

Natalia Siudzińska*

WIELOSPECJALISTYCZNE POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU DZIECKA Z ZESPOŁEM VAN DER WOUDE

MULTISPECIALIZED PROCEEDINGS IN THE CASE OF A CHILD WITH VAN DER WAUDE SYNDROME

Słowa kluczowe: zespół van der Woude, rozszczep podniebienia i wargi, nosowanie otwarte, terapia logopedyczna.

Keywords: Van der Woude syndrome, cleft palate and cleft lip, open nasality, speech therapy.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest zaprezentowanie studium przypadku 4-letniego chłopca z zespołem van der Woude. Obraz kliniczny zaburzeń występujących u dziecka jest skomplikowany. Jego leczenie i usprawnianie funkcji związanych z mową przebiegają wieloetapowo i wielopłaszczyznowo, a to oznacza, że w procesie tym uczestniczy wielu specjalistów. Chciałabym zwrócić uwagę, jak ważne jest wieloaspektowe postępowanie w przypadku tak skomplikowanych zaburzeń, ale jednocześnie podkreślić, że nie chodzi mi o szerokie spektrum działań logopedy, tylko terapię prowadzoną przez różnych specjalistów, współpracujących ze sobą (tak jak odbywa się to w zespołach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka¹). Współcześnie logopedzi prezentują bardzo szeroki wachlarz działań:

* Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej, Zakład Logopedii i Emisji Głosu, e-mail: n.siudzinska@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0003-3741-6627.

¹ Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to wielospecjalistyczne działania, których celem jest stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do czasu podjęcia przez dziecko nauki w szkole, a także – pomoc i wsparcie udzielane rodzicom i rodzinie w nabywaniu przez nich umiejętności postępowania z dzieckiem. Z wczesnego wspomaganie rozwoju może korzystać dziecko niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością, któremu na

od stymulowania bądź usprawniania rozwoju mowy poprzez psychoterapię aż po terapię ręki bądź inne formy pomocy. Są to często działania z pogranicza logopedii i pedagogiki, fizjoterapii, psychologii itp. Interdyscyplinarność logopedii jest promowana w literaturze i uwzględniana w standardach postępowania logopedycznego w różnych grupach ryzyka. Przykładowo Danuta Pluta-Wojciechowska w swoich publikacjach na temat terapii logopedycznej dzieci z rozszczepem proponuje: działania o charakterze psychologicznym, edukacyjnym, informacyjnym oraz ściśle logopedycznym z podziałem na działania profilaktyczne, diagnostyczne oraz postdiagnostyczne (por. np. Pluta-Wojciechowska, 2008, s. 131–137). Oczywiście, w pewnym stopniu jest to nieuniknione, że logopeda sięga po różne metody z innych dziedzin (jest to wpisane w logopedię), wydaje mi się jednak, że warto rozważyć próbę zawężenia obszaru działań logopedycznych na koszt współpracy z innymi specjalistami. Opisując wybrany przypadek, chciałabym pokazać korzystny wpływ (bardziej lub mniej skoordynowanej) współpracy wielu specjalistów na rozwój danego dziecka. Szczególną uwagę chciałabym poświęcić terapii nosowania otwartego, które w przypadku opisywanego dziecka odgrywa istotną rolę.

Charakterystyka zespołu

Zespół van der Woude (VDWS) to zespół wad wrodzonych charakteryzujący się deformacjami podniebienia i ust². W literaturze zwraca się uwagę na rodzinne występowanie zespołu, co wskazuje na genetyczne podłoże choroby. Większość przypadków zespołu Van der Woude jest związana z mutacją w genie IRF6 zlokalizowanym na 1 chromosomie (1q32–q41). Dziedziczenie choroby odbywa się w sposób dominujący autosomalny (a więc jeżeli jeden z rodziców posiada mutację, istnieje 50% ryzyka, że przekaze chorobę swoim potomkom). Występują przypadki pacjentów (około 4%), u których mimo mutacji choroba się nie objawia, jednak mogą oni przekazać wadę genetyczną i wywołać chorobę u potomstwa tak samo, jak osoby pełnoobjawowe (por. Szelać, Paradowska, Mikulewicz, 2008, s. 447; Wang i in., 2003, s. 382; Tan, Lim, Lee, 2013). Częstość występowania VDWS to 1 dziecko na 40 000–100 000 urodzeń (Lam, David, Townsend, Anderson, 2010).

wniosek rodziców została wydana opinia o wczesnym wspomaganiu rozwoju. Opinię tę wydają zespoły orzekające działające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Podstawa prawna: ustawa z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty z późn. zm.; rozporządzenie Ministra Edukacji z dn. 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

² Jest najczęstszym wśród zespołów, w skład których wchodzi rozszczep wargi i podniebienia jako malformacja, a także jest przyczyną 2% wszystkich rozszczepów.

Dzieci z VDWS zazwyczaj mają następujące objawy:

- rozszczep wargi i podniebienia (o różnej rozległości: od całkowitego rozszczepu po rozszczep języczka podniebiennego lub rozszczep podśluzówkowy);
- dolki, przetoki ślinowe dolnej wargi³;
- małe usta;
- wąskie podniebienie;
- hipodoncja, czyli wrodzony brak zębów (jednego lub wielu, dotyczy to głównie zębów siecznych, kłów lub zębów przedtrzonowych).

W literaturze jako rzadsze objawy wymieniane są także:

- przerośnięcie języka lub ankyloglosja;
- niedosłuch;
- wady kończyn (np. zwiększoną liczbę palców, zrośnięcie palców lub „końska stopa”);
- wady serca;
- dodatkowe brodawki sutkowe (por. Rizos, Spyropoulos, 2004; Szelać, Paradowska, Mikulewicz, 2008).

Rozwój psychoruchowy oraz intelektualny nie odbiegają od normy, jeżeli dziecko jest właściwie i o czasie leczone.

Opis przypadku

Opis dziecka i przebieg jego leczenia

W dalszej części artykułu opiszę przypadek 4-letniego chłopca, urodzonego z VDWS – z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego (po stronie prawej) i całkowitym rozszczepem podniebienia wtórnego oraz przetoki na wardze dolnej, a także znacznie skróconym wędzidełkiem podjęzykowym. Rozszczep został zoperowany w 7 miesiącu życia, a przeszczep wyrostka zębodołowego wraz z plastyką krótkiego wędzidełka w wieku 2,5 lat. Ostatni zabieg – korekta wargi dolnej – odbył się, gdy chłopiec miał 3 lata i 4 miesiące.

Chłopiec jest wychowywany w prawidłowo funkcjonującej, pełnej rodzinie. Rodzice mają wykształcenie wyższe. W dalszej rodzinie ojca występowały przypadki wad twarzoczaszki. Warunki domowe są dobre. Chłopiec jest w normie intelektualnej. Od 3 roku życia uczęszcza do przedszkola. Ciąża i poród przebiegały

³ Nieprawidłowości anatomiczne w obrębie wargi występują u ponad 80% chorych, są więc najczęstszym objawem VDWS. Zazwyczaj zmiany są obustronne. Wydzielina gruczołów ślinowych (hialina) może powodować w tego typu wadach obrzęk i powiększenie się wargi dolnej, a także infekcje (por. Rizos, Spyropoulos, 2004; Szelać, Paradowska, Mikulewicz, 2008).

bez zakłóceń. W pierwszych latach życia przechodził infekcje kataralne oraz miał stany zapalne uszu. Przed operacją karmiony był butelką ze specjalnym smoczkiem dla dzieci z rozszczepem. Po pierwszej operacji około tygodnia był karmiony sondą, potem łyżeczką. Smoczek nie był już nigdy wykorzystywany. Po drugiej operacji otrzymywał za pomocą strzykawki pokarmy rozdrobnione przez około 5–6 tygodni. Oddycha prawidłowo. Prawidłowo też przebiega jego rozwój motoryczny.

Do poradni psychologiczno-pedagogicznej dziecko trafiło w wieku 2 lat i 7 miesięcy, a powodem zgłoszenia było znaczne opóźnienie rozwoju mowy. Dziecko nie komunikowało się werbalnie (poza wyrazem [mama] i nielicznymi wokalizacjami nieartykułowanymi), ale dość skutecznie posługiwało się gestem. Po uzyskaniu opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecko zostało objęte wielospecjalistyczną opieką w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Korzystało (i nadal korzysta) z zajęć: terapii SI, terapii behawioralnej i terapii logopedycznej. Terapia psychologiczna i logopedyczna były przede wszystkim skierowane na motywowanie dziecka do komunikacji werbalnej.

Oddziaływania terapeutów obejmowały takie obszary, jak: percepcja wzrokowa i słuchowa, procesy poznawcze (uwaga, pamięć, wyobraźnia, naśladownictwo), motoryka mała i koordynacja wzrokowo-ruchowa, duża motoryka, komunikacja (mowa bierna i czynna), rozwój społeczny i emocjonalny. Dodatkowo specjaliści zapewniaли wsparcie dla rodziny dziecka oraz podjęli współpracę z podmiotami leczniczymi (Instytut Matki i Dziecka w Warszawie), a w chwili pójścia dziecka do przedszkola – jeszcze współpracę z przedszkolem.

Postępy w terapii były widoczne po kilku miesiącach. Dziecko zaczęło mówić zaraz po ukończeniu 3 roku życia: najpierw pojawiły się wyrazy dźwiękonaśladowcze, a zaraz po nich wyrazy o nieskomplikowanej strukturze i od razu proste zdania.

Rozpoznanie logopedyczne w wieku 4 lat

W obecnej chwili nieprawidłowości związane z budową anatomiczną twarzoczaszki, obniżone napięcie mięśniowe i brak pionizacji języka mocno rzutują na artykulację dziecka i wskazują na dyslalię anatomiczno-funkcjonalną (wieloraką)⁴. Towarzyszy temu nosowanie otwarte i nosowanie zamknięte, które znacznie obniżają stopień zrozumiałości wypowiedzi dziecka. Umiejętności językowe dziecka są opóźnione i zaburzone w stosunku do normy rówieśniczej. Deficyty w rozwoju językowym u chłopca obejmują przede wszystkim podsystem fonologiczny. Kompetencje komunikacyjne i narracyjne są słabo wykształcone. Chło-

⁴ Na podstawie *Projektu zestawienia form zaburzeń mowy* Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty-Roży (por. Emiluta-Roża, 2008).

piec posługuje się zdaniami prostymi, ale umie budować także zdania złożone współrzędnie i podrzędnie. Bierny słownik dziecka mieści się w normie, czynny jest nieznacznie obniżony. Chłopiec ma niekiedy trudności w aktualizacji właściwego wyrazu i dopiero po usłyszeniu szerszego kontekstu językowego jest w stanie dokończyć swoją wypowiedź. Pomimo nieukształtowanej jeszcze pełnej kompetencji językowej, u dziecka zauważa się dążenie do językowego porozumiewania się. Chłopiec sam inicjuje dialog, zadaje pytania, odpowiada na pytania, a jego wypowiedzi są zwykle adekwatne do sytuacji. Nie popełnia błędów gramatycznych. Nieliczne potknięcia w tym zakresie są właściwe dla danego okresu rozwojowego. Niskie wyniki prób sprawdzających funkcjonowanie słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej wskazują na niepełne ukształtowanie umiejętności słuchowego identyfikowania i różnicowania dźwięków mowy. Ich konsekwencją są trudności w utrwalaniu prawidłowych wzorców brzmieniowo-kinestetyczno-kinetycznych. Poza tym do pełnego obrazu zaburzeń dziecka należy dodać parafunkcje w postaci ciągłego manipulowania rękami przy ustach lub nosie, a także echolalie bezpośrednie.

Wielospecjalistyczne leczenie i usprawnianie dziecka z VDWS

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na opóźnienie rozwoju mowy, a następnie na zaburzenia artykulacji i ogólny rozwój opisywanego dziecka jest rozszczep wargi i podniebienia. Upośledza on wiele podstawowych funkcji życiowych, takich jak oddychanie, przyjmowanie pokarmów oraz potencjalnie słuch i mowę (por. Hortis-Dzierzbicka, 2004, s. 7). Właściwe terminowe operowanie nieprawidłowości anatomicznych jest więc pierwszym warunkiem prawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka z VDWS. Rozwój mowy w dużym stopniu zależy od warunków anatomicznych, jakie udaje się uzyskać chirurgowi podczas operacji zamknięcia szczeliny rozszczepu oraz podczas przeszczepu do wyrostka zębodołowego.

U dzieci z VDWS, tak samo jak u większości dzieci z rozszczepem izolowanym, tj. niespełnowym, często z powodu blizn ściągających, które pozostały po zaszyciu rozszczepu podniebienia, często występuje niedorozwój kości szczęki i wady zgryzu (Rizos, Spyropoulos, 2004, s. 17–24). Poza tym, nawet jeżeli warunki anatomiczne po operacji są zbliżone do prawidłowych, pozostają nieprawidłowe nawyki dotyczące oddychania, przyjmowania pokarmów, które również mogą mieć negatywny wpływ na zgryz. Dlatego konieczne jest leczenie ortodontyczne. U opisywanego chłopca nie zaobserwowano dysfunkcji oddychania, ale występują problemy z przyjmowaniem pokarmu (nieprawidłowe połykanie i problemy z żuciem), a także nieprawidłowości zgryzowe. Dziecko jest leczone ortodontycznie i jest skoncentrowane na eliminowaniu zgryzu krzyżowego oraz ekspansję szczęki. Od roku chłopiec nosi aparat ortodontyczny ruchomy.

Jak już wspomniałam, chłopiec w pierwszych latach życia przechodził infekcje kataralne oraz miewał stany zapalne uszu. Jest więc pod stałą opieką laryngologa, choć na chwilę obecną nie ma problemów z uszami ani ze słuchem. Warto zaznaczyć, że konsekwencją wcześniejszych infekcji mogą być obecne problemy z różnicowaniem dźwięków mowy.

U dzieci, u których w skład wady wchodzi rozszczep podniebienia wtórnego, tak jak u opisywanego chłopca, może wystąpić niewydolność podniebienno-gardłowa. Niewydolność ta istotnie utrudnia rozwój mowy i prowadzi do znacznych zaburzeń rezonansu nosowego. Przyczyny niewydolności podniebienno-gardłowej mogą mieć podłoże anatomiczne lub funkcjonalne. Ustalenie przyczyny niewydolności jest wyjątkowo ważne podczas planowania terapii logopedycznej. Jeżeli podczas obserwacji sposobu mówienia dziecka oraz kontroli ucieczki powietrza przez nos podczas wymawiania przez niego ciągów sylab otwartych (np. *pa-pa-pa*, *pi-pi-pi*, *ta-ta-ta* itp.) lub prostych wyrazów utworzonych na podstawie spółgłosek nienosowych i samogłosek nie jesteśmy w stanie ustalić, czy jest to nosowanie nawykowe czy anatomiczne, konieczne jest badanie nasofiberoskopowe. U chłopca upośledzenie pracy zwieracza podniebienno-gardłowego ma charakter nawykowy, co zostało potwierdzone próbami przeprowadzonymi w warunkach gabinetowych⁵ oraz badaniem nasofiberoskopowym, przeprowadzonym przez foniatrę. Eliminowanie zaburzeń rezonansu nosowego w postaci nosowania otwartego stanowi trzon terapii logopedycznej tego dziecka.

Kolejnym czynnikiem negatywnie wpływającym na rozwój mowy oraz rozwój emocjonalny chłopca to pobyty w szpitalu, a także problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktu z rówieśnikami. Z tego powodu konieczne jest wsparcie psychologiczne. W danym przypadku opieką psychologiczną zostało objęte nie tylko dziecko, lecz także jego rodzice.

Dodatkowo u tego dziecka zaobserwowano zaburzenia przetwarzania sensorycznego, które jak wiadomo również wpływają niekorzystnie na jego rozwój psychomotoryczny. Chłopiec od roku uczęszcza na terapię integracji sensorycznej.

Ostatni specjalista, odgrywający istotną rolę w procesie terapeutycznym dziecka, to logopeda. W chwili obecnej w zespole terapeutycznym stanowi naj-

⁵ Sprawdzeniu sprawności podniebienia miękkiego oraz zwania podniebienno-gardłowego posłużyły przede wszystkim próby: 1) wymowa głoski [a] staccato, 2) próba Czermaka (w trakcie wypowiadania przez dziecko sylab *pa*, *ta*, *ba*, badający podsuwa pod nozdrza lusterko i sprawdza, czy nie zaparowuje ono podczas wymawiania przez dziecko dźwięków ustnych, por. Pruszevicz, 1992), 3) próba polegająca na wymawianiu sylab i wyrazów w pozycji leżącej. Ostatnia z prób jest wykorzystywana głównie do ustalenia typu nosowania: strukturalne czy funkcjonalne. Jeżeli w pozycji leżącej pacjentowi udaje się wymówić poszczególne głoski ustne bez poszumu nosowego, oznacza to, że mamy do czynienia z nosowaniem nawykowym.

ważniejsze ogniwo, ponieważ zaburzenia mowy mają znaczny wpływ na rozwój ogólny chłopca i jego edukację przedszkolną.

W dalszej części artykułu skupię się na wybranym fragmencie planu terapeutycznego, a dokładniej na części poświęconej eliminowaniu nosowania otwartego. Zaburzenia rezonansu nosowego są bowiem główną przyczyną zaburzeń artykulacyjnych oraz znacznego obniżenia stopnia zrozumiałości wypowiedzi chłopca. Jak już wspomniałam, w postępowaniu terapeutycznym należy uwzględnić przyczynę niewydolności, gdyż od tego w dużym stopniu zależy dobór ćwiczeń i kolejność ich wprowadzania. Jeżeli niewydolność ma podłoże anatomiczne, to głównym celem terapii będzie przygotowanie dziecka do zabiegu faryngoplastyki⁶, a więc uzyskanie odpowiedniej sprawności mięśni zwieracza podniebienno-gardłowego (głównie elastyczności podniebienia miękkiego), która umożliwi przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego oraz ułatwi usprawnianie mowy po operacji. Terapia przed zabiegiem nie może być nakierowana na wywoływanie bądź korygowanie głosek, gdyż to będzie tylko utrwalalo nieprawidłowe nawyki.

Przy zaburzeniach rezonansu nosowego o podłożu funkcjonalnym, jakie zostało zdiagnozowane u opisywanego dziecka, celem terapii jest przede wszystkim wyeliminowanie nosowania otwartego i uzyskanie prawidłowej artykulacji wszystkich głosek. W procesie terapeutycznym należy uwzględnić kilka etapów. Czas trwania każdego z nich jest trudny do oszacowania, ale jest to proces skomplikowany, trwający czasami kilka lat.

Etap I. Usprawnianie zwarcia podniebienno-gardłowego i kontrolowanie strumienia wydychanego powietrza. Ważną rolę będą wówczas odgrywały ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia podniebienia miękkiego (ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń oporowych), masaż podniebienia miękkiego i języka, ćwiczenia izometryczne oraz w niektórych przypadkach zabiegi elektrostymulacji.

Etap II. Wypracowanie normatywnej realizacji poszczególnych fonemów (ustalenie kolejności deformowanych lub w ogóle niewymawianych przez dziecko głosek, a następnie praca nad każdą z tych głosek w kilku etapach: przygotowawczym, wywoływania/korygowania oraz automatyzacji). Do tego etapu można przejść dopiero po uzyskaniu pełnej kontroli nad wydychanym powietrzem (tj. w momencie, gdy dziecko będzie potrafiło wypuszczać powietrze ustami bez jednoczesnej ucieczki powietrza nosem). Eliminowanie parafunkcji i współruchów mimicznych (głównie poprzez masaż twarzy).

⁶ Najczęściej stosuje się w tego typu przypadkach zabieg faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany gardła, zwany też faryngofiksacją, podczas którego wytworzone zostaje sztuczne połączenie pomiędzy tylną ścianą gardła a podniebieniem miękkim. Innym typem powszechnie stosowanej faryngoplastyki jest faryngoplastyka zwieraczowa, polegająca na operacyjnym ściśnięciu gardła górnego (por. Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2005, s. 99; Wójcicki, 2004, s. 1184–1185).

Etap III. Poprawa jakości dłuższych wypowiedzi (automatyzacja skorygowanych i wywołanych dźwięków oraz praca nad wymową wyrazów o bardziej skomplikowanej budowie fonetycznej, poprawa stopnia zrozumiałości wypowiedzi dziecka).

Warto podkreślić, że w przypadku dzieci z niewydolnością funkcjonalną, u których terapia logopedyczna nie przynosi odpowiednich efektów lub efekty są niewspółmierne do nakładu pracy, lub też terapia trwa bardzo długo, warto uwzględnić konsultację foniatryczną i chirurgiczną w celu rozważenia wykonania zabiegu faryngoplastyki, co mogłoby znacznie przyspieszyć usprawnianie mowy. W tego typu przypadkach logopeda odgrywa istotną rolę w procesie kwalifikowania dziecka na zabieg.

Podsumowanie

W leczeniu i usprawnianiu dziecka z zespołem van der Woude bierze udział wielu specjalistów i każdy z nich ma tak samo ważne zadanie. W omawianym przypadku istotną rolę odegrali i nadal odgrywają: chirurg, ortodonta, foniatra, laryngolog, psycholog, terapeuta SI i logopeda. Chciałabym podkreślić, że bardzo ważny jest przepływ informacji pomiędzy tymi specjalistami, gdyż od niego w dużym stopniu zależy sukces w usprawnianiu rozwoju dziecka. W stymulowaniu rozwoju mowy i usprawnianiu zaburzeń kluczowe znaczenie w danym przypadku miała współpraca logopedy z foniatrą. Informacje na temat budowy i sprawności zwieracza podniebiennie-gardłowego, odpowiadającego za rezonans nosowy głosek, zdecydowały w dużym stopniu o sposobie postępowania logopedycznego. Istotne okazały się wskazówki psychologa, zwłaszcza w początkowym okresie terapii, gdy dziecko komunikowało się werbalnie, a także zalecenia terapeuty SI podczas odwracania uwagi dziecka i stymulowania funkcji pokarmowych. Chłopca czeka jeszcze długa terapia logopedyczna, której efektu końcowego nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jednak rokowania są dobre ze względu na poczynione przez dziecko postępy, zaangażowanie wielu specjalistów, jak również rodziców w proces terapeutyczny.

Bibliografia

- Bardach J. (1967), *Rozszczep wargi górnej i podniebienia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Chwatcew M. E. (1959; wyd. 2 – 2009), *Rinolalia*, [w:] *Logopedija*, t. 1, red. R. I. Łalajewa, S. N. Szachowskaja, Gosudarstwennoje Učebno-Pedagogičeskoe Izdatielstwo Ministierstwa Proswieszcznija RSFSR, Moskwa, s. 206–245.
- Emiluta-Roży D. (2008), *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży*, [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa, s. 25–36.

- Hortis-Dzierzbicka M. A. (2004), *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebiennie-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*, Borgis, Warszawa.
- Hortis-Dzierzbicka M. A., Dudkiewicz Z., Stecko E. (2005), *Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 96–99.
- Jastrzębowska G., Kukuła M. (1999), *Zaburzenia mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, [w:] *Logopedia*, red. T. Galkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 191–201.
- Kopala W., Rudzki P. (2012), *Ocena przydatności nasofibrolaryngoskopii w diagnostyce patologii górnych dróg oddechowych u dzieci*, „Nowa Pediatria”, nr 2, s. 23–27.
- Lam A. K., David D. J., Townsend G. C., Anderson P. J. (2010), *Van der Woude syndrome: dentofacial features and implications for clinical practice*, „Australian Dental Journal”, t. 55, s. 51–58.
- Pluta-Wojciechowska D. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, t. 37, s. 175–206.
- Pluta-Wojciechowska D. (2011), *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska D. (2015), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 727–779.
- Pluta-Wojciechowska D. (2016), *Wczesna interwencja logopedyczna w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Harmonia, Gdańsk, s. 309–335.
- Pruszevicz A. (red.) (1992), *Foniatryka kliniczna*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Rizos M., Spyropoulos M. N. (2004), *Van der Woude syndrome: a review. Cardinal signs, epidemiology, associated features, differential diagnosis, expressivity, genetic counselling and treatment*, „European Journal of Orthodontics”, 26 (1), s. 17–24.
- Siudzińska N. (2017a), *Zaburzenia rezonansu nosowego u dzieci z rozszczepem podniebienia miękkiego*, [w:] *Język – umysł – ciało. Zaburzenia komunikacji językowej o różnym podłożu*, red. E. Boksa, A. Rosińska-Mamej, J. Senderska, Wydawnictwo KTN, Kielce, s. 111–121.
- Siudzińska N. (2017b), *Zasady postępowania logopedycznego w przypadku dziecka z rozszczepem podniebienia i wargi*, „Poradnik Językowy”, nr 6, s. 27–38.
- Siudzińska N. (2019), *Planowanie terapii logopedycznej dziecka z nosowaniem otwartym*, „Poradnik Językowy” nr 2, s. 66–82.
- Siudzińska N., Radkowska E. (2016), *Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki*, „Studia Pragmalingwistyczne”, nr 8, s. 63–73.
- Stecko E., Hortis-Dzierzbicka M. A. (2005), *Rozwój systemu fonetycznego u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 45–50.
- Suda N., Takada J., Ohya K. (2005), *Orthodontic treatment in a patient with Van der Woude syndrome*, „American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics”, 129, s. 696–705.

- Szeląg J., Paradowska A., Mikulewicz M. (2008), *Zespół van der Woude – przegląd piśmiennictwa*, „Dental and Medical Problems”, 45, 4, s. 447–449.
- Tan E. C., Lim E. C., Lee S. T. (2013), *De novo 2.3 Mb microdeletion of 1q32.2 involving the Van der Woude Syndrome locus*, „Molecular Cytogenetics”, 6, s. 31, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751720/> (dostęp: 18.09.2019).
- Wang X., Liu J., Zhang H., Xiao M., Li J., Yang C., Lin X., Wu Z., Hu L., Kong X. (2003), *Novel mutations in the IRF6 gene for Van der Woude syndrome*, „Human Genetics”, Oct. 113 (5), s. 382–386, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00439-003-0989-2> (dostęp: 18.09.2019).
- Wójcicki P. (2004), *Leczenie chirurgiczne niewydolności podniebiennie-gardłowej u chorych z rozszczepami podniebienia*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, t. 74, nr 11, s. 1180–1193.
- Wójcicki P., Kobus K., Wójcicka K. (2007), *Van der Woude Syndrome*, „Dental and Medical Problems”, 44, s. 18–21.
- Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka M. A. (2005), *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 54–79.

Summary

The article presents the course of the treatment and improving the treatment of the four-year old boy born with Van der Woude syndrome. The combination of the congenital defects that occur in this particular case of the syndrome are the complete cleft lip, alveolus and palate, salivary fistula on the bottom lip and considerable shortening of the tongue frenulum. Anatomical malformations in the child's facial skeleton disturbed the development of the child's speech, which in turn influenced his general development. Many years' process of the boy's treatment engages various specialists where each of them has played an important role. The crucial roles have been of a surgeon, an orthodontist, a phoniatriest, a laryngologist, a psychologist and a speech therapist. Coordinated cooperation of those specialists facilitates planning and implementing the adequate treatment and speech therapy forms. The progress the child has made proves that the treatment has been right and effective and that in this case the multi-specialist proceedings are necessary.