

**LOGOPEDSKA TERAPIJA KOD DJECE SA OBOSTRANIM  
RASCJEPOM GORNJE USNE - PRIKAZ SLUČAJA**

---

**LOGOPEDIC THERAPY FOR CHILDREN WITH CLEFT  
UPPER LIP ON BOTH SIDES - CASE REPORT**

Jakšić Jelena<sup>1</sup>, Čalasan Slađana<sup>2</sup>

<sup>1</sup> OŠ „Sveti Sava“, Zvornik, Bosna i Hercegovina

<sup>2</sup> Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, Foča, Bosna i Hercegovina



## APSTRAKT

Kod djece s rascjepom usne i/ili nepca postoji veći rizik za kašnjenjem u razvoju govora i jezika u odnosu na njihove vršnjake tipičnog razvoja. Istraživanja su pokazala da djeca sa rascjepima vokalizuju jednako često kao i djeca tipičnog razvoja, ali su uočene razlike u složenosti ranih vokalizacija, produkciji konsonanata i vremenu pojavljivanja prve riječi. Cilj rada bio je da se prikaže logopedska terapija kod dječaka sa bilateralnim/obostranim rascjepom gornje usne. Dječak uzrasta od četiri godine dolazi na pregled kod logopeda. Na osnovu heteroanamneze sa majkom i uvida u zdravstvenu dokumentaciju dobijeni su sljedeći podaci. Obostrani rascjep gornje usne kod dječaka prvi put je otkriven još u majčinoj utrobi, ultrazvučnim pregledom. Po rođenju je hranjen pomoću šprice u trajanju od četiri do pet mjeseci, a kasnije je postepeno uvođena flašica i čvrsta hrana. Prvi operativni zahvat korekcije rascjepa usne izvršen je na uzrastu od godinu dana, a tri godine kasnije i drugi. Obje operacije protekle su uredno. Dijete razumije većinu verbalnih naloga i izvršava ih, ali je njegov govor nerazumljiv za širu socijalnu sredinu. Preporučeno je i sproveden intenzivan logopedski tretman. Govor djece s rascjepom usne i/ili nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta. Usljed navedenog, može se zaključiti da razumljiv govor predstavlja primarni zajednički cilj hirurških intervencija i logopedske terapije.

**Ključne riječi:** logopedska terapija, rascjep usne, rascjep nepca

## ABSTRACT

Children with cleft lips and/or palate, have a greater risk in delaying the development of speech and language in relation to their peers in their typical growth. Research has shown that children with cleft lip vocalize as often as all other children of typical growth, but differences are observed in the complexity of early vocalization, pronunciation of consonants and the time required for pronunciation of the first word. The aim of the work was to show logopedic therapy with boys who have bilateral/both sides cleft upper lips. A boy, age of four, came to an examination with speech therapist. Based on heteroanamnesis done with the mother and his medical record, the following data were obtained. The cleft upper lip on both sides was first discovered in the mother's uterus, by an ultrasound examination. Since birth he was fed by syringe, in duration of four to five months, and milk and solid food was introduced gradually. The first operational procedure, correction of the cleft lips, was performed at the age of one, and the second one, three years later. Both operations went in order. Child understands most of the verbal orders and executes them, but his speech is incomprehensible for the wider social environment. It was recommended and

implemented intense logopedic therapy. The pronunciation of children with cleft lips and/or palate is often characterized by the disorder of the resonance, articulation and phonation. These three aspects may negatively affect the entire understanding of speech, and also on social skills and emotional growth. Due to the above, it can be concluded that understandable speech is the mutual primary aim of surgical interventions and logopedic therapy.

**Keywords:** logopedic therapy, cleft lips, cleft palate

## UVOD

Kod djece sa rascjepom usne i/ili nepca postoji veći rizik za kašnjenjem u razvoju govora i jezika u odnosu na njihove vršnjake tipičnog razvoja. Istraživanja su pokazala da djeca sa rascjepima vokalizuju jednako često kao i djeca tipičnog razvoja, ali su uočene razlike u složenosti ranih vokalizacija, produkciji konsonanata i vremenu pojavljivanja prve riječi (Scherer, Williams & Proctor-Williams, 2008). Govor djece s rascjepom nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta (Schuster et al., 2006). Stoga razumljiv govori predstavlja primarni cilj svih hirurških i terapijskih intervencija, odnosno kvaliteta saniranja rascjepa proporcionalan je kvalitetu govora.

Budući se usna i nepce formiraju u različito vrijeme, rascjep može zahvatiti usnu, nepce ili su rascjepom zahvaćeni i usna i nepce (Jašić i sar., 2014). Rascjepi koji zahvataju samo usnu češći su kod muškog, a rascjepi nepca kod ženskog pola (Tinanoff, 2007). Kod rascjepa usne nakon operativnog zahvata obično nema većih govornih odstupanja. Ako postoje onda su to uglavnom odstupanja vezana za bilabijalne glasove koji nastaju komunikacijom gornje i donje usne (*p, b, m*). Osim bilabijalnih glasova, postoje i teškoće prilikom produkcije glasova iz grupe afrikata i frikativa, a u čijem obrazovanju takođe učestvuju usne (*š, ž, ć, č, dž, đ*). Kod rascjepa nepca, problemi s izgovorom glasova su nešto izraženiji. Bitno je naglasiti da su evidentirane poteškoće tokom razvoja govora kod djece s rascjepima slične onima kroz koje prolaze djeca tipičnog razvoja, međutim kod djece s rascjepima one su učestalije, jačeg intenziteta i otpornije na terapiju. Za uspješno liječenje djece s rascjepima usne i nepca od izuzetne je važnosti timski rad, koji podrazumijeva angažovanost pedijatra/neonatologa i maksilofacijalnog hirurga, otorinolaringologa, logopeda, ortodonta, anesteziologa, oralnog hirurga, stomatologa, psihologa i socijalnog radnika (Jašić i sar., 2014). Jedna od početnih dužnosti kraniofacijalnog tima je pružanje emocionalne podrške i pomoć pacijentu i porodici u što lakšem prevazilaženju problema (Nahai et al., 2005). Dembitz i Knežević (2010) ističu da napretkom medicine, unapređenjem rane intervencije, logopedске i ortodontske terapije, gotovo 80% djece s orofacijalnim rascjepom ostvaruje potpuno ili gotovo potpuno uredan govor.

## PRIKAZ SLUČAJA

Dječak uzrasta od četiri godine dolazi na pregled kod logopeda. Na osnovu heteroanamneze sa majkom i uvida u zdravstvenu dokumentaciju dobijeni su sljedeći podaci. Obostrani rascjep gornje usne (*labium leporinum bilaterale*) kod dječaka prvi put je otkriven još u majčinoj utrobi, ultrazvučnim pregledom. Po rođenju je hranjen pomoću šprice u trajanju od četiri do pet mjeseci, a kasnije je postepeno uvođena flašica i čvrsta hrana. Prvi operativni zahvat korekcije rascjepa usne izvršen je na uzrastu od godinu dana, a tri godine kasnije i drugi. Obje operacije protekle su uredno. Na logopedskom pregledu dječak saraduje u domenima raspoloživih kapaciteta. Uspostavlja kontakt pogledom. Odgovara na pitanja kako se zove i koliko ima godina, kao i na pitanja: Ko? Šta? Gdje? Oralna praksija je nedovoljno dobro razvijena. Glasovi *p*, *b*, *m*, *s*, *z*, *c*, *š*, *ž*, *ć*, *č*, *đ*, *dž*, *lj*, *r* su distorzovani ili omitovani, što značajno utiče na razumljivost govora. Imenuje većinu predmeta koje svakodnevno koristi i ima rečenicu od dvije riječi. Razumije prijedloge na, ispod i iza. Izvršava dva verbalna naloga uz podsticaj. Motorički je spretan, baca i šuta ciljano loptu i hvata je. Samostalno se penje/silazi stepenicama, skače sastavljenih stopala. Kada je u pitanju socijalizacija, voli se igrati sa drugom djecom, saraduje u igri i inicira je. Zna imena svojih drugara. Lako se odvaja od roditelja.

Zbog velikog broja glasova maternjeg jezika koje dijete nepravilno izgovara, govor je nerazumljiv za širu socijalnu sredinu. Pored toga, raspolaže relativno malim brojem riječi za svoj uzrast. Stoga je preporučen i sproveden intenzivan logopedski tretman sa ciljem uspostavljanja pravilnog izgovora svih glasova maternjeg jezika i bogaćenja jezičkog fonda. Sa roditeljima je dogovoreno da dijete dovode na logopedski tretman dva do tri puta sedmično.

Logopedska terapija kod djece sa obostranim rascjepom usne ima za cilj da formira glasove koje dijete nema/omituje, kao i da iskoriguje supstituiscane i distorzovane glasove u mjeri koju dopušta prisutna anomalija govornih organa. Vježbe koje se koriste u terapiji moraju biti strogo individualizovane i prilagođene mogućnostima djeteta. Kod našeg djeteta krenuli smo prvo sa korekcijom bilabijalnih glasova (*p*, *b*, *m*). Za formiranje glasova važno je da se formira jedan glas, a zatim osobine tog glasa prenosimo i na ostale glasove iz iste glasovne grupe. Prvo smo dobili glas *b*, zatim *m*, i na kraju *p*. Sa uvježbavanjem izgovora jednog glasa istrajali smo sve dok dijete nije savladalo artikulaciono akustičke osobine tog glasa i usvojilo ga u potpunosti. Tek nakon postignute potpune automatizacije jednog glasa, prešli smo na formiranje sljedećeg. Kada smo dobili sve bilabijalne glasove, prešli smo na formiranje glasova iz grupe frikativa (*s*, *z*, *š*, *ž*) i afrikata (*c*, *č*, *ć*, *dž*, *đ*) koji su kod djeteta bili omitovani ili distorzovani. Glasovi ovih glasovnih grupa najteži su za usvajanje pa se i najkasnije formiraju u dječijem govoru. Mi smo išli sljedećim redosljedom: *s*, *z*, *š*, *ž*, *c*, *ć*, *đ*, *č*, *dž*, vodeći se razvojnom linijom po kojoj se glasovi javljaju. Formiranje glasova ovim redosljedom ne važi kao pravilo već se prilagođava mogućnostima djeteta. Da se

tokom tretmana desilo spontano javljanje nekog glasa van ovog redoslijeda, odmah bismo taj novi glas prihvatili i pomogli djetetu da ga usvoji. Pri formiranju glasova maksimalno smo koristili verbalne upute o položaju govornih organa i načinu protoka vazdušne struje uz propratnu vizuelnu podršku – korišćenje ogledala za posmatranje pravilnog pozicioniranja govornih organa, pri čemu je važno da terapeut sjedne pored djeteta kako bi dijete moglo vidjeti svoj i terapeutov odraz. Vježbe logomotrike, koje imaju za cilj poboljšanje motorne funkcije mišića orofacijalne regije, bile su neizostavan dio tretmana. Korišćene su i taktilne tehnike, npr. postavljanje jednog prsta na usne s ciljem osvještavanja bilabijalnog zatvaranja usana. Američka asocijacija za sluh i govor (ASHA, 2007) navodi važnost podizanja svijesti o oralnom protoku vazduha što se postiže uz pomoć jednostavnih igračaka namijenjenih za duvanje. Uz igru, važno je u duvanje postepeno uključivati proizvodnju glasova. U svrhu povećanja broja izgovorenih suglasnika/konsonanata i proširivanja rječnika djeteta pratili smo preporuke ove organizacije. Naime, kod djeteta mlađeg uzrasta ova se dva cilja nastoje postići simultano, pažljivim odabirom željenih riječi koje se najčešće odnose na ljude, igračke, odjeću i hranu, kao i na osnovne pridjeve, glagole i prijedloge. Riječi koje dijete uči moraju imati jednostavnu slogovnu strukturu i sadržavati one suglasnike koje je dijete već naučilo izgovarati a naknadno se uvode riječi sa novim suglasnicima.

Tokom tretmana ostvarili smo dobru saradnju sa roditeljima djeteta i obučili ih kako da u svakodnevnim situacijama optimalno podstiču govorno-jezički razvoj svog djeteta, posebno majku, jer ona i najveći dio vremena provodi sa djetetom. Dijete još uvijek dolazi na tretman, jer još uvijek nisu iskorigovani svi glasovi, ali je postignut očigledan napredak u razumljivosti govora djeteta, kao što je evidentan i porast broja riječi kojima dijete aktivno raspolaže. Moramo napomenuti da uspješna logopedska terapija zavisi prvenstveno od uspješnosti prethodno urađenih hirurških intervencija. Našoj terapiji prethodila su dva uspješno završena operativna zahvata korekcije rascjepa usne, što je sigurno uticalo na pozitivan ishod logopedskog tretmana.



**Slika 1 i 2.** Fotografije djeteta nakon urađene prve i druge hirurške intervencije korekcije rascjepa usne

## ZAKLJUČAK

Govor djece s rascjepom usne i/ili nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta. Stoga razumljiv govor kod djeteta sa rascjepom usne i/ili nepca predstavlja primarni zajednički cilj hirurških intervencija i logopedске terapije. Iako postoje preporuke koje je poželjno ispoštovati i primijeniti u logopedskom radu sa djetetom sa rascjepom usne i/ili nepca, ujedno je potreban i strogo individualizovan pristup u tretmanu.

## LITERATURA

1. American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Childhood apraxia of speech [Position Statement]. Available from <http://www.asha.org/policy/ps2007-00277.htm>
2. Dembitz, A., & Knežević, P. (2010). Govor djece s orofacijalnim rascjepom. *Proizvodnja i percepcija govora: profesoru Damiru Horgi povodom njegovog sedamdesetog rođendana*, 49-57.
3. Jašić, M., Trifoni, N., Milevoj Ražem, M., Zupčić, B., & Kalagac Fabris, L. (2014). Epidemiološke karakteristike novorođenčadi s rascjepom usne i/ili nepca u općoj bolnici Pula u 10-godišnjem periodu (2003-2012). *Glasnik pulske bolnice*, 11(11), 34-37.
4. Nahai, F. R., Williams, J. K., Burstein, F. D., Martin, J., & Thomas, J. (2005, November). The management of cleft lip and palate: pathways for treatment and longitudinal assessment. In *Seminars in Plastic Surgery* (Vol. 19, No. 4, p. 275). Theme Medical Publishers.
5. Scherer, N. J., Williams, A. L., & Proctor-Williams, K. (2008). Early and later vocalization skills in children with and without cleft palate. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 72(6), 827-840.
6. Schuster, M., Maier, A., Haderlein, T., Nkenke, E., Wohlleben, U., Rosanowski, F., ... & Nöth, E. (2006). Evaluation of speech intelligibility for children with cleft lip and palate by means of automatic speech recognition. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70(10), 1741-47.
7. Tinanoff N. Cleft Lip and Palate, u: Kliegman et al. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed: Saunders 2007, 1532-3.