

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zajištění stomatologické a logopedické péče u pacientů s orofaciálními
rozštěpy

The Dental Therapy and The Speech Therapy of The Patients with The
Orofacial Clefts

Michaela Hanušová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)

Studijní obor: B SPPG (7506R002)

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Zajištění stomatologické a logopedické péče u pacientů s orofaciálními rozštěpy potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a za použití v práci uvedené literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 14. 4. 2019

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní docentce PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za vedení bakalářské práce, za její odborné rady, zkušenosti a připomínky. V neposlední řadě za čas, který mi při zpracování práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat pacientům za jejich čas, poskytnutý rozhovor a fotografie, které jsem do bakalářské práce použila.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je speciálněpedagogická a je zaměřena na problematiku orofaciálních rozštěpů, jejich stomatologickou intervenci a logopedickou péči pacienta. V teoretické části je představena stručná historie a současný pohled na danou problematiku. Vymezeny jsou příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů a klasifikace rozštěpových vad. Teoretická část bakalářské práce popisuje důvody rehabilitace narušené orofaciální oblasti a možné důsledky, které mohou vzniknout na základě vrozené rozštěpové vady. Zaměřeno je zvláště na velofaryngální insuficienci a palatolalii, která s rozštěpy úzce souvisí. Nakonec teoretické části je popisována rehabilitační péče o pacienty s orofaciálním rozštěpem a mezioborová spolupráce se zaměřuje na stomatologickou a logopedickou péči. Praktická část se zabývá třemi kazuistikami pacientů s podobným defektem a je obohacena o fotografie stavu dutiny ústní pacientů během jejich ortodontické a protetické léčby a po ukončení léčby. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak byla zajištěna mezioborová spolupráce v průběhu péče u skupiny tří dotazovaných pacientů. Hlavní výzkumnou otázkou je zjišťováno zajištění stomatologické a logopedické intervence jednotlivých pacientů. Výzkum zjišťuje, kdy byla u zkoumaných pacientů zahájena logopedická péče. Zajímá nás, zda pacientům komplexní rehabilitace pomohla k dosažení optimálních podmínek v komunikaci a zda žijí plnohodnotným společenským životem. Metodami a výzkumnými nástroji jsou kazuistiky zpracované na základě dotazníku a polořízeného rozhovoru. Výzkumným šetřením byla zjištěna určitá spolupráce odborníků. Z výsledků výzkumného šetření plynou vhodná doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Orofaciální rozštěp, velofaryngální uzávěr, palatolalie, logopedie, stomatologie

ABSTRACT

The thesis is focused on orofacial clefts, dental intervention and the speech therapy of the patient. The theoretical part describes the given issues from a historical and contemporary perspective. The thesis covers causes of orofacial clefts and the necessity of identifying a solution. Orofacial clefts are discussed and classified. Identifying the issues that may result from congenital cleft defects. It is focused on the velopharyngeal inadequacy and the cleft palate speech, which is closely connected with orofacial clefts. At the end of this segment the treatment schedule of the orofacial clefts is described. The interdisciplinary cooperation focuses on dental therapy and speech therapy. The practical part deals with three similar casuistries about three patients with a similar defect. Photographic documentation of patients during their orthodontic and prosthetic treatment and after their treatment is provided. The purpose of this thesis is to describe how the interdisciplinary cooperation was ensured in a group of patients. The research investigates the initiation of speech therapy with the patients. The thesis is focused on the patient's rehabilitation and the optimal communication condition. The methods and the research tools are casuistries based on a questionnaire and semi-controlled interview. The thesis concludes with recommendation for practice based on the research.

KEYWORDS

Orofacial cleft, velopharyngeal inadequacy, cleft palate speech, speech therapy, stomatology

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Vymezení problematiky orofaciálních rozštěpů.....	8
1.1 Historie a současnost	8
1.2 Příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů	9
1.3 Klasifikace rozštěpových vad.....	9
2 Rehabilitační péče orofaciální oblasti.....	12
2.1 Důvody rehabilitace orofaciální oblasti.....	12
2.2 Důsledky rozštěpových vad.....	13
2.3 Palatolalie	15
3 Komplexní rehabilitační péče o pacienty s orofaciálními rozštěpy.....	18
3.1 Mezioborová spolupráce.....	18
3.2 Stomatologická intervence	23
3.3 Logopedická intervence.....	24
PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 Výzkumné šetření	30
4.1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky, dílčí cíle a metodologie.....	30
4.2 Průběh vlastního šetření	32
4.2.1 Pacientka A.....	32
4.2.2 Pacient B.....	35
4.2.3 Pacientka C	38
4.3 Závěry šetření	41
Závěr.....	42
Seznam obrázků.....	44
Literatura	45
Seznam příloh.....	46

Úvod

V bakalářské práci je řešena problematika orofaciálních rozštěpů, jejich stomatologická intervence a logopedická péče pacienta. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak byla zajištěna mezioborová spolupráce u skupiny tří dotazovaných pacientů a zda v naší odborné praxi mezioborová spolupráce plní všechny požadavky respondovaných klientů.

V teoretické části jsou představeny typy orofaciálních rozštěpů a poruchy komunikačních schopností, které rozštěpové vady způsobují. Zaměřeno je zvláště na palatolalii, která s rozštěpy úzce souvisí.

Hlavní výzkumnou otázkou pro obsah praktické části bakalářské práce je zjišťování souvislosti ve využívání stomatologické intervence současně s logopedickou intervencí. Mezi metody a výzkumné nástroje, které bylo možné použít pro naplnění výzkumného cíle, byly do bakalářské práce použity anonymní kazuistiky zpracované na základě dotazníku s otevřenými odpověďmi a rozhovoru s pacienty. Jedná se o kazuistiky pacientů rehabilitovaných pomocí dentální protetiky. Je zjišťováno, v jakém věku u pacienta, byla zahájena logopedická intervence a zaznamenáván průběh logopedické péče. Zájemem je dosažení optimálních podmínek v komunikaci a vlastním řečovém projevu klientů po stomatochirurgickém ošetření, následné rehabilitaci orofaciální oblasti a logopedické péči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení problematiky orofaciálních rozštěpů

Zdravý vývoj orofaciální oblasti, tedy vývoj měkkých a tvrdých tkání v oblasti úst a obličeje je nezbytnou součástí plnohodnotného lidského života. Jednou z hlavních funkcí dutiny ústní je příjem a zpracovávání potravy. Správný vývoj rtů, patra, čelistních oblouků a postavení zubů hraje důležitou roli při vyvozování mluvené řeči, ale i při mimice obličeje. Dalším nezbytným faktorem, na který v poslední době klade společnost velký důraz, je estetika. Vrozené deformace v orofaciální oblasti negativně vnímá jak postižený pacient, tak především jeho okolí.

1.1 Historie a současnost

Problematika rozštěpových vad se týká celé světové populace. Důkaz rozštěpu byl objeven již na staroegyptské mumii. Na výskyt rozštěpu, či jiné postižení, kterým se jedinec lišil od většiny společnosti, byl ve starověku zaujímán dvojitý pohled. Takto vyčnívající člověk byl buďto uctíván bohem, nebo naopak označen za ďábla. Ve starém Římě již postižená novorozeňata bylo zvykem usmrtit (Klenková, 2006). Pokud nebyl jedinec ihned po narození usmrcen, nebo zatracen a později odsouzen na smrt, byl společností vyzdvihován za vyvoleného, tedy zbožněn. V takovém případě byl jeho osud předurčen životu samotáře. Byl mu zakazován styk se „zdravými“ osobami opačného pohlaví, bylo mu odepřeno mít potomstvo a založit rodinu. Tato cesta přispívala ke snížení postižených jedinců v populaci. Poslední desetiletí nám přináší velký pokrok v léčbě rozštěpových vad. Při řešení této problematiky nesmíme opomenout jméno Františka Buriana. „*Prof. MUDr. František Burian byl zakladatelem a průkopníkem plastické chirurgie, jak v Československu, tak na evropském kontinentě,*“ (Dušková, 2007. s. 11). Burian měl už tehdy naddobový přístup k pacientům. Při své práci myslel především na zájem pacienta a jeho socializaci do společnosti (Dušková, 2007). Z celosvětového medicínského hlediska má Česká republika vysoce kvalitní a dostupnou péči o pacienty s rozštěpovými vadami.

Veškeré statistiky výskytu rozštěpových vad se u nás pohybují kolem poměru 1: 500. Statistiky rozštěpových vad orofaciální oblasti mají význam jak pro výzkum dědičnosti této vrozené vady, tak pro sledování zdravotního stavu lidí, zatěžovaných stavem životního prostředí. Zjišťované informace jsou důležité pro terapeutické týmy a dovolují jim tak připravovat se na pravděpodobné množství zákroků (Vohradník, 2001).

1.2 Příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů

Příčinami vzniku rozštěpů se vědci neustále zabývají, avšak tato problematika nebyla doposud zcela objasněna. S jistotou dnes víme, že za vznikem rozštěpů stojí multifaktoriální působení. Tato působení dělíme na endogenní (vnitřní) příčiny a exogenní (vnější) příčiny. Jako endogenní příčinu uvádíme dědičnost genů, které nesou vlastnosti pro vznik rozštěpové vady. U jedince se takto poškozený gen nemusí rozštěpem vůbec projevit, zůstane utajen. Riziko přenosu genu na další generace a projevení degenerace nemůžeme vyloučit. Mezi exogenní příčiny řadíme působení škodlivin na vyvíjející se plod ve 4.-8. týdnu těhotenství, takzvané teratogenní vlivy. Teratogenní vlivy představují zejména prenatální infekce pod označením TORCH – toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpetické infekce. Poruchy výživy plodu jsou dalšími teratogenními příčinami, ty jsou způsobeny vícečetným těhotenstvím nebo hypoplastickou dělohou. Do této kategorie dále patří prodělané choroby matky v raných stádiích těhotenství (gestóza, avitaminóza) a také její vyšší věk. Další škodliviny, jako je působení chemických látek, toxických látek, rentgenového záření, léčiv, klimatických a geologických vlivů řadíme také mezi teratogenní vlivy (Klenková, 2006).

Podle Vohradníka (2001) nedokonalé znalosti působení genetických faktorů a působících faktorů zevního prostředí, i nedokonalé poznání etiologické dědičnosti u syndromových rozštěpů, odporují modelům vzniku rozštěpových vad v orofaciální oblasti. I když uvádí, že většina rozštěpových vad je nesyndromových, tato dědičnost zasahuje do zkoumaných studií z důvodu různého výskytu u jednotlivých populací. Při vzniku rozštěpové vady je tedy důležité nezaměřovat se pouze na jeden faktor, který by mohl být příčinou jeho vzniku.

1.3 Klasifikace rozštěpových vad

Pro rozdělení rozštěpových vad neexistuje pouze jedna klasifikace, ale máme jich hned několik. Nejznámější klasifikace v České republice je rozdělení vrozených rozštěpů obličeje dle Buriana (1954). Ve světě potom patří mezi nejpoužívanější dělení Kernahan-Starkova klasifikace. Dále uvádím klasifikaci rozštěpů podle Sováka (1978). Různé dělení rozštěpových vad je přínosné především pro chirurga, který rozštěp operuje. Ve foniatrii je důležité dělení podle rozsahu způsobujícího velofaryngální nedostatečnost, která má hlavní vliv na kvalitu řeči (Šlapák, Floriánová, 1999).

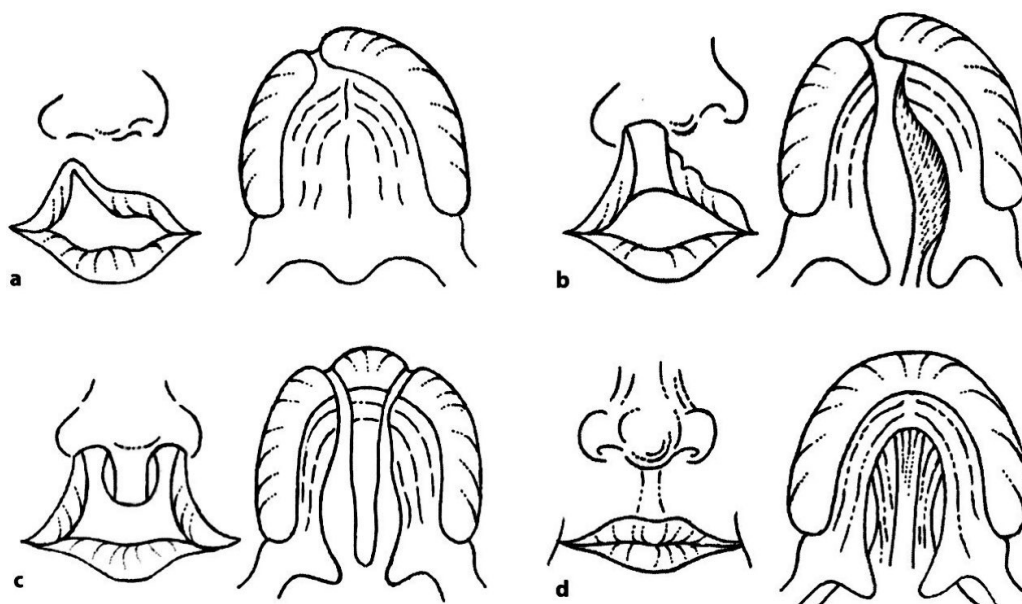
Z geneticko-anatomického hlediska se orofaciální rozštěpy dělí na typické a atypické. Podle Vohradníka (2001) typické rozštěpy vznikají běžně, a to nesrůstem tří základních výběžků, jejichž srůstem dojde normálně ke vzniku orofaciální oblasti. Rozštěpy atypické pak vznikají

jiným způsobem. „*Je nutno si uvědomit, že i název rozštěp je vlastně nesmyslný. Nic se nerozštěpilo, ale nedošlo k srůstu příslušných oblastí. Adekvátní název nebyl v odborném názvosloví nalezen. Této konvence si však při užívání slova rozštěp musíme být vědomi,*“ (Vohradník, 2001, s. 11). Typické rozštěpy postihují horní ret, horní čelist a současně patro, vykytují se jako jednostranné nebo oboustranné nebo postihují pouze patro. Atypické rozštěpy se dělí na střední, šikmé a příčné (Mazánek, 2018). Pro bakalářskou práci jsou stěžejní rozštěpy typické, jsou to rozštěpy, se kterými se můžeme běžně setkat. Zatímco atypické rozštěpy se vyskytují velmi zřídka.

Burian (1954) dělí rozštěpy podle míry zasažení orofaciální oblasti pacienta na izolované rozštěpy rtu (cheiloschisis), na kombinované rozštěpy rtu a dásní (cheilognatoschisis), nebo kombinované rozštěpy rtu, dásní a patra (cheilognatopalatoschisis). Poslední skupinou je samostatně se vyskytující rozštěp patra (palatoschisis). Vrozené rozštěpové vady postihující ret, ret i čelist a patro se vyskytují v různém seskupení. Rozštěp měkkých i tvrdých tkání může být jednostranný nebo oboustranný a projevuje se v různém rozsahu. V případě oboustranného rozštěpu můžeme pozorovat nesymetrické zasažení obou stran obličeje. Jako nejlehčí formu rozštěpu uvádí malé zasažení v červeni rtu. Vzácným typem rozštěpu je pak porušení tkání od rtu až po nozdry. V případě izolovaného rozštěpu patra jeho závažnost určujeme podle jeho různé šířky a hloubky zasažení. Zvláštním typem je označen submukózní rozštěp, který není na pohled jasně patrný z důvodu překrytí rozštěpu sliznicí.

Kernahan-Starkova klasifikace je založena na vývoji primárního a sekundárního patra v embryonálním období. Ret a alveolární výběžek se vyvíjí z primárního patra, tvrdé a měkké patro se vyvíjí ze sekundárního patra. Tuto klasifikaci uvádí například Mazánek (2018). Z geneticko-morfologického hlediska první skupinu tvoří rozštěpy primárního patra (cheiloschisis). Rozštěp primárního patra se může vyskytovat jako jednostranný nebo jako oboustranný rozštěp rtu. Druhou skupinou jsou rozštěpy primárního a sekundárního patra (cheilognatopalatoschisis). Rozštěp primárního a sekundárního patra se může projevit jako jednostranný nebo jako oboustranný rozštěp rtu, čelisti, tvrdého či měkkého patra. Třetí skupinu zastupují rozštěpy sekundárního patra (uranoschisis, palatoschisis). Rozštěp sekundárního patra tvoří rozštěp měkkého a tvrdého patra, submukózní rozštěp patra nebo rozštěp uvulus bifida. Do čtvrté skupiny řadíme vzácné formy rozštěpů, patří sem střední, šikmé a příčné rozštěpy horního rtu, rozštěpy dolního rtu a rozštěp čelisti a další zřídka se

vyskytující formy rozštěpů. Kromě samostatných orofaciálních rozštěpů se mohou rozštěpové vady obličeje objevit jako přidružená vada syndromových postižení.



Obrázek 1 Rozštěpové vady (Mazánek, 2018)

Klasifikace orofaciálních rozštěpů dle Sováka (1978) dělí rozštěpy na přední (prealveolární), zadní (postalveolární) a submukózní. Přední rozštěp postihuje horní ret ve srůstové linii (postranní čáře) a je doprovázen viditelnými změnami v obličeji. S rozštěpem horního rtu se může pojit rozštěp horního alveolárního výběžku. Největší zasažení a deformace měkkých a tvrdých tkání obličeje se objevuje při oboustranném rozštěpu rtu spojeném s rozštěpem alveolu a patra. Druhý typ tvoří zadní rozštěpy (posalveolární) probíhající ve střední čáře. V nejlehčím případě zadní rozštěp zasahuje pouze čípek. Komplikovanější rozštěpové případy zasahují měkké patro, nebo dokonce tvrdé patro až po alveolární výběžek. S délkou postalveolárního rozštěpu roste i jeho šířka. Estetická vada u tohoto typu rozštěpu není nijak nápadná. U pacienta dochází k neuzavření dutiny ústní od dutiny nosní, což znemožňuje polykání a narušuje komunikační schopnosti. Třetí skupinou je submukózní rozštěp, kdy ploténky ve střední čáře tvrdého patra nesrůstají. Rozštěp je překryt pouze sliznicí. Dochází ke zkrácení měkkého patra, vzniku vazivové přepážky ve střední čáře a svalovina je slabá. Submukózní rozštěp lze někdy vidět při fonaci, při zdvihání měkkého patra, jako trojúhelníkovitou propadlinu.

2 Rehabilitační péče orofaciální oblasti

2.1 Důvody rehabilitace orofaciální oblasti

Je velice důležité, na první pohled viditelný, orofaciální rozštěp léčit a následky tohoto postižení potlačovat. Pokud by nebyla rozštěpová vada léčena mohlo by dojít k několika negativním následkům. V tuto chvíli se nejedná pouze o estetický problém, bohužel takové narušení tkání může způsobit mnohem závažnější komplikace. U jedinců by mohlo dojít k narušení funkcí sání, polykání nebo dýchání. U dětí dochází často k anomáliím růstu zubů a čelistí. Následkem rozštěpových vad jsou poruchy komunikačních schopností, které vyžadují důslednou dlouhodobou péči, trénink, a především trpělivost ze strany rodičů. Nelehké poruchy fonace se vyskytují u pacientů s rozštěpy patra a přidruženou rozsáhlou oronazální komunikací. Tato porucha navíc často zapříčiňuje únik tekutin z úst do nosu (Pazdera, 2007). Děti s rozštěpy jsou v raném dětství ohroženy častým výskytem onemocnění rýmy, záněty horních cest dýchacích, středoušními záněty apod. Toto riziko onemocnění vzniká z důvodu usazování zbytků potravy v nosních a vedlejších dutinách. Doporučuje se dětem zbytky potravy (i mléka) z nosu odsávat a dutiny vyplachovat čistou vodou.

Chirurgickým zákrokem, často až několika zákroky, dojde ke zlepšení nebo navrácení funkční rehabilitace. Dutina ústní hraje důležitou roli při příjmu potravy, dochází zde k jejímu mechanickému zpracování a natrávení. Polknutím je takto připravené sousto transportováno dále trávicím ústrojím. Pro sání, příjem potravy v kojeneckém věku a polykání dítěte musí být zajištěna funkce velofaryngálního uzávěru, aby mohl být vytvořen dostatečný podtlak pro zajištění těchto funkcí. Nezajištění dostatečného podtlaku pro sání a polykání může být důvodem pro zavedení žaludeční výživy sondou. Ústa se dále podílejí na dýchání. Funkční rehabilitaci dutiny ústní řadíme mezi nejdůležitější faktory vůbec.

Dutina ústní je jednou z rezonančních dutin a podílí se na základním vytváření zvuku hlasu. Formulace hlásek a výslovnost je přímo závislá na odrazu vydechovaného vzduchu od správně postavených a morfologicky tvarovaných zubů. Ortodontická anomálie, zapříčiněná orofaciálním rozštěpem, může mít za následek negativní projev při výslovnosti pacienta. Pazdera (2007, s. 181) uvádí: „*Ze stomatologického hlediska mají význam zejména anomálie tvaru, počtu a postavení jednotlivých zubů, defekty skeletu alveolárního výběžku maxily a anomálie mezičelistních vztahů, podmíněné zpravidla poruchou vývoje a růstu horní čelisti.*“

Dnes mnoho pacientů, ale hlavně jejich okolí, klade též velký důraz na estetickou stránku obličeje. Estetický problém přináší především nápadné jednostranné a oboustranné rozštěpy rtu. Naštěstí nynější technologie a šikovnost plastických chirurgů může splnit i estetická přání pacientů. Rehabilitace nebo obnovení estetické, fonetické a funkční složky orofaciální oblasti pacienta je důležitou psychickou součástí pacienta (dítěte i jeho rodičů). Z pohledu sociálního života jsou správná funkce a estetika nedílnou součástí každodenního života.

2.2 Důsledky rozštěpových vad

Orofaciální deformace, zasahující svým rozsahem patrovou část dutiny ústní, způsobuje velofaryngální dysfunkci a na základě tohoto narušení ve většině případů dochází k nejčastějšímu typu narušení komunikační schopnosti, palatolalii. Velofaryngální, palatofaryngální, či patrohltanový uzávěr je velice důležitý při činnostech jako je polykání, foukání, řeč, dýchání a ventilace tub. Je-li porušeno měkké patro a narušena svalovina hltanu, nemůže být vytvořen optimální uzávěr mezi orofarynxem a nazofarynxem, který je nezbytný právě pro tyto činnosti. Pokud nemohou být výše uvedené činnosti z nějakého důvodu správně zajištěny, mluvíme o takzvané velofaryngální dysfunkci (na základě etiologického principu také inadekvátnost, insuficience či inkompetence) (Kerekrétiová, 2008).

„Dítě s rozštěpem je už v předřečových stádiích ochuzené o určité činnosti, které nemůže vykonávat pro poškozený periferní orgán. Jsou to aktivity, které bezprostředně s řečí nesouvisí, ale napříč tomu hrají ve vývinu řeči důležitou úlohu. Patří k nim např. sání, cucání, mlaskání, při kterých dítě používá jazyk, rty a čelist a osvojuje si tak zručnosti a návyky, na základě kterých, se později vyvíjí vlastní řeč,“ (Lechta, 2002, s. 88)

Palatolalie je popisována jako narušení komunikační schopnosti, které je způsobeno na základě vzniku vrozeného orofaciálního rozštěpu, nebo izolovaného rozštěpu patra. Je to vývojová vada, kde se řeč vyvíjí na vývojově vadném základě. Palatolalii označujeme jako jednu z nejnápadnějších a zároveň nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Palatolalie vzniká, v případě, že nejsou vzniklé rozštěpy operovány, nebo se uskutečnou operací nepodaří zajistit dostatečnou funkci velofaryngálního uzávěru (Klenková, 2006). Porucha řeči palatolalie narušuje všechny jazykové roviny. Nejčastěji je narušena v rovina foneticko-fonologická (porucha artikulace a nosní rezonance), dále rovina morfologicko-syntaktická a lexikálně-sémantická, pokud je přidružen opožděný vývoj řeči, je narušena i rovina pragmatická. *„Toto narušení se výrazně projeví ve verbální i nonverbální komunikaci*

(narušené koverbální chování) a poznačí nejen její expresivní, ale i receptivní složku (např. při poruše sluchu převodového charakteru),“ (Kerekrétiová, 2008, s. 13).

Narušení komunikačních schopností se projevuje nejen ve verbální oblasti komunikace, kdy je narušen hlas, řeč nebo (i) sluch, ale i v oblasti nonverbální. O huhňavosti nebo hyperrhinofonii mluvíme při zvýšení nosní rezonance. Poruchu hlasu u dětí s velofaryngální nedostatečností označujeme jako palatofonii. Pro správnou tvorbu jednotlivých hlásek českého jazyka je kvalita velofaryngálního uzávěru velice důležitá, nejdůležitější je pro tvorbu nasálů – M, N, Ň. Explosivní souhlásky mohou znít nejasně, protože není zajištěn dostatečný tlak vzduchu pro jejich tvorbu. Většinu rozštěpových vad doprovází morfologické defekty v oblasti velofaryngálního uzávěru a způsobují i jiné změny rezonance hlasu. Vlastní alternativní podmínky při artikulaci a tvorbě hlásek zapříčiňují přemáhání hrtanu a vyvolávají příznaky hyperkinetické dysfonie. Děti přemáhají hlasové orgány tvrdými počátky, protože se snaží nahradit chybějící, nebo kompenzovat, oslabené explozivní souhlásky. Při artikulaci pak přepínají fonační svalstvo, protože mají oslabený vzdušný proud (Vohradník, 2001).

Neverbální komunikace se dnes běžně vyskytuje a doplňuje komunikaci verbální snad v každém komunikačním procesu. U neverbálního projevu je v oblasti jazyka těla velmi důležitá pozice těla, jeho proporce a vlastní fyziognomie. Komunikační přenos tohoto typu, u jedinců s orofaciálním rozštěpem, může způsobovat značný problém. Změny jsou viditelné v produkci mimiky, gest, gestikulaci i tělesných pohybech. Jazyk těla může být postižen v oblasti mimické, gestikulační, či poziční. Základní příčiny změn v neverbální komunikaci popisuje Vohradník (1990, In Vohradník, 2001). Přijetí mimické informace je znesnadněno u lidí se zjizveným horním rtem. Překážkou percepce pro příjemce se jeví i změněná pohyblivost rtu nebo viditelná nepravidelnost hranice retní červeně. Deformace nosu vedou k podobnému problému jako patologické změny rtu. Díky unikajícímu proudu vzduchu při mluvené řeči mohou souhyby mimických svalů působit nesouhlasně mezi verbální informací a neverbální produkcí. V případě vrozeného zkráceného patra a současně se vyskytující hypomimií nemůže být mimická produkce dostatečně zajištěna. Nesrozumitelnost samohláskové řeči dítěte ho nutí k vytváření jeho vlastnímu způsobu tvoření gestikulace. Přenos informací z mimiky je změněn také v případě, že si postižená osoba jizvy maskuje. Jizvy jsou u žen nejčastěji zakrývány pomocí kosmetických přípravků. Muži, pokud je to možné, se snaží maskovat změny horního rtu nošením knírků (Vohradník, 2001).

2.3 Palatolalie

Vývojová porucha řeči, palatolalie, se běžně vyskytuje u pacientů s rozštěpem patra. Tato porucha řeči se projevuje ve dvou změnách. První změnou u pacienta s palatolalií je porucha nosovosti, druhá změna zasahuje oblast výslovnosti (Sovák, 1966). Podle Vohradníka (2001) je palatolalie poruchou komplexní, která nezahrnuje jen vlastní vadnou artikulaci. „Dále dochází ke změnám ve smyslu opožděného vývoje řeči, vytváření souhybů mimického svalstva, zejména chřípí, vzniku rušivých průrazů, šelestů a jiných zvuků při průchodu změněnými prostorami horních cest dýchacích,“ (Vohradník, 2001, s. 46). Tyto odchylky jsou způsobeny vlastní vadou nebo kompenzačními mechanismy.

Nosní rezonance je akustický fenomén, který se projevuje během produkce zvuku řeči. Rezonanci, jako fyzikální jev, vnímáme sluchovými orgány. Porucha nosovosti je fyziologická a vyskytuje se v různé míře při produkci všech hlásek. Lidský hlas je tvořen průchodem tónů přes rezonanční dutiny, kde získá potřebnou sílu a zabarvení. Komplex rezonančních dutin tvoří dutina hrtanová, hltanová, nosohltanová, ústní a dutina hrudní. Každá z dutin má jiný tvar a velikost a je naladěná na různé frekvence, které předává procházejícímu základnímu tónu. Získaná frekvence tónu závisí také na velikosti a uspořádání vstupních a výstupních otvorů dutin (Kerekrétiová, 2008). Velikost rozštěpové štěrbině způsobuje intenzitu změn při tvoření řeči. Změny však závisí i na dalších prostorových poměrech dutiny ústní, dutiny nosní a nosohltanu (Vohradník, 2001). Při poruše patrohltanového uzávěru a/nebo oronazální komunikace není zajištěno dostatečné oddělení dutiny nosní od dutiny ústní a tím vzniká zvýšená patologická nosovost nebo také hypernazalita. Patologicky změněnou nosovost označujeme jako huhňavost, v případě nedostatečného velofaryngálního uzávěru mluvíme o otevřené huhňavosti. Pro palatolalii není výjimkou ani výskyt zavřené huhňavosti nebo její smíšené formy. Zavřená huhňavost neboli hyponazalita je způsobená orgánovou překážkou v nosní a nosohltanové dutině. Při diagnostikování palatolalie musíme brát na vědomí, že odchylky v rezonanci mohou způsobovat další faktory (hypoplastické patro, nekorektní poloha jazyka, malý čelistní úhel apod.) (Kerekrétiová, 2008). Prostor, který tvoří dutina ústní, nazýváme oralita a prostor dutiny hltanové společně s dutinou nosní označujeme jako nazalitu. Při rozštěpu patra se může vyskytovat jak zvýšená nazalita, tak zvýšená oralita. Pokud při této vrozené vadě převládá nazalita, projevuje se nápadněji změna a zvýšená rezonance nosní. Porucha zvětšené orality se projevuje jako změna rezonance méně nápadná. Poměr mezi oralitou a nazalitou je dán vzájemným postavením čelistí při mluvení, respektive rozdílným stupněm

čelistního úhlu, který svírají. U pacienta s převládající nazalitou je mezičelistní úhel zmenšený, řeč osoby je nezřetelná a více nosová. Naopak velký čelistní úhel umožňuje pacientovi s převládající oralitou zřetelně vyslovovat a huhňavost u něho není nápadná. Poměr mezi oralitou a nazalitou závisí také na zvyklostní poloze jazyka při mluvení. U převládající nazality je jazyk tažen dozadu a nahoru. Pro zlepšení zvuku řeči je zapotřebí stlačit kořen jazyka dolů a dopředu (Sovák, 1966).

V oblasti výslovnosti je narušena porucha artikulace, u palatolalie bývá zasažena artikulace samohlásek (vokály) i souhlásek (konsonanty). Zvuk samohlásek je typicky kontaminován hypernazálním zabarvením, které je dáno poruchou nosní rezonance (Kerekrétiová, 2008). Nejvíce postižena je samohláska I, nejméně je zasaženo A. O poruchách nosní rezonance píše v předchozí kapitole. Jak uvádí Kerekrétiová (2008, s. 54): „*Souhlásky jsou změněny v důsledku: slyšitelného nosního úniku vzduchu; nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu, posunu artikulační báze dozadu.*“ Vohradník (2001) uvádí navíc ještě morfologické změny v místě artikulace. Ve výslovnosti konsonantů jsou nejvíce postiženy ty hlásky, které při svém vzniku potřebují pevný patrohltanový uzávěr. Patří mezi ně explozivy (PB, TD, ŤĎ, KG), frikativy (FV, SZ, ŠŽ, J, H, CH, L, RŘ) a afrikáty (CČ). Nejméně jsou při své realizaci změněny nosovky (MNŇ) (Klenková, 2006). Závěrové explozivy potřebují dostatečný závěr a explozi na příslušném artikulačním místě, kvůli úniku vzduchu přes nos není možné potřebný závěr vytvořit. Vyvozované hlásky P a B znějí jako M a hlásky T a D slyšíme jako N. Souhlásky K a G jsou často vynechávány nebo jsou tvořeny náhradním mechanismem. Při tvoření afrikátů a frikativ produkovaný vzduch, který má běžně projít přes úžinu a tím vytvořit třený nebo polotřený zvuk, uniká do nosu. Produkované hlásky pak znějí slabě, pokusy o jejich zesílení vedou ke zhoršení výsledné produkce (Kerekrétiová, 2008). Sovák (1966, s. 177) situaci popisuje takto: „*Hlásky jsou pak slabě slyšet a zní při nich dmýchavý nosní šelest. Ve snaze o jasnější artikulaci se artikulace třených hlásek, zvláště sykavek, přesunuje do hltanu nebo až do hrtanu. Vzniká tak zadojazyčný sigmatismus s drsným zvukem, podobným CH, nebo hrtanový sigmatismus, při němž sykavky zní jako hrtanový pískot nebo jako příklůpkový drsný zvuk.*“ Dále patří k nejčastěji narušeným souhláskám písmeno S. Narušení této hlásky se projevuje velmi výrazně, a to na začátku, uprostřed i na konci slova. Především v těchto shlucích: STR, ST, SK, SP a KS. Porucha hlásky R, která je považována za nejtěžší hlásku z vývojového hlediska, se u dětí s nedostatečným velofaryngálním uzávěrem objevuje z důvodu slabého

artikulačního proudu. Dostatečný výdechový artikulační proud vzduchu je nezbytný pro potřebné rozkmitání jazyka (Kerekrétiová, 2008).

Sovák (1966) uvádí čtyři následující obvyklé stupně palatolalie. I. stupněm jsou zbytky palatolalie projevující se nenápadnou huhňavostí se zbytky dyslalie. II. stupeň palatolalie se projevuje význačnějšími příznaky už v huhňavosti i poruchami artikulace, ne příliš nápadná je ve sdělovacím procesu. III. stupeň palatolalie se projevuje velmi nápadně, řeč však zůstává stále srozumitelná. IV. stupněm je těžká palatolalická deformace, kdy už se vlastní řeč projevuje nesrozumitelně. Pro palatolalii je typickým znakem ochabnutí artikulačního napětí pro únik vzduchu nosem. Osoba s touto vadou se snaží vyrovnat oslabení tenze vzduchu přenosem tvoření hlásek směrem dozadu, ve směru výdechového proudu před rozštěpem patra. Touto snahou jsou hlásky, především explozivní a třené hlásky, kompenzovány zvuky tvořícími se v hltanu, nebo dokonce v hrtanu a označujeme je jako hrtanový ráz. Někteří jedinci se pokouší zúžit nosní otvory a tím zabránit úniku vzduchu nosem různými grimasami v obličeji a pohyby mimických svalů. U palatolalíků s orofaciálním rozštěpem se mohou mimo jiné projevovat poruchy výslovnosti jiného původu např. vývojová dyslalie (Sovák, 1966). „*Další příčinou poruchy řeči u celkových rozštěpů jsou důvody ortodontické, a to v oblasti vlastní horní čelisti a u jednotlivých zubů,*“ (Vohradník, 2001, s. 47). Děti postižené orofaciálním rozštěpem se při tvorbě řeči potýkají s těžkými překážkami vady mluvidel a tato skutečnost vede k jejich opožděnému vývoji řeči.

3 Komplexní rehabilitační péče o pacienty s orofaciálními rozštěpy

Primární péče o pacienty s orofaciálními rozštěpy je soustředěna na pracoviště plastické chirurgie, případně na kliniku dětské chirurgie. Izolované rozštěpy horního rtu jsou operovány již u půlročních kojenců (jsou i pracoviště, která dokáží úspěšně odoperovat novorozence ve druhém či třetím týdnu života). Rozštěpy patra se operativně řeší u dětí ve věku 3 až 4 let. V případě kombinovaného rozštěpu se nejdříve operuje defekt rtu, nosní spodiny a alveolárního výběžku horní čelisti. Rozštěp patra je dále operován ve stejné době, jako izolovaný rozštěp patra. Po zajištění základní operační péče pacienta následují operační korekce vad nosu, kožní nosní přepážky nebo úpravy pooperačních jizev. Tyto následné chirurgické úpravy jsou závislé na typu rozštěpové vady. Velice důležité je zajištění komunikace mezi dutinou ústní a čelistní a zároveň mezi dutinou ústní a nosní, dále je nutné zajištění správného postavení mezičelistních vztahů. S chirurgickou péčí, nejen v dětském věku, se současně intenzivně procvičují a napravují vady řeči (Mazánek, 2018).

Péče o děti s orofaciálními rozštěpy se neustále vyvíjí. Klenková (In Opatřilová, Nováková, Vítková 2012) uvádí, že na pracovišti dětského oddělení Fakultní nemocnice Brno a Fakultní nemocnice Motol v Praze, jsou chirurgové schopni díky vývinu vybavení pracovišť provádět operace rtu u dětí již v raném novorozeneckém věku. Další dvě kliniky plastické chirurgie v Praze a v Brně jsou schopné operovat u dětí rozštěp rtu od třetího měsíce věku pacienta. Kerekrétiová (2008) popisuje realizace tzv. rané palatoplastiky u dětí ve věku 8 až 10 měsíců. Raná palatoplastika je operace rozštěpu sekundárního patra. Léčba o pacienty s orofaciálním rozštěpem probíhá v České republice centralizovaně, na dvou centrech v Praze a na dvou centrech v Brně.

3.1 Mezioborová spolupráce

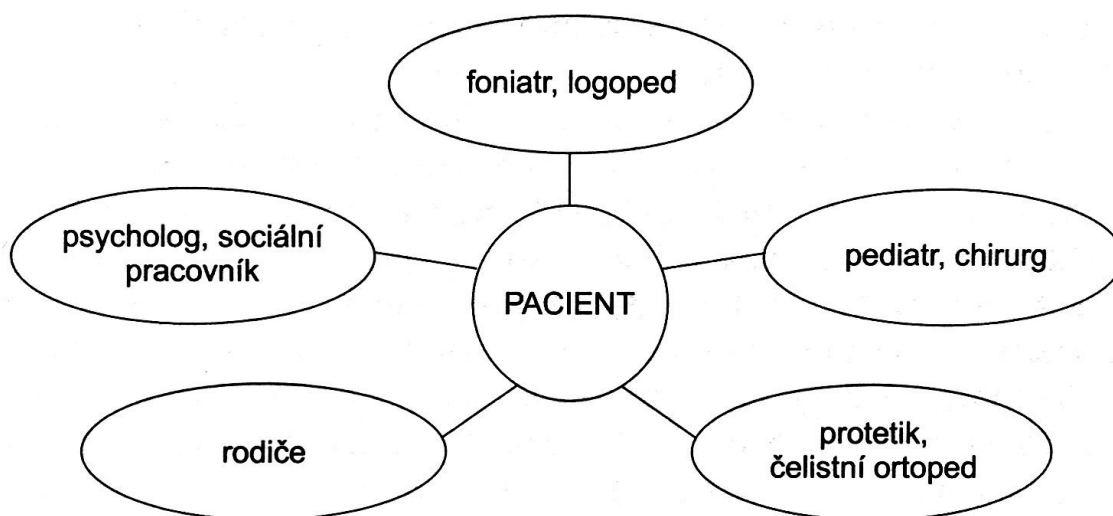
Orofaciální rozštěpy patří mezi nejčastěji se vyskytující obličejové vady. U těchto vrozených vad neumíme zatím odstranit příčiny jejich vzniku. Vývoj moderní medicíny se snaží tento nedostatek kompenzovat, dosahuje vysoké úrovně a zajišťuje téměř dokonalé napravení. O nápravy deformací v obličejí a následky těchto vrozených vad se zaslouhují lékaři z mnoha oborů již po staletí. Klinika plastické chirurgie v Praze se zabývá léčbou rozštěpových vad od doby akademika Františka Buriana, tedy od 30.-40. let 20. století. Pracoviště úzce spolupracuje se všemi potřebnými specialisty (Dušková, 2007).

U viditelných rozštěpů obvykle diagnostikuje jako první vrozenou vývojovou vadu dítěte pediatr neonatolog. Přítomnost patrohltanové nedostatečnosti u dalších typů rozštěpů se projeví při kojení. Pokud doporučená opatření při kojení nezajistí miminku dostatečný příjem potravy, zkouší se přejít na krmení pomocí kojenecké lahve se speciálním úzkým dlouhým dudlíkem. Často se však musí přistoupit na krmení přes nazální nebo orální gastrickou sondu. Pediatr musí zařídit, aby se rodiče s dítětem dostali do rozštěpového centra pro rozštěpové vady do 3 měsíců věku dítěte a na foniatrii v místě bydliště kolem jednoho roku. Pokud by nebyly tyto termíny dodrženy, zameškala by se optimální doba pro operace, u dítěte by došlo k nežádoucímu rozvoji a k fixaci nevhodných řečových stereotypů. U dětí s rozštěpovými vadami je zakázáno užívání dudlíků. Rodiče musí dohlížet, aby si dítě necucalo prsty a nespalo na břicho. Tato opatření zamezí dalšímu nežádoucímu vývoji. Dítě s vrozenou rozštěpovou vadou si v raném věku prochází příslušnými předoperačními vyšetřeními, je sledováno na foniatrii a logopedii. Navíc je u těchto dětských pacientů kladen důraz na vývoj sluchu. Ostatní péče se nijak zvlášť neliší od péče dítěte bez postižení. Péče o děti s orofaciálními rozštěpy obnáší širokou multidisciplinární léčbu a přístup několika lékařských i nelékařských odborníků. Mezioborová spolupráce odborníků přináší velké pokroky v léčbě o tyto malé pacienty (Vohradník, 2001).

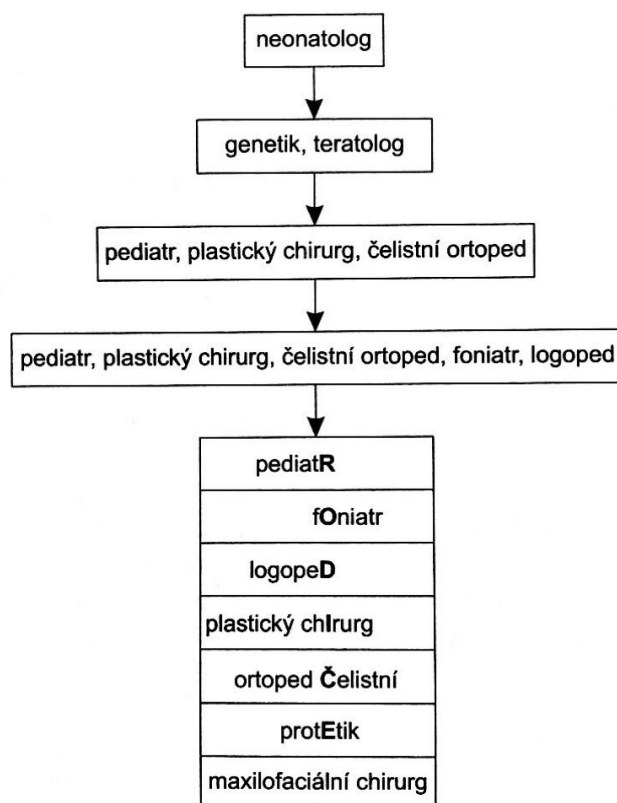
Kerekrétiová (2008) popisuje komplexní léčbu o pacienta s orofaciálním rozštěpem následovně. Komplexnost léčby a péče o dětské i dospělé pacienty s orofaciálními rozštěpy je nezbytnou součástí pro minimalizaci vrozené vady, jejích důsledků a pro úspěšnou integraci pacientů do společnosti. Řešení veškerých zdravotnických, sociálních, výchovných a dalších problémů u pacienta s rozštěpem vyžaduje spolupráci mnoha odborníků od jeho narození až do dospělosti. Pacient během svého života podstupuje dlouhý proces komplexní léčby. Centrem zájmu odborníků není jen vrozená vývojová vada pacienta, tým specialistů se zajímá i o pacientovu rodinu, které se toto zasažení jejich člena týká. Rodina se tak stává aktivním členem skupiny poskytující péči osobě postižené orofaciálním rozštěpem. Komplexní týmový přístup je základem pro dosažení nejefektivnějšího konečného výsledku. Dříve pracovali jednotliví odborníci samostatně a o dítěti každý vedli písemné dokumentace, které si mezi sebou předávali často jen z aktivity zájmu a iniciativy rodičů. Odborníkům také chyběla schopnost identifikovat z písemných zpráv společnou oblast zájmu a reálné potřeby dítěte. Neměli dostatek vědomostí o práci jiných kolegů odborníků, tyto nedostatky vedly ve většině případů k neúčinné péči o rozštěpového pacienta. Chybělo mezioborové poradenství jednotlivých odborníků, společné rozhodování, plánování nebo podpora. Dnes

se nejčastěji při péči o pacienta vyskytuje multidisciplinární tradiční týmový přístup. Můžeme se setkat s modelem interdisciplinární týmové spolupráce nebo se interdisciplinární tým může změnit v transdisciplinární tým. Multidisciplinární tradiční týmový přístup je založen na samostatné práci každého odborníka ve své ordinaci nebo na svém pracovišti. Každý specialista má přesně dané úkoly, při vyšetřování a léčbě pacientů, vyžadujících komplexní péči, pracuje nezávisle. Následná komunikace a kooperace týmových pracovníků a celková koordinace péče o konkrétního pacienta je omezená. Tento typ přístupu odborníků je pro pacienta, respektive pro jeho rodiče, náročný ve zpracování velkého množství informací týkajících se zdravotního stavu a dalších doporučení, která odborníci vydávají. Týmoví odborníci sice určitým způsobem vzájemně spolupracují, ale ve skutečnosti nedochází k jejich přímé komunikaci mezi sebou. Chybí tak závěrečná ustanovení a komplexně vypracovaný léčebný plán pacientovy intervence. Výše zmíněnému přístupu se podobá interdisciplinární týmový přístup, ve kterém jednotliví specialisté opět pracují nezávisle na sobě na svých pracovištích, ale pravidelně se setkávají. Na setkáních jednotlivých členů odborného týmu specialisté diskutují nad svými hodnoceními a provedenými diagnostikami, společně plánují následná doporučení, vyšetření a průběh léčby. Tento model představuje spolupráci různých odborníků, kteří se podílejí na komplexní péči pacienta. Na základě prokonzultovaných doporučení společně vypracují konečný plán a postup následné péče. Pacient, respektive rodič dostane do ruky jeden komplexní plán schválených léčebných postupů, který je mu vysvětlen. Interdisciplinární model se považuje za jeden z nejefektivnějších přístupů odborníků v péči o pacienty s orofaciálním rozštěpem. Tento model se však může dále transformovat do modelu transdisciplinárního týmu. Členové transdisciplinárního týmu už spolupracují na jednom pracovišti. Odborníci tohoto týmu se musí velmi dobře orientovat v problematice kolegů z jiných vědních oborů. Jejich léčebné terapie spolu souvisejí a své transdisciplinární znalosti uplatňují v celkové péči o pacienta. Přestože i v tomto modelu mají jednotliví odborníci své dané úlohy, různost pohledu každého z nich se podílí na komplexnosti předloženého případu. Transdisciplinární týmový model péče o pacienta je považován za nejmodernější z výše uváděných. Pro pacienta, zařazeného v centru pro rozštěpové vady nebo centru pro velofaryngální dysfunkci, je velkým pozitivem průběh většiny jeho ošetření na jednom pracovišti v jeden čas. Kerekreťiová (2008) podrobněji popisuje ideální multidisciplinární model při transdisciplinární intervenci následovně. Jeden až dva členové týmu jsou vybráni jako koordinátoři v léčbě o daného pacienta. Jejich primárním úkolem je zjistit z rozhovoru

s dětským pacientem a s jeho rodiči osobní a rodinnou anamnézu. Případně si poznamenají další informace týkající se závažných problémů dítěte, s nimi souvisejících speciálních opatření, nebo jiných důležitých změn v posledním období. S anamnézami a ostatními zjištěnými informacemi pak vedení týmu seznámí ostatní členy. Konzultaci obohacuje možnost otevřené diskuze odborníků. Jednotlivá vyšetření pacienta, provedená specialisty a jejich vzájemná kooperace, přináší konečné výsledky vyšetření. Koordinátor seznamuje celý tým se závěrečnými výsledky. Pacientovi a jeho rodičům předává navíc písemnou podobu zprávy s příslušnými výsledky vyšetření, následným terapeutickým postupem zahrnujícím časový plán a další doporučení. Spolupráce odborníků pomáhá k rozšíření poznatků a k získání nových vědomostí od jednotlivých členů týmu z jiných oborů. Cílem této spolupráce je zajištění co nejefektivnější léčby a individuální péče dětského pacienta. Mimo rozštěpová centra a centra pro velofaryngální dysfunkci se můžeme s multidisciplinárním modelem s interdisciplinární a transdisciplinární intervencí setkat v kraniofaciálních, maxilofaciálních a jiných centrech. Členy takto kooperujících týmů péče o pacienta s orofaciálním rozštěpem jsou neonatolog, genetik, teratolog, pediatr, genetik, plastický chirurg, čelistní ortoped, orální chirurg, foniatr, dětský stomatolog, ortodont, logoped, psycholog, sociální pracovník, týmový koordinátor a v případě konkrétních situací pacienta další odborníci. Průběh transdisciplinární péče znázorňuje obrázek 3. Komplexní přístup týmových pracovníků v péči o pacienty s orofaciálním rozštěpem se stal určitou normou efektivní intervence. Konečného požadovaného cíle a integrace pacienta by nemohlo být dosaženo bez fungující spolupráce odborníků a jeho rodiny. Rodiče jsou prvními nejdůležitějšími spolupracovníky pro každého odborníka. Nezbytná podpora pro efektivní přístup přichází však také od působení zdravotnických organizací, které poskytují podporu finanční pomoci a legislativního zabezpečení. Jedním z nejdůležitějších kritérií efektivnosti této týmové spolupráce jsou dosažené řečové výsledky pacienta a jeho integrace do společnosti (Kerekrétiová, 2008).



Obrázek 2 Transdisciplinární týmový přístup (Kerekrétiová, 2008)



Obrázek 3 Průběh transdisciplinární péče (Kerekrétiová, 2008)

3.2 Stomatologická intervence

Komplexní stomatologická péče o pacienta s rozštěpem je velice důležitá. Je to spolupráce dlouhodobá a týmová, při které se uplatňují často všechny stomatologické disciplíny. Prevencí zubního kazu u dětí, ortodontických anomálií a obličejových deformací dětských pacientů se zabývá dětské zubní lékařství. Posláním zachovného zubního lékařství je péče o zachování chrupu, protože ztráta každého chrupu se negativně podílí na následující léčbě. Vývojem čelistí a korektním postavením zubů se zabývá obor ortodoncie. Dětské záněty dásní, komplikovanější stomatitidy nebo pubertální gingivitidy řeší parodontologická disciplína stomatologie.

Úkolem stomatochirurgické léčby po chirurgickém ošetření obličejové části rozštěpu je dále upravení skusu a mezičelistních vztahů, a to především u pacienta, u kterého nebylo možné tyto úpravy zajistit pomocí ortodontické léčby. Finálním zákrokem komplexní stomatologické péče je protetická úprava chrupu. Stomatolog se snaží kompenzovat defekty chrupu fixními protetickými náhradami, které musí plnit především funkční a samozřejmě estetické požadavky. K této rehabilitaci chrupu se využívá zubních implantací. Ve většině případů je u pacienta s orofaciálním rozštěpem nutné doplnit chybějící části čelistních kostí, které jsou nahrazovány vlastními kostními štěpy pacienta nebo speciálními biomateriály (Mazánek, 2018). Operace, při které se doplňuje alveolární kost horní čelisti sekundárním štěpem, zvaná spongioplastika, se provádí v 9. až 11. roce pacienta. Štěp se vkládá v místě rozštěpu, a to mezi laterální řezák a prořezávající špičák. Po prořezání špičáků se může zahájit ortodontická fáze léčby, v případě potřeby se upravuje rotace nebo zákus špičáků, někdy dokonce obrácený skus. Další fáze ortodontické léčby se zabývá korektním postavením zubů do zubního oblouku. Postavení zubů se většinou koriguje pomocí fixních aparátů. Snímací aparátky se dnes pro dlouhodobé užívání expanze nedoporučují. V minulosti nebyla léčba pomocí nich efektivní a dlouhodobé nošení snímací desky mělo nepříznivý vliv na hygienu dutiny ústní a celkový stav chrupu. V případě potřeby zhotovuje protetik snímací patrové obturátory (Pazdera, 2007). Nejefektivnější rehabilitací rozštěpů je především plastická operace, která má primárně zabránit komunikaci dutiny ústní s dutinou nosní. V případě, že není možné rehabilitovat vrozenou vadu operací, operace není indikovaná, nebo byla neúspěšná, zhotovuje se rekonstrukční náhrada (obturátor). Obturační protézy jsou protézy, které uzavírají defekt tvrdého nebo měkkého patra komunikují s nosní dutinou nebo nosohltanem. Jejím cílem je nahrazení části chybějícího patra, a tím uzavření

komunikace s nosní dutinou. Defekty v měkkém nebo tvrdém patře omezují až znesnadňují příjem potravy a způsobují huhňavou a nesrozumitelnou řeč. Rekonstrukční náhrada upravující komunikující patrový defekt má za úkol zlepšit funkci chrupu a výslovnost pacienta. Dále zabraňuje pronikání tekutin a zbytků potravy mezi dutinami, usnadňuje polykání a zajišťuje psychickou a estetickou funkci (Mazánek, 2014). Po ukončení růstu čelistních kostí, tedy aspoň po 16. roce života pacienta může být rehabilitován defekt chrupu pomocí fixní náhrady. Nezbytné chirurgické úpravy mezičelistních vztahů provádí maxilofaciální chirurg také až po ukončení skeletálního růstu. Operačními výkony v horní čelisti se upravuje např. pseudoprogenie. Pseudoprogenií označujeme nekorektní mezičelistní vztah, kdy zubní oblouk zvětšené dolní čelisti je postaven před zubním obloukem horní čelisti z důvodu pomalého růstu horní čelisti postižené rozštěpovou vývojovou vadou. Postavení čelistí a jejich vzájemný vztah je jedním ze základních předpokladů vizualizace obličeje, správné žvýkací funkce a fonace. Průběh vývoje lidské civilizace dal vytvoření obecných kritérií proporcí a estetiky lidského obličeje. Stomatolog se u pacientů s orofaciálním rozštěpem setkává běžně s anomáliemi týkajícími se tvaru a počtu zubů v oblasti zasažené rozštěpem. Ošetřuje také pacienty s poruchami mineralizací skloviny nebo s poruchami erupcí zubů. Úkolem zubního lékaře je ošetření zubního kazu, ošetření a zachování zbývajících zubních tkání a definitivní protetická rehabilitace chrupu pacienta po předchozích operačních zákrocích (Pazdera, 2007).

3.3 Logopedická intervence

Důležitou součástí komplexní péče o pacienty s orofaciálním rozštěpem je logopedická intervence. Logoped musí být během péče o svého pacienta v kontaktu s dalšími odborníky, kteří se podílejí na léčbě jeho rozštěpu. Dětský pacient by se měl do logopedické péče dostat v raném věku co nejdříve. Klenková (2006) doporučuje se zahájením přímé logopedické intervence začít po operaci patra a zároveň když už je dítě schopné určité spolupráce s logopedem. Zahájení terapie se řeší individuálně, u některých dětí se léčba zahajuje dříve, u některých naopak později. Po sekundární operaci patra se často zahajuje logopedická terapie do 6 týdnů po operaci.

Vohradník (2001) u dětí s velofaryngální nedostatečností klade důraz také na foniatriickou péči, která začíná zpravidla dříve než léčba logopedická a trvá do ukončení růstu obličeje pacienta. Koncepce foniatrie, zabývající se výzkumem, léčbou a prevencí chorob hlasu, je založena na celkovém pojetí sdělovacího procesu, kde základní složky tvoří hlas, řeč a sluch

(Šlapák, Floriánová, 1999). Foniatrická a logopedická péče spolu úzce souvisí. Logopedickou péči zahajuje pacient později, když se u něj začne rozvíjet expresivní stránka řeči. Intervence logopedická je častější a pravidelnější, co se týče docházky k odborníkovi a končí zpravidla vyvozením správné artikulace. U některých dětských pacientů je léčba úspěšně ukončena již před zahájením povinné školní docházky. Vždy záleží na míře rozštěpové vady a projevení důsledků v komunikačních schopnostech dítěte. Vyskytují se i výjimky pacientů, kteří po chirurgickém zákroku a úpravě vrozené vady, následnou logopedickou intervencí nepotřebují vůbec. Foniatr koordinuje zdravotnické výkony s pedagogickým přístupem logopeda. Jejich spolupráce je důležitá, bez logopedické péče není možné provádět vlastní foniatrickou péči pacienta. Foniatrická péče se zabývá sledováním stavu sluchu pacienta, indikací některých operačních zákroků nebo indikací sluchadel. Sleduje také nosní průchodnost a koordinuje léčbu s výkony plastickochirurgickými. Během terapie se posuzuje vztah mezi morfoloogickým základem, řečovými a hlasovými funkcemi. Ve spolupráci s logopedem a psychologem foniatr doporučuje zařazení dítěte do vhodné školy. Intenzivně probíhá spolupráce foniatra s pediatrem a se stomatologem, společně plánují ortodontickou léčbu. Nakonec rozhodují o ukončení foniatrické a logopedické intervence (Vohradník, 2001).

Péče logopeda je, od začátku rozvoje expresivní stránky řeči dítěte, obdobím pravidelných setkávání s dítětem a jeho rodičem. Logoped u dítěte vyvozuje hlásky se správnou artikulací a sleduje celkový vývoj jeho řeči. Ze začátku je spolupráce logopeda, dítěte a rodiče poradenského charakteru. S věkem dítěte a jeho absolvovanými chirurgickými zákroky se spolupráce zintenzivňuje. Jak často bude dítě ordinaci logopeda navštěvovat závisí především na schopnostech rodiče s dítětem pracovat v domácím prostředí. Samostatná pravidelná a důsledná práce s dítětem je důležitějším ukazatelem než aktuální stav jeho poruchy řeči. Během logopedické péče je nutné počítat s možnými odchylkami ve fyziologickém vývoji řeči. Jelikož mnoho dětí podstupuje primární operaci patra obvykle do 3 let věku, není nutné dělit logopedickou péči na předoperační a pooperační. Měli bychom tedy mluvit o stále dlouhodobé logopedické péči. Poradenství k předoperační péči vyhledávají rodiče služby logopeda jen zřídka (Vohradník, 2001).

V raném věku dítěte s vrozeným orofaciálním rozštěpen je důležité především poradenství pro jejich rodiče. Logoped se snaží rodičům vysvětlit, že pro vývoj řeči dítěte je nejdůležitější zaměřit se na rozvoj jeho obsahové stránky řeči. Dítě je schopné pochycovat,

fixovat a rozvíjet pasivní slovní zásobu. Zprvu není nutné zaměřovat se na správnou výslovnost a chtít po dítěti, aby po formální stránce vyslovovalo správně všechny hlásky. Úkolem logopeda je naučit rodiče, jak mají s dítětem procvičovat různé činnosti. Rodič si musí uvědomit, že je pro své dítě velkým řečovým vzorem (Klenková, 2006). Primární výchova rodičů je pro správný průběh logopedické péče nezbytným základem. V raných stádiích logopedické léčby předává logoped rodičům informace o předpokládaném průběhu léčby. Pro nezbytné opatření učí logoped rodiče, jak rozpoznat u dítěte žvatlání, které vzniká z důvodu chybění konsonant. Logoped upozorňuje například, že dítětem tvořená slova máma a bába zní obě stejně jako máma. Rodiče jsou také seznámeni se skutečností vlivu operace na stav řeči dítěte. V tomto směru nelze očekávat zázračný efekt a samostatné napravení řeči po chirurgickém zákroku. Po operaci je důležité pravidelné a důsledné procvičování, které stojí především na snaze a zodpovědnosti rodičů. Logoped potřebuje získat zájem ze strany rodičů, aby sledovali vývoj komunikačních schopností svého dítěte, a aktivně se podíleli o nově zaznamenané informace o jeho stavu řeči s logopedem. Vyskytují se však i výjimky dětských pacientů, kteří po operacích logopedickou péči nepotřebují (Vohradník, 2001).

Pro prosperující rozvoj komunikačních schopností je podstatné rozvíjet u dítěte zrakové a sluchové vnímání. Dítě pro tento svůj rozvoj potřebuje vhodně podnětné prostředí zprostředkované nejlépe hravou formou. Za použití her si děti procvičují pojmenování předmětů a lidí. Opakovaným pojmenováváním předmětů pomáháme dítěti v podpoře jeho vlastního rozvoje slovníku. Pro stimulaci řečového vývoje se při logopedické intervenci používají často specifické aktivity, které procvičují i rodiče s dětmi s narušenou komunikační schopností neovlivněnou rozštěpovou vadou. Vohradník (2001) připisuje důležitost logopedické terapie podpoře lingvistického a fonologického vývoje. Úspěšnost péče vidí v minimalizaci rozvoje atypických řečových realizací a v podpoře vlastního velofaryngálního uzávěru. Konzultace v logopedické ordinaci je obvykle naplánovaná na 30-45 minut po 1-2 týdnech. Logopedická intervence u dětí s vrozenými orofaciálními rozštěpovými vadami a přidruženou palatolalií je u většiny případů dlouhodobou záležitostí. Logoped průběh léčby poctivě plánuje, zaměřuje se na artikulaci jednotlivých hlásek a na úpravu rezonance. Jeho péče je samozřejmě věnována také zlepšování celkové srozumitelnosti řeči. Při terapii bere ohled na další symptomy např. poruchy hlasu, které se vyskytují souběžně s palatolalií. Diagnostika poruch hlasu a sluchu je řešena ve spolupráci logopeda s foniatrem a dalšími odborníky, společně konzultují následnou rehabilitační péči.

Na komplexní rehabilitační péči se podílejí logopedičtí pracovníci ze zdravotnických zařízení s logopedy z resortu školství (Klenková, 2006).

Vohradník (2001) uvádí, že při úpravách řečové poruchy je podstatou nacvičování rozlišení frikativ, exploziv a nazál. Jejich produkce se procvičuje na cvičených slovech a následně ve spontánní řeči. Nacvičování probíhá do doby, kdy se u dítěte začne řeč vyvíjet stejně jako u dětí intaktních. Neschopnost vytvořit dostatečný velofaryngální uzávěr vede děti k produkci atypické artikulace. Úprava vzniklé atypické artikulace může být zahájena u dětí, které po operaci mají schopnost velofaryngální dostatečnost využívat. Mimo nacvičení správné orální produkce je cílem terapie odstranění vzniklých nežádoucích kompenzačních mechanismů. Důležitým mezníkem v logopedické terapii je uvědomění si a naučení dítěte využívat pro produkci exploziv potřebný tlak a proud vzduchu. Po tomto dosažení, uvědomění si, se obecně očekává rychlý a méně komplikovaný postup u dalších úprav. Pro lepší motivaci dítěte se často doporučuje skupinová terapie, individuální terapii však nenahradí. Naopak některé děti jsou při skupinové spolupráci nesoustředěné, tudíž u nich nemůže být efektivně dosaženo požadovaných výsledků. Individuální logopedická péče je základem rehabilitace správné produkce řeči u dítěte.

Rehabilitace výslovnosti u dětí s palatolálií by měla procházet čtyřmi etapami systematicky na sebe navazujícími. Vlastní logopedickou terapii zahajují přípravná cvičení, následuje vyvození hlásky. Po správném vyvození hlásky se přistupuje k její fixaci, a nakonec dochází k automatizaci správné výslovnosti konkrétní hlásky (Klenková, 2006). Přípravná cvičení jsou zaměřena na oromotoriku. Oromotorická cvičení na rozpohybování a uvědomění si mluvních orgánů zahrnují různé pohyby rtů, jazyka nebo práce s mimikou obličeje hravou formou. Přidávají se různé zvuky zvířat nebo věcí a dechová cvičení. Artikulace se rozvíjí cvičeními zaměřenými na přenesení artikulační báze na potřebná artikulační místa. Pro nácvik artikulace problematických hlásek pracuje logoped s různými přírodními a technickými zvuky, které s dítětem napodobuje. Jeho cílem je vytvořit nové korektní hlásky, na nesprávné artikulační tvoření neupozorňuje a nechá tyto spoje vyhasnout. Hlásky se procvičují v utvořených slabikách a souhlásky se spojují se samohláskami. Nejprve se souhlásky spojují s neutrální hláskou A, protože umožňuje větší postavení čelistního úhlu a hlubší polohu jazyka. K procvičované hlásce se přidává samohláska na začátek, doprostřed i na konec slabiky. Logopedická cvičení mají své zásady pro efektivní výsledek. Děti mají při provádění cviků hlavu vzpřímenou a mírně skloněnou vpřed. Kdyby mělo dítě hlavu

zakloněnou, došlo by k nežádoucímu posunu jazyka dozadu. Pokud se u dítěte objevuje hrtanový ráz, probíhá cvičení v šepotu. Návčik artikulace musí u dítěte probíhat v jeho plné fyzické i psychické pohodě. Aby se zamezilo nežádoucím souhybům mimického svalstva, je nutné cvičení prokládat krátkými relaxacemi dítěte, případně relaxačními cviky (Klenková, 2006). Po operaci by měl návčik artikulace jednotlivých hlásek probíhat velmi intenzivně. Nejlépe se většinou vyvozují korektně frikativy F a V. Následuje návčik exploziv z nosovek. Vyvozování hlásek P a B probíhá obvykle standardně bez velkých obtíží. Důležité je dbát na péči při trénování T a D, protože tyto souhlásky slouží později jako pomocné hlásky pro vyvozování sykavek a kmitných hlásek. Návčik sykavek probíhá obvyklým způsobem, u kmitných hlásek se začíná primárně s L, později se vyvozuje R a Ř. Navozování správné artikulace problematických hlásek má různý postup, záleží na schopnostech každého dítěte a je tvořeno individuálně (Šlapák, Floriánová, 1999).

„Součástí symptomatického přístupu v logopedické péči v terapii palatolalie je korekce narušené nosní rezonance, narušené artikulace a srozumitelnosti řeči, narušeného vývoje řeči, poruch hlasu a narušeného kverbálního chování,“ (Kerekrétiová, 2008, s. 129).

Podle Klenkové (2006) dále doporučuje logoped rodičům rady zvlášť po operaci rtu a zvlášť po operaci patra. Po operaci rtu dostanou rodiče rady od plastického chirurga, aby s dětmi pracovali na prokrvení operovaného horního rtu. Prokrvení dosáhnou pravidelnými masážemi rtu ve směru od středu ke koutkům. K masáží jsou doporučeny různé druhy krémů. Pro aktivizaci rtů a svalů jazyka je vhodné dítěti nedávat kašovitou stravu, ale naopak stravu pevnější a hustší konzistence. Dále je doporučeno provádět prvky oromotoriky, především různé hry nebo cviky se rty, jazykem a mimikou obličeje. Po operaci patra jsou indikovány masáže patra pro aktivizaci měkkého patra. Důslednými masážemi měkkého patra docílíme správného vhojení pooperačních jizev patra. Vohradník (2001, s. 118) popisuje princip masáže takto: *„Masáž obecně brání vzniku fibrózních změn ve svalů, a tak usnadňuje odtok žilní krve z příslušné oblasti.“* Správné provádění masáže zajišťuje vzájemný posun jednotlivých vrstev proti sobě a potřebné uvolnění tkání. Stlačování prstu na patře vede ke změně tlaku a tím je zvyšována kapacita kapilár. Nesmíme opomenout zmínit pozitivní vliv masáže na stimulaci proprioreceptorů. Vznik nežádoucích jizev by mohl být příčinou snížené pohyblivosti měkkého patra. Při provádění masáží je přísně zakázáno používání jakýchkoliv pomůcek. Dříve byly logopedy doporučovány například gumové rukavice nebo vyšetřovací prsty a bohužel se tak děje někde i dodnes. U dětí se

zkráceným měkkým patrem nebo s vyskytujícími se rozštěpy submukózními jsou doporučovány masáže patra již v období před operací. Předoperační masáže jsou naopak zakázány u celkových a izolovaných rozštěpových vad, kde by mohlo dojít k poškození svaloviny z důvodu ostrého okraje rozštěpu. Předoperační i pooperační masáže je vždy nutné konzultovat s ošetřujícím lékařem, foniatrem či chirurgem. Po operaci se mohou vyskytovat komplikace v podobě rozestupu rozštěpu, rozpadu švů, může dojít k oronazální komunikaci nebo ke krvácení, v takovém případě se nesmí masáže provádět (Klenková, 2006). Seeman (1955, In Vohradník, 2001) stanovil klasický popis masáží vela, který se ve značné míře používá dodnes, avšak vždy po konzultaci a doporučení operatéra (plastického chirurga).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

Výzkum bakalářské práce se zabývá anonymními kazuistikami tří, dnes již dospělých, pacientů. Pacienti se narodili s podobnými typy orofaciálních rozštěpů.

4.1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky, dílčí cíle a metodologie

Cílem výzkumu u těchto tří zkoumaných pacientů je zjistit, jaký byl průběh komplexní léčby jejich vrozené vady a jak při rehabilitaci probíhala mezioborová spolupráce ve stomatologické a logopedické intervenci.

Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka hledá odpověď v zajištění stomatologické a logopedické péče jednotlivých pacientů. Objektem zájmu je, zda u zkoumaných pacientů probíhala/probíhá stomatologická a logopedická intervence ve spolupráci těchto odborníků, nebo museli být pacienti, respektive jejich rodiče, komunikátory mezi svými ošetřujícími lékaři a logopedy.

Výzkumné otázky dílčích cílů

K dosažení dílčích cílů byly formulovány výzkumné otázky:

1. V jakém věku se dětský pacient dostal do péče logopeda?
2. Pomohla pacientům komplexní rehabilitace k dosažení optimálních podmínek v komunikaci?
3. Žijí zkoumaní pacienti plnohodnotným společenským životem?

Metodologie výzkumného projektu

Výzkumná část je kvalitativního charakteru a byly použity následující techniky. Metodami a výzkumnými nástroji pro zajištění cíle bakalářské práce a dílčích výzkumných otázek jsou kazuistiky vybraných pacientů a dotazník s otevřenými odpověďmi, který posloužil jako struktura pro položený rozhovor. S každým z pacientů jsem se sešla jednou a přinesli s sebou předvyplněný dotazník, který jsem jim zaslala již předem e-mailem. Kazuistiky pacientů jsem zpracovala na základě odpovědí na dotazník a poznamenaných poznámek z osobního setkání. Výzkumné dotazníkové šetření obsahovalo otázku na analýzu vlastního názoru pacienta na spolupráci odborníků při komplexní léčbě orofaciálního rozštěpu.

Odpověď na tuto otázku je uvedena dále vlastními slovy dotazovaného. Při osobním setkání s pacienty jsem měla možnost posoudit estetickou stránku rehabilitace jejich orofaciální oblasti. Samotný rozhovor mi dal možnost všimnout si, jak dotyčné osoby komunikují verbálně i neverbálně. Pacienti mi poskytli fotografie stavu dutiny ústní během léčby a po konečné stomatologické péči na soukromé klinice.

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří tři pacienti (A, B, C) s orofaciálním rozštěpem narození v letech 1993, 1996 a 1998. U všech zkoumaných pacientů byly rehabilitovány deformace zasaženého zubního oblouku implantátem a protetickou zubní náhradou na stejné soukromé stomatologické klinice zkušeným stomatologem. Implantacím vždy předcházela ortodontická léčba a spongioplastika.

4.2 Průběh vlastního šetření

Vlastní šetření se skládá ze tří kazuistik pacientů s orofaciálním rozštěpem.

4.2.1 Pacientka A

Pacientka A (1998) se narodila s pravostranným kombinovaným rozštěpem rtu, dásní a patra. Lékaři při její léčbě používali označení celkový pravostranný rozštěp.

Osobní anamnéza

Veškerou chirurgickou léčbou, úpravami rtů, patra a nosu si pacientka prošla převážně ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze, kam se na doporučení lékařů dostala s maminkou krátce po svém narození. Mimo oddělení plastické chirurgie, ve výše zmiňované nemocnici, pacientka navštěvovala také oddělení ortodontie a foniatrie. Spongioplastika alveolární kosti a implantace probíhala na jiném soukromém stomatochirurgickém pracovišti na okraji Prahy. Jako dítě začala poměrně dlouho mluvit, asi ve třech letech a z počátku jí rozuměli pouze rodiče. V mateřské škole chodila pacientka do logopedické třídy.

Průběh péče

První operaci rtu podstoupila v 8. měsíci života (1998). Běžně se tato operace prováděla v 6. měsíci života batolete, u pacientky byla operace odložena z důvodu nedostatku železa. Ve třech letech byly pacientce odstraněny krční mandle a o rok později jí byla provedena první operace patra. V deseti letech podstoupila pacientka první spongioplastiku alveolárního výběžku horní čelisti. Doplnění alveolární kosti z vlastní tkáně hřebenu kosti kyčelní pacientky se dělalo přenesením vlastní kostní tkáně pro budoucí implantaci a doplnění zubního oblouku fixní korunkou zubu na implantát. Spongioplastiku podstoupila pacientka ještě jednou ve třinácti letech. O rok později, po úspěšném vhojení kostní tkáně a doplnění alveolu, byl pacientce vsazen implantát na místo zubu 12. Po oseointegraci implantátu, kdy došlo ke spojení kostní tkáně s tělem implantátu, byla pacientce do úst adaptovaná vlastní korunka zubu, která doplnila čelistní oblouk, jak z hlediska estetického, tak z hlediska funkčního. V šestnácti letech pacientku čekala ještě korekce rtu a nosu. O rok později se dočkala závěrečné estetické operace, podstoupila poslední plastiku rtu. Pro krásný přirozený úsměv pacientky chyběla poslední estetická úprava zubů, se kterou si poradil pan zubař domodelováním viditelných nedostatků kompozitním materiálem přímo v ordinaci. V dnešní době dojíždí pacientka pouze na ortodontii, na kontrolu s aparátkem a na

stomatologickou kliniku na pravidelné kontroly implantátu. Stomatolog musí u pacientky hlídat stav doplněné kostní tkáně a spojení kostní tkáně s implantátem.

V dětství měla pacientka problémy s vyslovováním sykavek a hlásek R a Ř. Kvůli málo klenutému patru se potýkala s nedokonalou výslovností celkově. Od svých čtyř do devíti let navštěvovala pravidelně logopedku. Doma pilně a poctivě s maminkou plnila zadané úkoly a procvičovala. Na základě doporučení logopedky začala pacientka chodit do ZUŠ na sólový zpěv, který jí, podle jejích vlastních slov, v nápravě řeči značně pomohl. V dospělosti, čtyři roky po poslední plastice rtu, mívá pacientka stále občas problém s artikulací některých hlásek. Pacientka v současné době žádnou logopedickou léčbou neprochází.

Pacientka A hodnotí spolupráci logopeda a stomatologa

„Za mé léčby komunikace mezi těmito odborníky úplně neprobíhala. Pouze na plastice doporučili najít logopeda a docházet k němu. Z jejich strany komunikace neprobíhala. Ale myslím si, že by bylo určitě vhodné, kdyby určitá spolupráce probíhala. Ovšem největší břímě leží na rodině, která během léčby hraje opravdu velkou roli. Pokud nebude zájem ze strany rodiny, stav se zlepšovat nebude, léčba bude neúčinná a vada řeči se určitě projeví mnohem více. Když už jsem navštěvovala soukromou stomatologickou ordinaci pana doktora, tak v té době už jsem na logopedii nechodila.“

Zhodnocení léčby

S úsměvem na rtech pacientka celkově hodnotí svou léčbu kladně. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady jí lékaři operačními zákroky zajistili primárně funkční úlohu dutiny ústní až později jí byla věnovaná péče prostřednictvím plastických operací. S proměnou stavu dutiny ústní na soukromé stomatologické klinice je nad rámec spokojená. Lidé, kteří ji neznají, dnes jen s těžší poznají, že se narodila s vrozenou rozštěpovou vadou. Její pozůstatky po rozštěpu prozrazuje jen malá nepatrná jizvička, na pravé straně nad horním rtem, při některých mimických pohybech. Při mluveném projevu si povšimne snad jen odborník lehce narušené artikulace některých hlásek. Pacientka je velice komunikativní a společenský člověk. Má spoustu kamarádů a jejím koníčkem zůstává nadále sólový zpěv. Mimo jiné je studentkou medicíny a v budoucnu by se chtěla věnovat problematice rozštěpových vad.

Pacientka mi poskytla fotografie ze své léčby. Na přiložených obrázcích si můžeme prohlédnout situaci v ústech pacientky, když se dostala na soukromou kliniku a konečný

výsledek odvedené práce stomatologa. Na obrázku 4, v devíti letech, je vidět situace před plánovanou fixní ortodontickou léčbou. V průběhu ortodontické léčby byla provedena spongioplastika, implantace a protetická práce. Během let se dovyvinul pacientce chrup a nedostatky ve frontálním úseku zubař domodeloval. Konečný výsledek spokojené pacientky, která žije plnohodnotný život, nám ukazuje obrázek 5.



Obrázek 4 V průběhu léčby (9 let)



Obrázek 5 Po ukončení léčby (17 let)

4.2.2 Pacient B

Pacient B (1993) se narodil s levostranným celkovým rozštěpem (kombinovaným rozštěpem rtu, dásní a patra).

Osobní anamnéza

Veškerá jeho stomatologická i logopedická péče probíhala též na pracovišti ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Spongioplastika alveolární kosti a implantace probíhala na soukromém stomatologickém pracovišti na okraji Prahy. Vývoj řeči byl u pacienta oproti jeho vrstevníkům opožděn. První stupeň povinné školní docházky navštěvoval logopedickou internátní základní školu.

Průběh péče

Od útlého dětství, až do dospělosti si prošel několika standardními zákroky. Podstoupil velice podobné operace jako pacientka A, protože oba dva měli stejný typ vývojové vady, jen zrcadlově převrácený. První operací byla plastika rtu, kterou absolvoval asi na půl roce. Ve třech letech postoupil první operaci patra. Od narození pacient trpěl na časté rýmy a středoušní záněty, proto mu byly odstraněny nosní a krční mandle. Ve čtyřech letech se stal pacientem stomatologického oddělení ve Vinohradské nemocnici a začal stomatologa navštěvovat pravidelně. Po fyziologické výměně mléčných zubů dostal první rovnátka. Od devíti let podstupoval na ortodoncii roztažení horní čelisti, protože nebyla v korektním postavení oproti čelisti dolní. Další ortodontickou léčbu pro korektní postavení zubů podstupoval na soukromé stomatologické klinice. Když mu bylo jedenáct bylo nutné provést spongioplastiku alveolárního výběžku horní čelisti. Alveolární kost byla doplněna vlastní tkání pacienta z hřebenu kosti kyčelní. Tento zákrok nebyl hned zcela úspěšný a musel být opakován za účelem vytvořit dostatečnou kost pro budoucí implantaci. Spongioplastiku během dospívání podstoupil pacient celkem třikrát. Aby mohla být provedena implantace, musely se kostní tkáně alveolárního výběžku nechat dostatečně zahojit. Pomalé a důkladné hojení bylo důležité i pro oseointegraci implantátu v místě mezi zuby 22 a 23. Po vhojení mohla být adaptovaná konstrukce zubní protetické náhrady, která tvoří dvě korunky zubu. Pacient dochází na pravidelné kontroly na stomatologickou kliniku.

Do logopedické péče se pacient dostal asi ve čtyřech letech na doporučení mezi pracovišti ve Vinohradské fakultní nemocnici. Z důvodu orofaciálního rozštěpu rtu a patra probíhal vývoj řeči opožděně. Od šesti do deseti let navštěvoval logopedickou internátní školu.

Docházka do logopedické školy pacientovi velice pomohla v nápravě řeči. Potíže mu dělaly hlásky K, G, L, R, Ř a sykavky, které jsou pro děti s palatolálií typické. V dětském věku produkci řeči u pacienta narušovala velice hypernazalita, která v malé míře přetrvává dodnes. Pacient uznává, že nebyl při logopedické léčbě vždy úplně důsledný v procvičování a tréninku, přesto se mu podařilo téměř všechny dříve problematické hlásky naučit vyslovovat a používat správně. V současné době logopeda nenavštěvuje.

Pacient B hodnotí spolupráci logopeda a stomatologa

„Myslím, že v nemocnici na Vinohradech spolu odborné pracoviště komunikovaly. Spolupráce stomatologů a logopedů tam v nějaké míře fungovala. My tam byli s maminkou spokojeni. Soukromou ordinaci jsme sehnali na doporučení okolí. Pan doktor mi dělal operace čelisti a navrтал implantát.“

Zhodnocení léčby

Pacient B je rád, že následky jeho postižení v obličeji byly nějakým způsobem ošetřeny a zmírněny. Myslí si však, že u něj nebyla kladena taková péče na estetickou stránku jeho vzhledu, jako je tomu u dívek. Se svou vrozenou vadou a jí přidruženými estetickými nedokonalostmi v obličeji se naučil žít. K nedokonalému vzhledu obličeje mu přispívá atypicky tvarovaný a mohutný nos. Přestože má hodně kamarádů, kteří ho berou takového, jaký je, stále se setkává i s lidmi, kteří na něj obrací své pohledy. Změna kolektivu je pro něj, ne vždy, úplně příjemnými začátky pro navázání komunikace a kamarádských vztahů. Přesto je společensky založený a snaží se kvůli pohledům druhých lidí neomezovat v tom, co ho baví. Nyní je vysokoškolským studentem strojírenského oboru. Jeho řeč je dodnes lehce narušena otevřenou huhňavostí.

Stavy dutiny ústní v průběhu léčby a po jejím ukončení na soukromé stomatologické klinice jsou k vidění na obrázcích 6-8. Na obrázku 6 je patrná chybějící část alveolární kosti, která způsobila propadlinu v zubním oblouku a chybění zubů. Obrázek 7 zobrazuje doplněnou zahojenou alveolární kost po spongioplastice. Chrup pacienta B po ukončení ortodontické a protetické léčbě zobrazuje obrázek 8. Střední čára horní frontální oblasti chrupu je posunuta viditelně doprava.



Obrázek 6 Před spongioplastikou



Obrázek 7 Doplněná alveolární kost



Obrázek 8 Po ukončení léčby (17 let)

4.2.3 Pacientka C

Pacientka C (1996) narozena s pravostranným rozštěpem rtu a dásně (alveolu). Taktéž pacientkou rozštěpového centra ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Osobní anamnéza

Bezprostředně po narození se stala pacientkou rozštěpového centra. Od malička měla velice kladný vztah ke knihám, rodiče ji v tomto směru podporovali a četli jí pravidelně pohádky. Bohatá pasivní slovní zásoba jí velmi pomohla během aktivního vývoje řeči a vyvozování správné výslovnosti hlásek. Navštěvovala běžnou mateřskou školu i běžkou základní školu.

Průběh léčby

První operaci rtu podstoupila jako tří měsíční miminko. V šesti letech byla provedena plastická operace rtu. Od růstu prvních zubů byla pacientka sledována na stomatologii a ortodontii v rozštěpovém centru v Praze. Ve čtyřech letech, začala nosit první nasazovací rovnátka. První operaci alveolu podstoupila asi v osmi letech. Další péče pro dosažení korektního postavení zubů (fixní ortodontická léčba, spongioplastika, implantace) byla pacientce poskytována na soukromé stomatologické klinice podobně jako u pacientů A i B. V jejím případě nebylo možné doplnění alveolární kosti vlastním štěpem z důvodu jeho nepřijetí, proto byl při další operaci použit speciální biomateriál. Během léčby na stomatologické klinice podstoupila pacientka v rozštěpovém centru ještě korekci rtu. Po spongioplastice se začala u pacientky objevovat komplikace v podobě odchlípení dásně od sousedních zubů s doplňovanou částí alveolu, od té doby u pacientky dochází k pomalému odchlípení gingivy a odhalování krčků postižených zubů. Pacientka pravidelně navštěvuje stomatologa, který hlídá stav gingivy a kontroluje implantát.

U pacientky C se neprojeví příznaky palatolalie, protože samotné patro nebylo rozštěpem poškozeno. Od tří let byla v logopedické péči. Potíže s výslovností jí dělaly hlásky L, R, Ř a trochu i sykavky. S problematickou výslovností těchto hlásek se potýkalo běžně několik jejích vrstevníků, ale vzhledem k rozštěpové vadě nechtěli rodiče vývoj řeči své dcery podcenit. Hlásky u ní byly postupně správně vyvozeny a v osmi letech, po operaci alveolu, je pacientka zvládla bez potíží vyslovit a používat v mluvené řeči. Po úspěšné logopedické péči přestala logopedii navštěvovat.

Pacientka C hodnotí spolupráci logopeda a stomatologa

„V rozštěpovém centru na Vinohradech během mého léčení spolupráce stomatologa a logopeda asi probíhala. Minimálně si přeposlali nějaké zprávy o mém zdravotním stavu. Místní logopedka mi doporučila logopedické pracoviště v místě bydliště, kam jsem potom přešla. Myslím, že jsem na logopedii ani skoro chodit nemusela. Chodila jsem tam, protože si to pro mě přáli rodiče.“

Zhodnocení léčby

Nebýt komplikací s odchlípnutím gingivy byla by pacientka se stavem svého chrupu zcela spokojená. Kvůli odhaleným krčkům frontálních zubů se stydí při úsměvu ukazovat zuby. Při běžném mluvení však u ní není toto poškození vidět. Nad jejím pravým rtem je lehce viditelná jizva, která ji podle jejích slov v životě nijak neomezuje. Jizva je jediným patrným pozůstatkem jejího orofaciálního rozštěpu. V mluveném projevu nebylo slyšet žádné narušení komunikační schopnosti. Pouze při artikulaci se pravý horní ret pacientky pohybuje méně symetricky než u intaktních jedinců. Má spoustu kamarádů a účastní se s nimi různých společenských událostí. Je pravda, že na základní škole se našly děti, které se jí kvůli rozštěpu smály. Na druhou stranu, vždy měla svou partu kamarádů, kteří ji mezi sebe brali bez rozdílů. Myslí si, že někdy se spíš děti styděly zeptat, co to má, než aby se ona styděla za to, že se narodila s rozštěpem. V socializaci pacientce pomohli hlavně rodiče, kteří se její rozštěpovou vadu snažili, co nejdříve přijmout a nepřirazovali tak žádnou odlišnost nebo jiné omezení v životě své dcery kvůli rozštěpu.

Na obrázcích 9-11 můžeme pozorovat stav chrupu pacienty C před spongioplastikou a po doplnění alveolární kosti, připravené na implantaci. Na obrázku 10 je vidět začínající ustupování gingivy a odhalující se krček velkého řezáku sousedícího s mezerou v zubním oblouku. Obrázek 11 zobrazuje pokročilejší stádium ústupu gingivy, navíc i odhalení krčku u špičáku, který sousedí s mezerou na druhé straně. Pacientka je v současné době pět let po ukončení ortodontické a protetické léčby na zubní klinice, odhalení krčků postižených zubů se od té doby nezhoršilo.



Obrázek 9 Před spongioplastikou



Obrázek 10 Doplněná alveolární kost



Obrázek 11 Po ukončení léčby (18 let)

4.3 Závěry šetření

Z realizovaných šetření vyplynuly odpovědi na formulované otázky.

Výzkumná otázka č. 1:

V jakém věku se dětský pacient dostal do péče logopeda?

Z odpovědí všech tří respondentů vyplynulo, že u nich byla zahájena logopedická péče v raném věku. Pacientka A i Pacient B začali navštěvovat logopeda ve čtyřech letech. U pacientky C byla logopedická péče zahájena již ve třech letech.

Výzkumná otázka č. 2

Pomohla pacientům komplexní rehabilitace k dosažení optimálních podmínek v komunikaci?

U pacientů bylo dosaženo optimálních podmínek v komunikaci právě díky včasnému zahájení logopedické intervence. U pacientky A lze při mluvené řeči zaznamenat pouze lehké narušení artikulace některých hlásek. Mluvený projev pacienta B je decentně doplňován nežádoucí otevřenou huhňavostí. U pacientky C jsem nezaznamenala žádné narušení vlastní řeči.

Výzkumná otázka č. 3

Žijí zkoumaní pacienti plnohodnotným společenským životem?

Zkoumaný vzorek tří pacientů se se svou vrozenou vadou sžil a snaží se žít plnohodnotným společenským životem. Pacientku A i C zkrášluje nepatrná jizva na pravé straně nad horním rtem. Pacient B nepovažuje svůj estetický vzhled za dokonalý.

Cílů výzkumného šetření bylo dosaženo. U tří zkoumaných pacientů byla zajištěna komplexní stomatologická i logopedická péče, kdy při jejich léčbě určitá spolupráce odborníků probíhala. Při stomatologické intervenci na soukromé klinice, již u pacientů logopedická péče neprobíhala. Z provedených šetření lze formulovat doporučení pro praxi.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou orofaciálních rozštěpů a zajištěním stomatologické a logopedické péče u pacientů s orofaciálními rozštěpy.

V teoretické části byly představeny typy orofaciálních rozštěpů a poruchy komunikačních schopností, které vznikají na základě rozštěpové vady. Jedna kapitola byla věnována pouze palatolalii, narušené komunikační schopnosti, která s rozštěpy úzce souvisí.

V bakalářské práci bylo zkoumáno, jak byla zajištěna spolupráce stomatologické a logopedické péče u tří zkoumaných pacientů. Předmětem zájmu bylo, zda u zkoumaných pacientů probíhala komplexní péče ve spolupráci odborníků. Ve výzkumu bylo dále zjišťováno, v jakém věku se dětský pacient dostal do péče logopeda, zda pacientova komplexní rehabilitace pomohla k dosažení optimálních podmínek pro komunikaci a zda žije plnohodnotným společenským životem.

Dotazníkovým šetřením a rozhovorem s pacienty bylo zjištěno, že u pacientů určitá spolupráce odborníků probíhala, především pak ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Pacientka A ale spolupráci odborníků při její léčbě nepřikládá takovou váhu a největší důležitost při komunikaci mezi lékaři připisuje právě rodičům, kteří se o její zdravotní stav zajímali, chtěli pro ni jen to nejlepší a sami se tak stali komunikátory mezi ošetřujícími lékaři. Komplexní léčby se všem zkoumaným pacientům dostalo, buď byli léčeni mezi odděleními v rozštěpovém centru, nebo dostali doporučení týkající se jejich následující léčby. V době, kdy se všichni tři pacienti dostali do péče zkušeného soukromého stomatologa, logopedická intervence u nich již neprobíhala.

Dále nás zajímala skutečnost, v jakém věku se pacienti dostali do logopedické péče. Dva ze tří zkoumaných pacientů začali logopedickou ordinaci navštěvovat ve čtyřech letech po operaci patra. Pacientka C docházela k logopedce od tří let.

Vzhledem ke skutečnosti, že u všech pacientů byla zajištěna komplexní rehabilitační péče orofaciální oblasti již od raného věku, došlo ke korektnímu vyvozování a aktivnímu používání dříve problematických hlásek a péči logopeda přestali využívat v průběhu prvního stupně povinné školní docházky, bylo u nich dosaženo optimálních podmínek pro komunikaci.

Zjištěné poznatky z rozhovorů, týkající se psychosociálního hlediska sledovaných pacientů, ukazují na spokojenost s jejich ošetřením. Zkoumaný vzorek tří pacientů svou vrozenou

vodu přijal a navzdory všem léčebným zákrokům se snaží žít plnohodnotným společenským životem. Úsměv pacientů získal svůj definitivní estetický vzhled po péči na soukromé stomatologické klinice. Avšak bez primárních chirurgických a plastických zákroků, by nebylo možné dosáhnout plnohodnotných funkčních ani estetických výsledků.

Výše zmíněné výsledky mají informativní charakter a z výzkumného šetření vyplynula pro praxi následující doporučení. Přesto, že určitá spolupráce při léčbě pacienta mezi odborníky funguje, mohla by být v některých případech zajištěna důkladněji. U některých pacientů roli komunikátora mezi odborníky zaujali rodiče. Ovšem pro výsledky šetření vždy záleží na náročnosti a pohledu jednotlivého pacienta, jak spolupráci odborníků při své péči zhodnotí. Dalším doporučením vyplynulo možné zvýšení motivace rodičů ke spolupráci s odborníky při péči o jejich dítě. Tuto motivaci by měli zajistit právě odborní lékaři dítěte. Aktivní zájem a spolupráce rodičů při rehabilitaci dítěte přináší úspěšnější výsledky celkové léčby.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Rozštěpové vady (Mazánek, 2018).....	11
Obrázek 2 Transdisciplinární týmový přístup (Kerekrétiová, 2008).....	22
Obrázek 3 Průběh transdisciplinární péče (Kerekrétiová, 2008).....	22
Obrázek 4 V průběhu léčby (9 let)	34
Obrázek 5 Po ukončení léčby (17 let)	34
Obrázek 6 Před spongioplastikou	37
Obrázek 7 Doplněná alveolární kost	37
Obrázek 8 Po ukončení léčby (17 let)	37
Obrázek 9 Před spongioplastikou	40
Obrázek 10 Doplněná alveolární kost	40
Obrázek 11 Po ukončení léčby (18 let)	40

Literatura

- BURIAN, F. Chirurgie rozštěpů rtu a patra. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954.
- DUŠKOVÁ, M. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných rozštěpem*. Olga Čermáková, 2007. ISBN: 978-80-86703-25-1
- KEREKRÉTIOVÁ, A. Velofaryngální dysfunkce a palatolalie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2
- LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Osveta, 2002. ISBN: 80-88824-18-4
- MAZÁNEK, J. et al. *Zubní lékařství Propedeutika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3534-4
- MAZÁNEK, J. et al. *Zubní lékařství pro studující nestomatologických oborů*. Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0810-7
- OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z., VÍTKOVÁ, M. et al. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku*. Paido, 2012. ISBN: 978-80-7315-240
- PAZDERA, J. *Základy ústní a čelistní chirurgie*. Olomouc, 2007. ISBN: 978-80-244-1670-0
- SOVÁK, M., *Logopedie*. Státní pedagogické nakladatelství. 1966. ISBN: 16-920-66
- SOVÁK, M., *Uvedení do logopedie*. Státní pedagogické nakladatelství, 1978. ISBN: 14-503-78
- ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Paido, 1999. ISBN: 80-85931-67-2
- VOHRADNÍK, M. *Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience*. 2001. ISBN: 80-86197-24-7

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1

Vážená respondentko/Vážený respondente,

jsem studentka Speciální pedagogiky Univerzity Karlovy. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku pro mou bakalářskou práci, která se zabývá zajištěním stomatologické a logopedické péče u pacientů s orofaciálními rozštěpy.

Dotazník je anonymní a jednotlivé odpovědi poslouží pouze pro můj průzkum. Odpovědi jsou otevřené, prosím o stručný popis problematiky u každé otázky.

Předem děkuji za spolupráci

Michaela Hanušová

Dotazník s otevřenými odpověďmi, který posloužil jako struktura pro položený rozhovor:

1. S jakým typem rozštěpu jste se narodil/a?
2. V kolika letech a jaké operace/zákroky jste prodělal/a?
3. Jaké logopedické poruchy doprovázely/doprovází váš rozštěp?
4. V kolika letech jste se dostal/a do péče logopeda?
5. Jak probíhá/probíhala vaše logopedická péče?
6. Jaký máte názor na spolupráci logopeda a stomatologa? Probíhala během vaší léčby spolupráce těchto odborníků?
7. Jak jste spokojen/a s výsledkem vaší léčby?
8. Jaký je váš společenský život s orofaciálním rozštěpem?