

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В
ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ,
МІОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ТА МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

Ревуцька Олена Володимирівна,

к.пед.н., доцент,

Линдіна Євгенія Юріївна

к.пед.н., доцент,

Бердянський державний педагогічний університет,

м. Бердянськ, Україна

revutskaya.helena@gmail.com

evgeniyalyndina.bgpu@gmail.com

Анотація. У статті розкривається залежність мовленнєвих порушень від зубощелепних деформацій та міофункціональних недоліків. Відзначається вагомість міждисциплінарної взаємодії та важливість командної роботи в організації допомоги дітям з зубощелепними, міофункціональними та мовленнєвими порушеннями.

Ключові слова: зубощелепні деформації, міофункціональні недоліки, порушення мовлення, міждисциплінарний підхід, логопед, ортодонт.

У сучасному суспільстві міжнауковий синтез, інтеграція та взаємопроникнення наук набувають масштабного характеру, і міждисциплінарність стає головною особливістю сучасної науки. Тому розширюється спектр міждисциплінарних досліджень і в галузі освіти, і в організації допомоги дітям. Значення командного підходу при комплексній взаємодії значно зростає, а зв'язки між науками виступають як умова єдності навчання й виховання.

Міждисциплінарні підходи й методи пізнання виникають на межі різних наукових дисциплін у сучасних дослідженнях, що дає можливість отримати нові знання та використовувати їх на практиці.

Проблема зубощелепних, міофункціональних і мовленнєвих порушень у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку сьогодні є актуальною,

оскільки показники поширеності таких порушень, їх взаємозв'язок між собою, вплив на розвиток вербальної комунікації, на психічний розвиток дитини, вказує на необхідність ранньої діагностики і своєчасної, патогенетично обґрунтованої корекції цих порушень.

У дітей із зубощелепними патологіями та мовленнєвими порушеннями, що мають анатомічні недоліки периферичних органів фіксується недосконалість функцій жувальних і м'язів щелепно-лицьової області, що дослідники пов'язують з орофациальними міофункціональними проблемами [1, 2, 3].

Орофациальні міофункціональні порушення – це порушення, притаманні обличчю й області рота, що впливають на жування, ковтання, мовлення, прикус, гігієну порожнини рота, естетику обличчя та зростання лицьового скелета [5].

Серед форм орофациальних міофункціональних порушень найбільш поширені: ротове дихання або недолік звичного носового дихання (67%); звично відкритий рот, відсутність змикання губ при відкритих носових ходах; зменшена амплітуда руху верхньої губи при наявності або відсутності укороченої губної вуздечки; укорочена вуздечка язика, переднє прокладання язика в спокої; нижнє переднє положення язика в спокої; неефективне ліниве жування (58%), пов'язане з порушеннями прикусу; атипове інфантильне ковтання (61%), переднє положення голови в стані спокою під час жування і ковтання [2].

При недосконалості ротової порожнини, особливо зубощелепних патологіях, може виникати комплекс проблем. Виражені порушення прикусу, зміна форми і розташування зубів, укорочення вуздечки верхньої губи, інші порушення периферичних органів мовлення, що впливають на зміну пропорційності і ведуть до появи деформації обличчя, ускладнюють артикуляцію звуків, що погіршує виразність мовлення. Ці фактори позначаються на психіці дитини, у якій формуються психологічні комплекси і розвиваються депресивні стани через переживання своїх недоліків, що перешкоджає нормальному процесу становлення її особистості.

Зубощелепна система (ЗЩС) людини є комплексною багаторівневою структурою, кожен елемент якої важливий для її нормального функціонування. Вона є частиною організму, динамічно змінюється під дією комплексу взаємопов'язаних і взаємообумовлених факторів. Фізіологічні зміни структур і функцій мають значення для здорового росту і природного розвитку, а патологічні зміни призводять до порушень у взаємодії функцій і структур [3].

У сучасній теорії і практиці доведено зв'язок зубощелепної системи з іншими системами організму людини, описані причини виникнення порушень ЗЩС і наслідки, до яких вони можуть призвести. Доведено, що стан ЗЩС розглядається як індикатор соматичного здоров'я, а зміни, що виникають у стані стоматологічного статусу дітей є відображенням порушень кісткових структур, м'язів, загального, мовленнєвого, нервового розвитку дитини, які відбуваються в організмі [2, 3].

При деформаціях зубощелепної системи фіксуються різноманітні зміни в зовнішньому вигляді дитини, в області шиї, зміщення в оклюзії відображаються на шийному хребці, відбуваються адаптаційні зміни, спрямовані на відновлення горизонталі. Організм прагне вирівняти черепні невідповідності, щоб тримати голову рівно, очі згідно горизонту. Маючи певні проблеми, організм намагається вижити, вертикалізувати себе, нахилиючи себе, компенсує, щоб голова була в правильному положенні, щодо справжньої горизонталі. Так проходить компенсаторна деформація обличчя, яка призводить до асиметрії.

Діти з зубощелепними недоліками можуть відставати в розвитку, вони фізично слабші, замкнуті, дратівливі і психічно неврівноважені. Естетичні порушення часто помітні при розмові, посмішці, деякі діти, соромлячись цього, починають менше посміхатися або прикривати рот під час розмови рукою, чим ще більше підкреслюють недолік, що викликає психічні травми, утворення комплексів. При наявності зубощелепних відхилень діти частіше хворіють, схильні до карієсу зубів і хвороби ясен, зуби погано очищаються, що призводить до запалення ясен; можуть виникати хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (їжа недостатньо пережовується, травмує слизову

оболонку). Патології розвитку зубощелепної системи завдають істотної шкоди не тільки здоров'ю, психологічному розвитку дитини, але і її соціальній адаптації [4].

Етіологія мовленнєвих, зубощелепних і міофункціональних порушень багатофакторна, може призводити до виникнення нових клінічних проявів у всьому організмі людини у вигляді неврологічної симптоматики, стоматологічних і логопедичних порушень, нейропсихологічних проблем.

На формування зубощелепної системи мають найбільший вплив загальні захворювання, спадкові та перинатальні фактори: патологія вагітності та пологів, неповноцінність статевих клітин батьків або гормональні зрушення в організмі вагітної жінки, будь-який вид психічного, фізичного, хімічного або біологічного впливу зовнішнього середовища, штучне вигодовування, ослаблення соматичного здоров'я дітей; психосоціальні фактори (зниження рівня мовленнєвої культури в суспільстві, професійна зайнятість батьків, збільшення частоти білінгвізму в сім'ї, вплив гаджетів на формування психічних і мовленнєвих функцій дитини), наявність стійких шкідливих звичок – патологічно звичних дій, в основі яких лежить хвороблива фіксація певних довільних дій (звичка смоктання пальців, пустушок чи інших предметів, звичка гризти нігті (32,8%), звичка смоктання верхньої або нижньої губи (24,4%), кусання губ і язика, поєднання звичок смоктання губ і гризти нігті (17,5%), звичка гризти ручки і олівці (18,4%), звичка смоктання язика і щік (11,2%), дихання ротом й інфантильне ковтання [4].

Поширеність шкідливих звичок у дітей з зубощелепними аномаліями становить 65,5%. Зубощелепні аномалії серед дітей зі шкідливими звичками зустрічаються в 74,3% [4].

Шкідливі дитячі звички заважають нормальному фізіологічному розвитку, поєднуються з тривожними розладами і тісно взаємопов'язані з психоневрологічними порушеннями.

Зубощелепні проблеми обумовлені і особливостями харчової поведінки сучасної людини, в раціоні якого переважає пюреподібна їжа, продукти м'якої

та в'язкої консистенції, що сприяє розвитку лінощів жувальних, м'язів м'язів і м'язів мовлення.

Дисфункції зубощелепної системи супроводжуються психоневрологічними порушеннями, змінами сенсомоторного рівня мовлення та порушеннями опорно-рухової системи, і можуть призводити до патології інших систем людського організму.

Аналіз педагогічних та спеціальних літературних джерел свідчить про негативний вплив зубощелепних деформацій на розвиток мовлення дітей (звукимови, сформованості звуко-складової структури слова, артикуляційної моторики, динамічної організації рухів органів артикуляційного апарату). Розкривається залежність звукимови від міофункціональних та зубощелепних порушень, що вказує на необхідність особливої уваги до питань виявлення та комплексного супроводу дітей логопедом та ортодонтом, організованої міждисциплінарної взаємодії в допомозі дітям [5].

Міждисциплінарний підхід – спільна робота команди фахівців в області медицини, психології, педагогіки, логопедії. Сутність міждисциплінарного підходу полягає в подоланні кордонів між окремими дисциплінами, в розширенні можливостей взаємодії серед членів команди, в знаходженні спільної професійної мови, що збагачує співпрацю та дозволяє бачити дитину «цілісно» [1].

У визначеннях міждисциплінарної системи організації послуг можна виділити загальні ознаки: співпраця, колективна робота команди фахівців різних областей; взаємодія, комунікація; колегіальне рішення спільних підходів, рівноправне врахування думок всіх фахівців; інтерактивний процес, що припускає участь людини, орієнтація на індивідуальні потреби особи.

Фахівці, що входять до складу міждисциплінарної команди, повинні володіти навичками виявлення першочергових завдань, збору та обміну інформацією, оцінки рішень, мати спільні позиції в реалізації рішень та оцінці результатів.

Для успішної роботи команди необхідні такі особисті та професійні якості: вміння слухати і встановлювати контакт, відкритість, щирість, відвертість, вміння чітко викладати свої думки, готовність здійснювати зворотний зв'язок за результатами своєї діяльності, здатність йти на особистий і професійний ризик, готовність ділитися досвідом і знаннями.

При міждисциплінарній взаємодії, кожен фахівець, що працює в команді, має певні цілі: невролог бере участь в оцінці перинатальних факторів ризику, вивченні особливостей раннього розвитку дитини і актуального неврологічного статусу; психіатр оцінює психічний статус, визначає рівня сформованості психічних функцій у відповідності з віком; консультує батьків з питань психічного здоров'я, призначає медикаментозну терапію; отоларинголог (сурдолог) оцінює слухову функцію; стоматолог-ортодонт виявляє зубощелепні й міофункціональні порушення, дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, проблем з жуванням, ковтанням, неправильним положенням язика; остеопат консультує з метою профілактики, діагностики, лікування і реабілітації наслідків соматичних дисфункцій, що призведуть до порушення здоров'я; нейропсихолог визначає фундамент і ресурси, на яких буде будуватися корекційна робота, в процесі нейропсихологічної діагностики дефіцитарних психічних функцій і виявленні збережених функцій; логопед вивчає особливості формування мовлення, механізми, структуру і симптоматики мовленнєвих порушень, проводить корекцію наявних мовленнєвих розладів, планує і проводить корекційно-розвиткові заняття; спеціальний педагог (дефектолог) визначає освітній маршрут на даному етапі корекції, добирає методи і технології корекційно-розвиткового супроводу дитини [1].

Міждисциплінарний підхід суттєво допомагає в складанні індивідуальної програми допомоги дитині. Батькам відведена важлива роль у розвитку дитини, вони є учасниками міждисциплінарної команди і при оцінці дитини, і на етапі складання програми, і в процесі її реалізації. На етапі оцінки дитини та її сім'ї спільні обговорення дозволяють уникнути дублювання збору анамнезу різними

фахівцями (вони задають лише специфічні уточнюючі питання), і допомагають скласти системне уявлення про дитину. На етапі складання програми допомоги – знання фахівців різних областей дають більше робочих гіпотез і допомагають виділити пріоритетний напрямок в корекції і розвитку дитини, з урахуванням її дефіцитів, ресурсів, потреб та інтересів. Спільне планування занять з вибором першочергових цілей на поточний момент і визначенням відповідального фахівця на даному етапі.

При плануванні профілактичної та корекційної роботи важливо забезпечити можливість комплексного підходу й тісної міждисциплінарної (медико-психолого-педагогічного) співпраці фахівців в організації допомоги дітям з зубощелепними, міофункціональними і мовленнєвими порушеннями [2]

Спільна робота в рамках міждисциплінарної команди фахівців – лікарів (педіатрів, неврологів, психіатрів, психотерапевтів, остеопатії, стоматологів, ортодонтів) і логопедів, нейропсихологів, психологів, педагогів, інструкторів ЛФК, є більш продуктивною і дозволяє провести діагностичні заходи за критеріями, розробленими фахівцями з урахуванням свого нозологічного профілю, визначити пріоритетний напрям корекції, запропонувати програму допомоги і представити рекомендації з лікування та профілактиці. Командний підхід в рамках міждисциплінарної взаємодії відповідає сучасним запитам і батьків, і медичної спільноти в цілому.

Список літератури

1. Байрамова Л. Н., Белоусова М. В. Комплексная медико-психолого-педагогическая помощь детям с речевыми и зубочелюстными нарушениями: алгоритм междисциплинарного взаимодействия: учебно-методическое пособие. – Казань, 2016. – 63 с.

2. Гвоздева Ю. В. Дисфункция мягких тканей челюстно-лицевой области у детей: механизмы влияния на формирование зубочелюстной системы и возможности ранней коррекции с применением миофункциональной аппаратуры: автореф. дис. ... докт. мед. наук : 14.01.14 – стоматология. – Пермь, 2010. – 21 с.

3. Няшин Ю. И., Еловикова А. Н., Коркодинов Я. А и др. Взаимодействие зубочелюстной системы с другими системами человеческого организма в рамках концепции виртуального физиологического человека // Российский журнал биомеханики. - 2011. - № 3 (53). – С. 8–26.

4. Рублева И. А. Оценка взаимосвязи зубочелюстных аномалий и психоневрологических нарушений у детей 7-12 лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 – стоматология. – Москва, 2010. - 25 с.

5. Хрестоматія з логопедії / Авторський колектив: Н. Базима, О. Качуровська, О. Козинець, Ю. Коломієць, С. Конопляста, Є. Линдіна, О. Ревуцька та ін. – К.: «Книга-плюс», 2019. – 496 с.