

Булычева Оксана Сергеевна  
Учитель – логопед  
МАДОУ ДСКН № 6 г. Сосновоборска  
Консультация для родителей



## ***Ребёнок дышит ртом. К чему это приводит?***

Открытый рот и вследствие этого ротовое дыхание ребенка является причиной и следствием многих дисфункциональных нарушений. В течение последних 10–15 лет увеличилось количество детей, у которых закрепилось привычное открытое положение рта, следствием которого является перестройка типа дыхания: с физиологического носового типа дыхания ребенок переходит на патологический ротовой тип дыхания.

**Основные причины, способствующие переходу ребенка на ротовой тип дыхания, и последующие нарушения вследствие перестройки типа дыхания.**

Причины и следствия привычного ротового дыхания. Этому нефизиологическому открытому положению рта может способствовать ЛОР-патология (уха, горла, носа), затрудняющая процесс носового дыхания, в результате которой ребенок переходит на ротовой тип дыхания. Дети, страдающие аденоидами и хроническими ринитами, имеют вторичные нарушения, проявляющиеся в **снижении фонематического слуха**. Ухудшение слухового восприятия и слуховых дифференцировок **затормаживает процесс формирования языковых средств** и влечет за собой **речевые нарушения**. Следствием нарушения фонематического слуха может быть **общее недоразвитие речи (ОНР)**, нарушение интонационной выразительности речи и другие. Затруднение носового типа дыхания вследствие аденоидов приводит к нарушениям в строении лицевого скелета, так называемый «аденоидный» тип лица. При этом отмечается вялость губ, что снижает четкость речи и ухудшает дикцию. Недостаточность включения резонаторных полостей при аденоидах приводит к ринофониям – носовому оттенку речи.

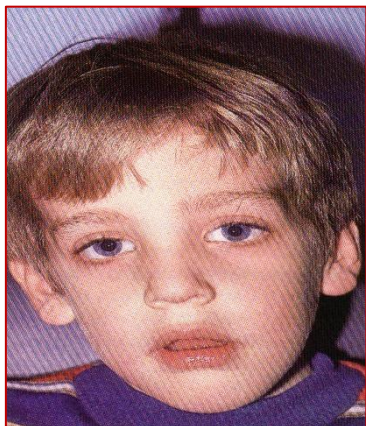
Другой причиной, при которой у ребенка закрепляется поза открытого рта, является длительное питание ребенка жидкими продуктами, не требующими включения в работу жевательных мышц. При этом у ребенка затрудняется переход с сосательного рефлекса к жевательной функции. Такой ребенок плохо жует, отказывается от пищи, требующей нагрузки на жевательные мышцы. Слабость и недостаточная тренированность жевательных мышц приводит к тому, что нижняя челюсть не удерживается в верхнем положении, опускается и в результате затрудняется смыкательная функция губ. Вследствие этого ребенок дышит ртом. Также возникает неправильное нижнее положение языка, что является причиной многих нарушений не только в звукопроизношении, но и в появлении ортодонтических проблем, связанных с нарушением прикуса зубов.

Есть еще категория детей, которая имеет вредные привычки. К ним относятся сосание пальцев, длительное сосание пустышки, питание из бутылочки через соску, привычное удерживание и накусывание зубами карандашей, ручек, твердых предметов. К вредным привычкам относят и инфантильное глотание пищи. Это сохранившийся у детей надолго сосательный рефлекс при глотании пищи. При инфантильном глотании язык упирается в разомкнутые зубы и выталкивается из полости рта.

Достаточно много детей, у которых вялость мимической и артикуляционной мускулатуры связана с легкой неврологической симптоматикой. В речевом плане это проявляется в виде дизартрических расстройств, при которых также появляется привычная поза открытого рта из-за пониженного или повышенного тонуса мимических и артикуляционных мышц.

Если у ребенка привычное положение открытого рта, то это означает, что у него сформировано ротовое дыхание вместо правильного и физиологичного носового. При ротовом дыхании язык всегда находится на дне полости рта. В норме же при закрытом рте язык всегда находится вверху и прижимается к твердому нёбу. В результате ротового дыхания у ребенка постепенно начинает формироваться деформация лицевого скелета. Боковые части верхней челюсти сближаются, твердое нёбо становится узким, высоким (готическим). В результате происходит сужение верхнего зубного ряда, скученное положение зубов верхней челюсти, а затем и нижней челюсти. Формируется неправильный прикус, что провоцирует возникновение сложных нарушений произношения звуков. Неправильное строение артикуляционного аппарата и неправильный прикус является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их коррекцию. Но есть и обратное влияние. В то же время нарушения звукопроизношения или неправильная артикуляция, инфантильный тип глотания, нарушения тонуса жевательной и мимической мускулатуры являются этиологическими факторами развития аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Мышечные дистонии, приводящие к

недостаточности функции мышц, нередко являются причиной, обуславливающей как нарушения осанки, так и патологии челюстно-лицевой области. Жевательная и височная мышцы при ротовом дыхании находятся в перерастянном состоянии из-за опущенной нижней челюсти. Постоянно открытый рот приводит к вялости круговой мышцы рта, которая отвечает за лабиализацию звуков.



Из-за этого нарушается четкость и внятность речи, страдает дикция. В результате перехода ребенка на ротовой тип дыхания носовое дыхание постепенно выключается. Следствием этого становится сужение носовых ходов и недоразвитие гайморовых пазух. Нижнее положение языка и отсутствие поддержки языком свода верхней челюсти вдет к замедлению роста костных структур верхней челюсти, что сказывается на интонационно-выразительной стороне речи.

Из-за постоянно открытого рта губные мышцы становятся вялыми. Низкий тонус круговой мышцы рта затрудняет нормальное смыкание губ, мешая нормальному развитию нижней челюсти. В речи отмечается недостаточная лабиализация (активное участие губ при произнесении звуков), прежде всего гласных звуков, что сказывается в нарушенной просодии (интонационной окраске речи). Позже, **в школьном возрасте**, недостаточная лабиализация гласных звуков может привести к специфическим (речевым) ошибкам на письме. Например, может быть артикуляторно-акустическая дисграфия (пропуски и замены гласных на письме). Мышечные структуры лицевой области находятся во взаимодействии и взаимовлиянии. Динамическое равновесие сил жевательного аппарата в значительной степени обусловлено согласованной работой мимических мышц и мышц языка. Язык и связанные с ним мышцы являются основной силой противодействия щечным мышцам и круговой мышце рта. Недостаток координации работы мышц может быть вызван неправильным положением языка во время дыхания, глотания, звукопроизношения, особенно произношения передних зубных звуков. При инфантильном глотании (сохранившийся сосательный рефлекс) язык упирается в разомкнутые зубы, прокладывается между ними, отталкиваясь от губ или щек. Неправильное глотание сопровождается нарушением сократительной функции многих мышц. При инфантильном глотании подключаются другие мышцы, которые не относятся к процессу глотания, в том числе жевательные, мышцы шеи, трапециевидные, мышцы спины. У детей с открытым ртом и нижним положением языка формируется отставание в росте нижней челюсти. Из-за недоразвития нижней челюсти формируется переднее положение головы (наклон и выдвигание головы вперед) относительно вертикали позвоночного столба, что ведет к сутулости и ухудшению физиологического дыхания. Одним из важных факторов, определяющих развитие зубочелюстной системы и правильного прикуса зубов, является действие мышц челюстно-лицевой области как во время

жевания, глотания, дыхания и речи, так и в состоянии относительного физиологического покоя. Сохранение миодинамического равновесия между мышцами создает условия для нормального развития зубочелюстной системы. Нарушение же функций мышц лицевой и ротовой области является мощным этиопатогенетическим фактором возникновения аномалий положения зубов и развития челюстей, приводящих к аномалии прикуса.



Имеющиеся при дистальном прикусе (значительное смещение верхней челюсти в переднем направлении по отношению к нижней челюсти) нарушения мышечного баланса в челюстно-лицевой области, в свою очередь, отражаются на формировании лицевого скелета и тоне мышц шеи. В результате перераспределения нагрузки происходит искривление шейного отдела позвоночника, особенно выраженное на уровне 3–4-го шейных позвонков. Изменяется положение подъязычной кости, может также измениться положение черепа по отношению к позвоночнику, а иногда форма позвоночного столба и грудной клетки. При дистальном прикусе (значительном смещении верхней челюсти в переднем направлении по отношению к нижней челюсти) центр тяжести головы нередко располагается впереди этой вертикальной оси, что влечет за собой изменение осанки. Нагрузка, приходящаяся на мышцы шеи, увеличивается. Сохранение при этом горизонтального направления взгляда возможно лишь при дальнейшем усилении их действия. У большинства детей с такими проявлениями наблюдается наклоненное положение головы вперед и изменение направления взора, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голени, плоскостопие. Эти отклонения на ранних стадиях можно характеризовать как слабость осанки. Нарастание

отклонений, а также их усугубление, которое проявляется в большей степени с возрастом, характеризуются как нарушения осанки. Нередко у таких детей имеется также сколиоз. Нарушение осанки, в свою очередь, создает условия для затрудненного развития грудной клетки и функции легких. Дети с дистальным прикусом чаще страдают **трахеитом и бронхитом**. Деформация верхней челюсти при дистальном прикусе ведет к уменьшению объема носовых полостей и нарушению пневматизации воздухоносных пазух черепа. У детей снижается жизненная емкость легких по сравнению с нормой. Медицинские специалисты отмечают наиболее частые нарушения, встречаемые у детей с ротовым типом дыхания. Одним из самых неожиданных нарушений является выявленное хроническое кислородное «голодание» ребенка с открытым ртом и ротовым типом дыхания. Это означает, что ребенок находится в условиях постоянной гипоксии мозга. В связи с этим у таких детей наблюдается снижение памяти и внимания. Возможны рассеянность и головные боли, быстрая утомляемость. В связи с хронической гипоксией из-за ротового типа дыхания может проявляться гипоактивность (пассивность) ребенка или гиперактивность (повышенная возбудимость и расторможенность). Врачи отмечают у детей с ротовым типом дыхания бледность лица, появление темных кругов под глазами. Возможно снижение местного иммунитета, частые заболевания дыхательных путей, усугубление аллергических заболеваний дыхательных путей. Врачи-ортодонты (детские стоматологи) практически у всех детей с ротовым типом дыхания, а следовательно, с привычным положением открытого рта и нижним положением языка, выявляли нарушения прикуса и ранний кариес зубов. Также отмечали изменение вектора роста костных структур лицевого скелета. Лицо имело вертикальный тип роста. Врачи-ортопеды у таких детей диагностировали нарушение осанки и плоскостопие.



### **Что делать?**

Перечисленные причины и следствия привычного ротового дыхания и нижнего положения языка в полости рта у ребенка показывают, насколько важно своевременно и комплексно проводить мероприятия, направленные на предотвращение или коррекцию причин и следствий ротового дыхания. Междисциплинарный подход в устранении этой, на первый взгляд, незначительной патологии очевиден. Необходимо обследование детей с ротовым типом дыхания врачами: ортодонтами, ортопедами и отоларингологами, а также педагогами и логопедами. В результате может быть определен комплексный подход всех участников лечебного и коррекционного воздействия.