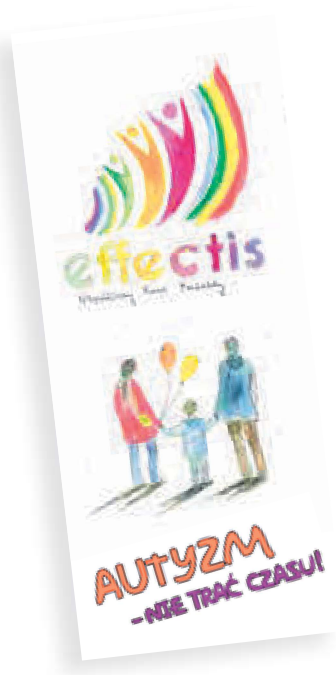


# Wędzidełko podjęzykowe, przerośnięte migdałki, wady zgryzu i ich wpływ na mowę dziecka

Mowa jest najlepszym środkiem komunikacji. Umożliwia tworzenie precyzyjnych odniesień do wielu sytuacji w naszym życiu. Opanowywanie sprawności językowych i komunikacyjnych jest złożonym, długotrwałym i wielowymiarowym procesem. Uwarunkowania mowy mają charakter nie tylko biologiczny, ale także społeczny. Dziecko poznaje świat dzięki rozumieniu mowy, za jej pomocą wyraża swoje potrzeby, pragnienia, spostrzeżenia i uczucia. Rozwijają się we własnym, swoistym tempie. Zdarza się, że na drodze tego rozwoju pojawiają się czynniki, które mogą mocno wpływać na mowę dziecka. Są to między innymi wędzidełko językowe (podjęzykowe) - zbyt krótkie, przerośnięte migdałki czy różnego rodzaju wady zgryzu. Właśnie tę tematykę poruszymy w niniejszym artykule. Zapraszam do lektury.

**Mirostław Wiśniewski**  
oligofrenopedagog  
dyrektor pedagogiczny NPP Effectis



**W**ędzidetko języka (potocznie zwane podjęzykowym) jest fałdem tkankowym, znajdującym się pomiędzy dolną powierzchnią języka i dnem jamy ustnej, w środkowej płaszczyźnie ciała (widoczny po uniesieniu czubka języka za górne zęby na watek dziąstowy oraz ku podniebieniu). Wędzidetko podjęzykowe o prawidłowej długości umożliwia swobodny ruch języka we wnętrzu jamy ustnej i wymawianie poprawnie konkretnych głosek. Zdarza się jednak, że fałd ten jest za krótki. Mamy wtedy do czynienia z ankyloglosją, czyli zbyt krótkim wędzidetkiem językowym. Jest to dość częsta wada anatomiczna. Mięwa podłoża genetyczne i występuje rodzinnie. Dotyczy zarówno noworodków i niemowląt, dzieci, jak i osób dorosłych.

Krótkie wędzidetko języka można rozpoznać między innymi po ograniczonych ruchach języka w obrębie jamy ustnej. Podczas próby uniesienia języka do góry, wędzidetko napina się i grubieje. Pojawiają się problemy podczas wysuwania języka z jamy ustnej. Dziecko czy osoba dorosła nie są w stanie wysunąć języka w kierunku nosa, brody, mogą wykonać jedynie niewielkie ruchy językiem w prawą i lewą stronę (czasem nawet ten ruch jest niemożliwy). Czubek języka ma charakterystyczny kształt i przypomina serce (czubek jest wcięty na środku, a powinien być zaokrąglony). Język nie jest w stanie spionizować się (czubek języka unosi się na watek dziąstowy za górne zęby, przy szeroko otwartej buzi), przez co wiele głosek wymagających takiej pionizacji, artykułowanych jest nieprawidłowo (między innymi głoski szeregu szumiącego [sz, ż, cz, dż], głoski [l, li] czy głoska [r]).

Zbyt krótkie wędzidetko podjęzykowe u niemowląt, które są karmione piersią, może powodować trudności w jej ssaniu. W konsekwencji prowadzi to do niedostatecznej ilości uzyskiwanego pokarmu, niedożywienia i ciągłego płaczu niemowlęcia, bólu i urazów brodawek sutkowych matki, a także przedwczesnego odstawienia dziecka od piersi.

Krótkie wędzidetko językowe utrwała nieprawidłowy wzorzec ssania, żucia i połykania (przetrwale połykanie niedojrzałe, inaczej infantylne – język ułożony płasko na dnie jamy ustnej, podczas przełykania śliny wysuwa się między zęby, naciska na nie i wypycha od wewnątrz, wargi są mocno zaciśnięte), powoduje także liczne wady zgryzu i ma znaczący wpływ na mowę i jej rozwój. U dzieci może prowadzić do seplenienia międzyzębowego, czyli wysuwania języka między zęby (mowy realizowanej w sposób interdentalny), na przykład podczas artykułowania głosek szeregu syczącego [s, z, c, dz], ale także innych głosek szeregu ciszącego [ś, ź, ć, dź] czy szumiącego [sz, ż, cz, dż], a także głosek [l, li] i głosek przedniojęzykowo-zębowych [t, d, n]. Ponadto, krótkie wędzidetko podjęzykowe, tak jak

**Jeśli wasze dzieci mają problemy z unoszeniem języka, wysuwaniem go na brodę, nie chcą jeść pokarmów stałych lub przeżuwiają je zbyt długo, chrapią w nocy, gorzej słyszą, stale mają otwartą buzię, katar, oddychają przez usta, ssą kciuk, warto skonsultować się ze specjalistami z dziedziny laryngologii, ortodoncji czy logopedii.**



wcześniej wspomniałam, utrudnia pionizację języka, skutkiem czego głoski wymagające spionizowania: głoski [l, li], głoski szeregu szumiącego [sz, ż, cz, dż] oraz głoska [r] są artykułowane nieprawidłowo (na przykład za dolnymi zębami). Za krótkie wędzidetko może być także przyczyną występującego ślinotoku. Pod językiem, zalegającym na dnie jamy ustnej, zbiera się duża ilość śliny, której dziecko nie nadąży połykać i zdarza się, że wyptywa ona na zewnątrz. Może przyczyniać się również do szczękociśku. Podczas mówienia dziecko nie otwiera wystarczająco szeroko jamy ustnej, zaciska mocno zęby, a mowa staje się niewyraźna, przez co jest niezrozumiała dla otoczenia.

Oceny budowy wędzidła podjęzykowego może początkowo dokonać logopeda, następnie laryngolog czy foniatra, który skieruje dziecko i jego opiekunów do odpowiedniego specjalisty (ortodonta czy chirurga). Niekorzystnym wptywem i następstwem zbyt krótkiego wędzidła językowego można zapobiec poprzez wykonanie zabiegu frenotomii, czyli prostego przecięcia wędzidła, frenektomii, czyli bardziej złożonego zabiegu wycięcia czy frenuloplastyki (u starszych dzieci) po odpowiedniej konsultacji i diagnozie. Istotne jest odpowiednie przygotowanie do zabiegu, regularne wykonywanie wcześniej przygotowanych ćwiczeń, zarówno przed zabiegiem, jak i po nim, jak również stosowanie się do zaleceń specjalistów. Należy nauczyć się unosić język do góry, ponieważ sam zabieg nie przyczyni się do tego. Odpowiedni zestaw ćwiczeń, mający na celu pionizację języka, może przygotować logopeda (takimi ćwiczeniami mogą być przykładowo: „kłaskanie” językiem, unoszenie czubka języka do podniebienia przy szeroko otwartej buzi, „malowanie” językiem podniebienia, wewnętrznej strony policzków, „liczenie” czubkiem języka górnych zębów przy szeroko otwartej buzi, dotykanie językiem na zmianę kącików warg, unoszenie czubka języka do nosa, wysuwanie go na brodę).

Kolejnym czynnikiem, mającym wpływ na rozwój mowy dzieci, który pragnę przedstawić w niniejszym artykule, jest przerost migdałków. Najczęściej występuje u dzieci, rzadziej u osób dorosłych. Migdałki podniebienne są pierwszą barierą, która chroni układ oddechowy przed różnego rodzaju czynnikami patogennymi i zapobiega rozprzestrzenianiu się infekcji i zarazków. Obustronnie przerośnięte migdałki mogą wskazywać na chorobę lub alergię. Po powrocie do zdrowia migdałki powinny ulec obkurczeniu i wrócić do pierwotnych rozmiarów.

Najczęściej przyczyną obustronnego przerostu migdałków są nawracające stany zapalne, na przykład angina, zapalenie gardła, zatok przynosowych czy błony śluzowej nosa. Ponadto mogą to być również różnego rodzaju alergeny: pokarmowe, wziewne oraz bakterie stanowiące silny czynnik alergiczny. Z kolei powiększenie tylko jednego migdałka podniebiennego może wskazywać na infekcje bakteryjne, anginę czy zakażenia grzybicze, a nawet na nowotwory układu chłonnego czy nowotwory w obrębie migdałków.

Prerośnięte migdałki podniebienne można rozpoznać po tym, że w momencie, kiedy dziecko otworzy szeroko jamę ustną, są one widoczne i stykają się w linii środkowej gardła. Powinny być niewidoczne, położone pomiędzy przednim a tylnym łukiem cieśni gardła, schowane w łukowatych zagłębieniach śluzówki. Prerośnięte migdałki powodują trudności w potykaniu, oddychaniu, zmieniona zostaje barwa głosu, często pojawia się „chrypka”, mowa staje się niewyraźna (mowa „kluskowata”), z poszumem nosowym, dziecko oddycha przez usta, a więc nieprawidłowo. Zdarza się też, że występują bezdechy nocne (przerwy w oddychaniu), dzieci mogą chrapać w trakcie snu.

Rytm ich oddechu staje się przyspieszony i nieregularny. Dziecko nie wypoczywa podczas snu w nocy, co może być przyczyną permanentnego zmęczenia, stresu, ma podkrążone oczy, problemy z koncentracją, staje się marudne, bywa niespokojne i niechętnie jakimkolwiek działaniom aktywizującym, a nawet agresywne.

Prerośnięte migdałki mogą prowadzić do istotnych zakłóceń w rozwoju mowy dziecka, a przede wszystkim do wad wymowy. Stałe oddychanie przez otwarte usta prowadzi do osłabienia mięśni warg, żuchwy i języka, czego następstwem może być seplenienie

międzyzębowe (głoski wymawiane są z językiem wysuniętym między zęby, układ ten jest nieprawidłowy). Mowa dziecka z prerośniętym migdałkiem gardłowym staje się bełkotliwa (mowa „kluskowata”, o której wspominałam wcześniej). Dziecko zaczyna mówić niewyraźnie, a w konsekwencji niezrozumiale dla otoczenia, co może powodować u niego frustrację, a nawet lęk przed mówieniem. Ponadto, w jamie ustnej tworzy się wąskie i wysoko wysklepione podniebienie, tak zwane „podniebienie gotyckie”. Dochodzi do nadmiernego rozrostu żuchwy, a poprzez stale rozchylone usta – do mocnego wystawiania kości policzkowych. Często dziecko z prerośniętymi migdałkami ma charakterystyczny wyraz twarzy, tak zwaną „twarz adenoidalną” – „gapowaty” wyraz twarzy, nie może oddychać przez nos, tylko przez otwartą buzię, co nadaje mu specyficzny wygląd. Jeśli proces oddychania przez usta trwa zbyt długo, może dojść do nieprawidłowego zgryzu. Brak zwarcia zębów górnych i dolnych prowadzi do zgryzu otwartego. Prerośnięte migdałki często powodują zapalenie ucha środkowego. Powiększony migdałek uciska na znajdujące się w pobliżu ujście trąbki słuchowej. Z kolei jej zamknięcie powoduje blokadę naturalnej drogi upowietrzającej jamę bębenkową oraz ujście powstającej tam wydzieliny. Zaburzenia te objawiają się nawracającymi, wysiękowymi zapaleniami uszu, zaleganiem płynu w jamach bębenkowych oraz wynikającym z tego niedostuchem przewodzeniowym (często konieczny jest wtedy drenaż uszu). Następstwem tego niedostuchu może być nieprawidłowa artykulacja głosek o niskiej częstotliwości, na przykład głosek przedniojęzykowo-zębowych [t, d, n].

Migdałki dziecka diagnozuje lekarz laryngolog, na przykład po uprzednim skierowaniu przez logopedę. W przypadku, gdy nie są one bardzo prerośnięte, można zastosować leczenie farmakologiczne (na przykład poprzez podawanie sterydów). Jeśli nie przyniesie ono konkretnych rezultatów, należy przeprowadzić zabieg usunięcia (wycięcia) migdałków, czyli adenotomii. Przeciwwskazaniem do podjęcia zabiegu może być rozszczep podniebienia, nawet już zoperowany. Występowanie samego tylko niedostuchu jest wskazaniem do usunięcia migdałka gardłowego (trzeciego migdałka). Jego odwlekanie może powodować dodatkowe dolegliwości i skutkować rozszerzeniem zabiegu, na przykład o podcięcie migdałków podniebionych. Zabieg usunięcia migdałków należy wykonać w odpowiednim czasie, ponieważ zdarza się, że czasami nie udaje się usunąć ich dużej masy w całości, a to z kolei skutkuje ponownym odrośnięciem i powtórzeniem adenotomii. Sam zabieg nie należy do skomplikowanych. Wymaga znieczulenia ogólnego, ale często już na drugi dzień po zabiegu dziecko może wrócić do domu. Po około dwóch tygodniach widoczna jest znaczna poprawa: dziecko lepiej





oddycha, nie chrapie i nie pociąga nosem. Cały czas pozostaje w terapii pod stałą opieką logopedy i wykonuje z nim przygotowane wcześniej i zalecone ćwiczenia.

Ostatnim czynnikiem, mającym wpływ na rozwój mowy dziecka, któremu chciałabym poświęcić uwagę w niniejszym artykule, są różnego rodzaju wady zgryzu. Przejawiają się w nieprawidłowej budowie szczęki górnej i dolnej (żuchwy), co z kolei ma wpływ na prawidłowe jedzenie pokarmów, oddychanie oraz mowę. Wady zgryzu pojawiają się już w okresie dzieciństwa i wtedy rodzice powinni podjąć odpowiednie kroki, mające na celu ich zniwelowanie lub znaczne skorygowanie, aby zapobiec komplikacjom w późniejszym okresie życia swoich podopiecznych.

Wady zgryzu wynikają z nieprawidłowości w obrębie budowy i położenia względem siebie kości szczęki i żuchwy, a także z zaburzonego układu łuków zębowych. Bardzo często wady zgryzu są wrodzone, wynikają one z czynników dziedzicznych (szczególnie rozrost żuchwy), ale także ze środowiska zewnętrznego, które oddziałuje na płód poprzez organizm matki (na przykład różne leki, witaminy).

Główną przyczyną wad zgryzu może być między innymi poród kleszczowy. Ponadto, zaliczyć tu także należy nieprawidłowe ułożenie dziecka do snu (podczas spania na boku, główka i szyja powinny być na delikatnym podwyższeniu). Nieprawidłowe przystawianie dziecka do piersi czy długotrwałe karmienie butelką może powodować tyłozgryz (na przykład podczas karmienia dziecka leżącego płasko na plecach, opada mu żuchwa). Kolejną przyczyną są złe nawyki dziecka, przejawiające się w notorycznym ssaniu kciuka, warg, policzków czy nieodpowiednio dobranego smoczka (zbyt długie ssanie smoczka też przyczynia się do powstawania wad zgryzu). Co więcej, wady zgryzu powstają również wtedy, kiedy dzieci stale gryzą różne przedmioty, na przykład kredki, ołówki, klocki, zabawki, oddychają przez otwartą buzię czy zgrzytają zębami (mamy wtedy do czynienia z bruksizmem).

Można wyróżnić kilka rodzajów wad zgryzu. Najczęściej występującą jest tyłozgryz (prognacja). Charakteryzuje się cofniętą żuchwą względem górnej szczęki, zęby przednie nie stykają się. W przypadku tej wady podczas mówienia bardzo często głoski szeregu syczącego [s, z, c, dz] są wymawiane jak głoski szeregu ciszącego [ś, ź, ć, dź]. Powodem jest rozsuniecie zębów. Kolejna wada to przodozgrzyz (progenia), w której z kolei sytuacja jest odwrotna niż w tyłozgryzie. Mianowicie dolny łuk zębowy

zachodzi na górny. Osoby mające przodozgrzyz sprawiają wrażenie groźnych. Widoczne jest u nich wysunięcie do przodu brody i dolnej wargi. Z kolei w zgryzie otwartym zęby w ogóle nie stykają się ze sobą. Osoby z tą wadą mają trudności w odgryzaniu pokarmów i ich przeżuwanie. Nie zawsze wada zgryzu powoduje wady wymowy, jednak w przypadku zgryzu otwartego, wystąpienie źle artykułowanych głosek jest wręcz oczywiste (zwłaszcza głosek przedniojęzykowo-zębowych [t, d, n] oraz głosek szeregu syczącego [s, z, c, dz]). Co więcej, zgryz otwarty powoduje wydłużenie twarzy, słabo rozwiniętą szczękę, obniżone napięcie warg i języka oraz wysokie podniebienie (gotyckie). Kolejną wadą zgryzu jest zgryz głęboki. Górne zęby zachodzą bardzo głęboko na zęby dolne. Twarz staje się asymetryczna. Tak ułożone zęby nadmiernie się ścierają i mogą powodować choroby dziąseł. Wada ta przyczynia się do zaburzonej artykulacji głosek szeregu syczącego [s, z, c, dz], ciszącego [ś, ź, ć, dź] i szumiącego [sz, ż, cz, dż]. Jedną z wad zgryzu jest również zgryz krzyżowy, w którym zęby dolne zachodzą na zęby górne na niektórych odcinkach (krzyżują się) lub w całym łuku zębowym. Do wad zgryzu zaliczyć należy także stłoczenia, które charakteryzują się tym, że zęby są zbyt duże w stosunku do zębodołów. Zarówno w górnej, jak i w dolnej szczęce nie ma dla nich miejsca. Wyrastają krzywe, poobracane lub pod niewłaściwym kątem, w nieodpowiednich miejscach. Zęby odseparowane pojawiają się w momencie, kiedy nadmiar miejsca w górnej i dolnej szczęce powoduje, że pomiędzy zębami tworzą się szpary.

W zależności od rodzaju wady zgryzu, może ona wpływać w różnym stopniu na czynności życiowe dzieci i osób dorosłych. Wady zgryzu prowadzą nie tylko do wymienionych wcześniej zaburzeń artykulacyjnych, nieprawidłowego oddychania czy jedzenia pokarmów. Nielezione mogą przyczyniać się do chorób przyzębia, próchnicy, kruszenia się zębów, dysfunkcji języka czy uszkodzenia błony śluzowej warg i policzków poprzez nieustanne ich przygryzanie. Wiąże się to z długotrwałym, a nawet bolesnym leczeniem.

Najlepiej już we wczesnym etapie życia dziecka, gdy tylko wyrosną mu wszystkie zęby mleczne, udać się z nim do specjalisty – ortodonta, który sprawdzi, czy szczeka i żuchwa rozwijają się prawidłowo, a jeśli tak nie jest, ustali dalszy plan postępowania. Jeśli tylko rodzice zauważą u swojego dziecka oznaki nieprawidłowego zgryzu lub jeśli dziecko oddycha przez usta, zgrzyta zębami, obgryza paznokcie czy przedwcześnie straciło zęby mleczne, albo zęby szybko się popsuty i pojawiła



się próchnica, należy zareagować w porę. Wtedy szybko można zastosować odpowiednie leczenie.

Wady zgryzu można leczyć za pomocą mioterapii, czyli ćwiczeń mięśni mimicznych i narządu żucia (obecnie wielu logopedów, neurologopedów, pedagogów specjalnych specjalizuje się także w tej dziedzinie, mamy wtedy do czynienia z mioterapeutą). Nieprawidłowy zgryz korygują także aparaty ortodontyczne, dostosowane indywidualnie dla każdego dziecka, ale również osoby dorosłe. Do wyboru są aparaty stałe, przymocowane do zębów z reguty na dwa lata (zazwyczaj dla dzieci w okresie dorastania, u osób dorosłych zakładane na zęby stałe) oraz aparaty ruchome, zakładane na kilka godzin w ciągu dnia (utrudniają wtedy mówienie, w trakcie noszenia raczej nie należy przyjmować pokarmów) lub na noc (szczególnie u dzieci młodszych). Przed wyrobieniem aparatów ortodontycznych niezbędne jest wykonanie zdjęcia RTG zębów oraz odlewu gipsowego szczęki górnej i dolnej. Są również takie przypadki wad zgryzu, w których leczeniu rozważyć należy chirurgię szczękowo-twarzową. Warto zwrócić uwagę na fakt, że leczenie ortodontyczne przeprowadza się dość często u osób dorosłych, a nawet u osób w podeszłym wieku. Czasami, aby dopasować prawidłowo protezę zębową, należy najpierw skorygować zgryz.

W wielu placówkach oświatowych, w których obecny jest stały logopeda, już podczas przesiewowych badań logopedycznych u dzieci jest on w stanie ocenić pracę wędzidełka, sprawdzić migdałki podniebienne czy zauważyć wadę zgryzu. Powinien wtedy jak najszybciej skontaktować się z rodzicami dziecka i w informacji zwrotnej zalecić konsultację laryngologiczną czy ortodontyczną. Ważne, aby rodzice nie lekceważyli problemu i jak najszybciej udali się do odpowiedniego specjalisty.

W Niepublicznym Punkcie Przedszkolnym „Effectis” neurologopeda jest w stałym kontakcie z rodzicami dziecka, ale również z pozostałymi specjalistami pracującymi w placówce, którzy prowadzą zajęcia terapeutyczne. Przed rozpoczęciem terapii logopedycznej, logopeda diagnozuje dziecko, między innymi sprawdza i ocenia wstępnie stan wędzidełka podjęzykowego, migdałków podniebionych czy zgryzu. Następnie przygotowuje logopedyczny program terapeutyczny, omawia go z rodzicami dziecka i zaleca na przykład konsultację laryngologiczną czy ortodontyczną. Dzieci autystyczne niemówiące lub słabo mówiące od razu kierowane są na badanie słuchu, aby wykluczyć ewentualną przyczynę braku mowy czy opóźnionego rozwoju mowy. Rodzice otrzymują jasne wskazówki i zalecenia jak mają postępować, a przez stały kontakt ze specjalistami w Terapeutycznym Punkcie Przedszkolnym „Effectis”, czują się odpowiednio zaopiekowani.

Wędzidełko językowe (podjęzykowe), przerośnięte migdałki oraz wady zgryzu mogą w znaczącym stopniu wpływać na rozwój mowy dzieci. Nie wszystkie z wymienionych czynników powodują wady wymowy, jednak warto zadbać o ich prawidłowy stan, aby nie przyczyniały się do deformacji, wad czy chorób w późniejszym okresie życia dziecka. Stąd ogromny apel do rodziców, aby bacznie obserwowali rozwój swoich podopiecznych. Jeśli wasze dzieci mają problemy z unoszeniem języka, wysuwaniem go na brodę, nie chcą jeść wielu pokarmów (szczególnie pokarmów stałych, raczej preferują zmiśnane papki) lub przeżuwiają je zbyt długo, chrapią w nocy, gorzej słyszą, stale mają otwartą buzię, katar, oddychają przez usta, ssą kciuk lub smoczek zdecydowanie zbyt długo, warto skonsultować się ze specjalistami z dziedziny laryngologii, ortodoncji czy logopedii, aby wykluczyć przywołane powyżej czynniki. Pozwoli to na szybką ocenę i diagnozę, wykonanie badań i otrzymanie odpowiednich ćwiczeń, które spowodują, że wasze pociechy nie będą miały problemów w przyszłości i będą prawidłowo się rozwijać. Na tym zależy wszystkim, głównie oczywiście rodzicom, ale także pedagogom w przedszkolu i w szkole, wychowawcom czy logopedom. Krótkie wędzidełko językowe, nieleczone przerośnięte migdałki czy wady zgryzu będą rzucały cień nie tylko na rozwój dzieci w danej chwili, ale także na całe ich dorosłe życie. Warto mieć to na uwadze i o tym pamiętać.

**mgr Paulina Grzebalska**  
neurologopeda, logopeda

Artykuł opracowany został przez specjalistów z Niepublicznego Punktu Przedszkolnego „Effectis”.  
„Effectis” Niepubliczny Punkt Przedszkolny dla dzieci z autyzmem  
Warszawa, Ursynów, ul. Pod Lipą 1, lok. nr 2  
+48 505 868 502, [www.effectis.edu.pl](http://www.effectis.edu.pl)



**„Effectis” – placówka powstała z inicjatywy doświadczonych i dobrze zorientowanych w temacie zaburzeń ze spektrum autyzmu rodziców, którzy zmagają się z zaburzeniem swojego dziecka na co dzień. W połączeniu sił z kadrą wykwalifikowanych terapeutów oraz specjalistów, powstało wyjątkowe miejsce, niosące pomoc dzieciom z ASD i ich rodzinom.**