stomatognatycznych dziecka.[[10]](#footnote-10)

Widzimy zatem, jak ważny prawidłowy tor oddychania jest istotny dla naszego dziecka. Jeśli rodzic zauważy, że jego dziecko nieprawidłowo oddycha można skonsultować się   
z logopedą lub laryngologiem. Otwarta buzia twojego dziecka to może być początek problemów. Należy pytać, diagnozować i pamiętać - ***problem sam nie zniknie.***

Źródło:https://www.logopestka.pl/cwiczenia-oddechowe-w-jaki-sposob-wspieraja-rozwoj-mowy/

OPRACOWANIE - Anna Halasz

BIBLIOGRAFIA

1. I.Banasiak, M.Ośko., Wykorzystywanie nowych regulatorów funkcji MFS w pracy logopedy, Forum Logopedy, Poznań 2016
2. M. Rządzka., ODRUCHY ORALNE U NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT, Kraków 2019
3. G. Jastrzębowska, T. Gałkowski (red)., LOGOPEDIA, Pytania i odpowiedzi, Opole 2003
4. S. Milewski, J.Kuczkowski, K. Kaczorowska – Braj(red)., BIOMEDYCZNE PODSTAWY LOGOPEDII, Gdańsk 2017
5. A. Obrębowski (red).,Wprowadzenie do neurologopedii, Poznań 2012
6. M.Rządzka.,Wczesna interwncja logopedyczna, Łódź 2009
7. https://logopedarybka.pl/kochasz-to-patrz-jak-oddycha-twoje-dziecko/

1. I.Banasiak, M.Ośko, Wykorzystywanie nowych regulatorów funkcji MFS w pracy logopedy, Forum Logopedy, Poznań 2016r, str.51 [↑](#footnote-ref-1)
2. M. Rządzka, ODRUCHY ORALNE U NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT, Kraków 2019 r, str. 25 [↑](#footnote-ref-2)
3. G. Jastrzębowska, Tadeusz Gałkowski (red), LOGOPEDIA Pytania o odpowiedzi, Opole 2003r, str. 166 [↑](#footnote-ref-3)
4. S. Milewski,J. Kuczkowski, K. Kaczorowska –Braj (red), BIOMEDYCZNE PODSTAWY LOGOPEDII, Gdańsk 2017, str. 154-155 [↑](#footnote-ref-4)
5. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska –Braj (red), BIOMEDYCZNE…, op. cit., str.155 [↑](#footnote-ref-5)
6. A. Obrębowski (red), Wprowadzenie do neurologopedii, Poznań 2012 r. str.44 [↑](#footnote-ref-6)
7. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Braj (red), Biomedyczne… op. cit.,str. 174 [↑](#footnote-ref-7)
8. M. Rządzka, Wczesna interwencja logopedyczna, Łódź 2009 r. [↑](#footnote-ref-8)
9. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Braj (red), Biomedyczne… op. cit.,str. 155 [↑](#footnote-ref-9)
10. M. Rządzka, Wczesna interwencja logopedyczna, Łódź 2009 [↑](#footnote-ref-10)