

комунікативної діяльності як простору співбуття залежить від суб'єкт-суб'єктної орієнтації дитини із ЗПР у відносинах з буттєвими просторами інших людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Барабанщиков В.А. Коммуникативное измерение познавательных процессов / В.А. Барабанщиков // Психология человека в современном мире. Том 1. / Ответственные редакторы: А.Л. Журавлев, В.А. Барабанщиков, М.И. Воловикова. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – С. 20–38.
2. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии – 1978. – №4. – С. 30–34.
3. Петровский А.В. Теоретическая психология / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М. : Издательский центр „Академия”, 2003. – 496 с.
4. Психология личности. Учебное пособие / под ред. проф. П.Н. Ермакова, проф. В.А. Лабунской. — М. : Эксмо, 2007 – 653[3] с. – (Образовательный стандарт).
5. Субботский Е.В. Строящееся сознание / Е.В. Субботский. – М. : Смысл, 2007. – 423 с.
6. Седов К.Ф. Онтопсихоллингвистика: становление коммуникативной компетенции человека / К.Ф. Седов. – М. : Лабиринт, 2008. – 320 с.

УДК 376 -056.264:616.22

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ГОЛОСУ У ДІТЕЙ

Осадча Т.М.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

У статті розглянуті основні етіопатогенетичні аспекти, які призводять до порушень голосу у дітей.

В статье рассматриваются основные этиопатогенетические аспекты, которые приводят к нарушению голоса у детей.

In the article considered basic etiopatogenetic aspects which result in violations of voice for children.

Ключові слова: порушення голосу, органічні порушення, функціональні порушення, профілактика порушень, комплексний підхід.

Ключевые слова: нарушение голоса, органические нарушения, функциональные нарушения, профилактика нарушений, комплексный подход.

Key words: violation of voice, organic violations, functional violations, prophylaxis violations, complex approach.

Однією з актуальних проблем в логопедії є порушення голосу у дітей.

Порушення голосу частіше зустрічаються в дитячому віці. Але цій проблемі протягом багатьох років приділялось недостатньо уваги. Дані вітчизняних та зарубіжних авторів про частоту, етіологію, клінічну картину дисфоній у дітей дошкільного та шкільного віку малочисленні та суперечливі і залишаються актуальною проблемою для подальшого вивчення[1]. Якщо в 70 -х роках порушення голосу виявлялось у 0.2-10% дітей, то в сучасних роботах частота порушення голосу зростає від 1% - до 41%. Згідно одних авторів у дітей частіше діагностуються органічні порушення голосу, інші автори вважають, що найбільше зустрічаються функціональні порушення голосу. Солдатський Ю.Л. та співавтори наголошують, що вищезгадана проблема залишається недостатньо вивченою в отоларингології і логопедії. Це пов'язане не тільки з технічними складностями огляду гортані у дітей, але й з дефіцитом знань по даній проблемі як у лікарів, так і у батьків, вчителів, логопедів і вчителів співу. Часто діти з захриплістю голосу залишаються без уваги спеціалістів. До встановлення діагнозу можуть пройти роки і це може призвести до того, що функціональні розлади переходять в органічні [5].

Серед порушень голосу питому вагу займають органічні порушення у дітей, але ця проблема недостатньо вивчена вченими світу, це стосується і України. Дитяча фоніатрична служба, як так, взагалі була відсутня. Це не дозволяло в повному обсязі виявити частоту захворювань гортані і голосоутворюючого апарату у дітей, а тим більше надати їм належну логопедичну допомогу.

На сьогоднішній день на Україні існує кафедра дитячої оториноларингології, аудіології і фоніатрії

НМАПО імені П.Л.Шупика і вона є центром лікування хронічних рубцевих стенозів гортані та шийного відділу трахеї у дітей. На світовому рівні ці проблеми теж є актуальними. У Відні існує Міжнародна асоціація логопедів і фоніатрів. В двох центрах - Берліні і Відні формуються дві основні фоніатричні школи: берлінська, так звана школа органіків, та віденська (школа психологів)[6].

За даними Гаращенко Т.І., і Радциг Е.Ю., організація даної служби для дитячого контингенту в умовах амбулаторно-поліклінічної ланки є першочерговим завданням у виявленні розповсюдженості патології голосу у повному обсязі (ендоскопічне дослідження, акустичний аналіз голосу), організація первинного лікування (включаючи фонопедичну корекцію), реабілітація в післяопераційному періоді і проведення профілактичних заходів[8].

Причини розладів голосу дуже різноманітні: захворювання і травматичні ушкодження гортані та голосових зв'язок; порушення резонаторної системи; хвороби органів дихання; захворювання серця і серцево-судинної системи; ендокринні розлади, зокрема, захворювання щитовидної залози; порушення слуху в результаті чого відсутній або недостатній слуховий контроль мовлення; тривале куріння; систематичне вживання алкоголю; вплив отрутохімікатів; часте перебування у запилених приміщеннях; систематичне перенапруження голосу, особливо при неправильному користуванні ним; різкі температурні коливання, зокрема, вживання гарячої чи холодної води; психічні травми.

Зазначені етіологічні чинники призводять до органічних і функціональних порушень голосу, між ними буває важко провести чітку межу, тому такий поділ дещо умовний.

До органічних порушень відносять ті, які викликають зміну анатомічної будови голосового апарату в його периферичному або центральному відділах.

До периферичних органічних розладів голосу належать порушення голосу, пов'язані з патологоанатомічними змінами в гортані, надставній трубці, а також через зниження слуху.

У периферичному відділі голосоутворюючого апарату найчастіше спостерігаються такі аномалії, як: "співочі вузлики", тобто невеликі випинання на голосових зв'язках, перешкоджають щільному їх змиканню, утворення таких вузликів найчастіше буває пов'язано з перенапругою, перевтомою голосу; папіломи - це новоутворення у вигляді "кольорової капусти", поширюються не тільки на областях самих зв'язок, але і на інші відділи гортані, так званий папіломатоз гортані, після видалення яких, як правило, залишаються рубці, які також перешкоджають нормальному голосоутворенню; пухлини гортані і голосових зв'язок; стеноз (звуження просвіту) гортані як результат перенесеного дифтериту, а також наслідок опіку, поранення або будь-якої іншої травми чи операційних втручань на гортані; часткове або повне видалення гортані в зв'язку із злоякісними новоутвореннями; розщелини м'якого й твердого піднебіння, які порушують нормальну взаємодію ротового і носового резонаторів.

У зв'язку з анатомічними змінами в гортані та голосових складках виникає афонія чи дисфонія органічного походження.

Функціональними порушеннями голосу займаються багато вчених, такі як Шидловська Т.А., Тринос В.А., Тринос Л.А., Покотиленко О.О., Орлова О.С і написано багато наукових робіт присвячених цій темі.

Серед найбільш розповсюджених причин, що призводять до органічних порушень голосу у дітей є хронічний рубцевий стеноз гортані.

Хронічний рубцевий стеноз гортані і трахеї є тяжким інвалідизуючим захворюванням, що супроводжується утрудненням або повним виключенням дихальної і голосоутворюючої функції гортані, що особливо негативно позначається на стані дитячого організму, оскільки є причиною порушення фізичного і психічного розвитку дитини. Частіше рубцевим стенозом страждають діти у віці від 1 до 6 років (63,1%). Серед пацієнтів переважають особи чоловічої статі 69,2%[4]. За даними російських авторів з 1995 по 2009 р.р. на лікуванні знаходилось 152 пацієнта з різними видами рубцевої обструкції гортані. В структурі захворювань у дітей з хронічною обструкцією гортані рубцеві стенози склали 33% [2].

Причини, які ведуть до вищезгаданої патології у дітей, наступні: подовжена інтубація гортані і трахеї - 78,5%, трахеостомія - 6,1%, верхня бронхоскопія за наявності природжених аномалій розвитку - 4,6%, багаторазові оперативні втручання у разі папіломатозу гортані - 10,8% випадків[4]. Частіше рубцевий стеноз гортані виникає після подовженої ендотрахеальної інтубації. Згідно даних Радциг Е.Ю. ведучою причиною рубцевих стенозів гортані є подовжена інтубація гортані. Різні автори мають свої погляди з приводу того, скільки часу хворий має знаходитись на ШВЛ, щоб у подальшому розвинувся хронічний рубцевий стеноз гортані.

Мітін Ю.В., вважає, що при правильному догляді і контролі за гортанню подовжена інтубація може тривати 10 днів і більше. Луцький І.М., Чистякова В.Р., вважають, що подовжену інтубацію слід скоротити до 6 днів у дітей старшого віку і до 4 діб - у дітей молодшого. Євдощенко О.А., відмітила, що тривалість інтубації не повинна перевищувати 3 доби. Косаковський А.Л., теж вважає, що інтубація не повинна перевищувати 3 доби, а потім її необхідно замінити трахеостомією. Водолазов С.Ю., відмітив, що на 3-4 день після інтубації у пацієнтів

вже мало місце формування грубого рубцевого процесу.

Завдяки сучасним методам анестезіологічної допомоги за останні роки зменшилась кількість захворювання на хронічний рубцевий стеноз гортані і трахеї у дітей в Україні. Прикладом же зразкового проведення профілактики даного захворювання є Канада, де практично не зустрічається рубцевий стеноз гортані і трахеї після подовженої інтубації, трахеостомії, видалення папілом гортані та інших хірургічних маніпуляцій[6].

Своєчасна профілактика, яка заключається у правильному атравматичному введенні в гортань і трахею та підборі згідно віку розміру інтубаційної трубки, запобігає виникненню хронічних рубцевих стенозів гортані і трахеї.

На другому місці, щодо етіології ХРСГ, є папіломатоз гортані. Рецидивуючий респіраторний папіломатоз - це найбільш розповсюджена доброякісна пухлина верхніх дихальних шляхів. Папіломи гортані зустрічаються у дітей віком від 1 до 14 років[6]. На думку Цветкової Е.А. (2009) показники захворюваності дітей на папіломатоз залишаються протягом тривалого часу стабільними і складають велику соціальну, медичну і педагогічну проблему. Частота респіраторного папіломатозу у дітей в США - 4,3 на 1000000 дітей (Derkey C.S.1995), в Данії - 3,6 на 1000000 дітей (Derkey 2001).

Лайко А.А. вважає, що за 1992-1999р.р. кількість дітей з папіломатозом гортані зросла на 24.7%. Після видалення папілом у 25%-30% пацієнтів формується рубцевий стеноз гортані, як наслідок - стійкі порушення голосу. Основною скаргою при хронічному рубцевому стенозі гортані і трахеї є утруднення або повна неможливість дихання через природні дихальні шляхи, порушення голосу та наявність в більшості випадків канюленосійства. Голос може зберігатися нормальним, мати різний ступінь захриплості або зовсім зникати, що має місце при повному заростанні гортані чи трахеї рубцевою тканиною. Вищезгадана симптоматика залежить від ступеня вираження стенозу і локалізації патологічного процесу, наявності чи відсутності трахеостоми. При локалізації рубцевого процесу в підголосовій порожнині голос може бути повністю збережений навіть при різкому звуженні просвіту гортані, в той час при локалізації рубців в голосовій щілині можна спостерігати виражену захриплість при достатньому просвіті гортані для компенсованого дихання.

Пацієнти з хронічним рубцевим стенозом гортані, як правило, є канюленосіями. При цьому виключаються функції гортані, а саме дихальна, голосоутворююча, змінюється архітектоніка гортані і трахеї, порушується аеродинаміка, рефлекторні зв'язки з різними органами і системами, що призводить до тяжкої інвалідизації хворих[4].

Нові методики лікування хронічних рубцевих стенозів гортані і трахеї, а саме: впровадження в практику лікування хронічних рубцевих стенозів у дітей аплікаційних сорбентів, контроль розташування дилататора в гортані за допомогою ультразвукового сканування, нові способи хірургічного лікування даної патології, застосування внутрішньо тканинного фонофорезу лікарських речовин та інше - це запорука покращення реабілітаційної роботи і позитивної динаміки відновлення голосу у дітей[4].

Мінін Ю.В. теж вважає, що ефективність і строки реабілітації хворих залежать від раціональної лікувальної тактики.

Лікування вищезгаданої патології є довготривалою і кропіткою роботою. Завдяки висококваліфікованій отоларингологічній допомозі позитивна динаміка спостерігається у багатьох дітей. Що стосується реабілітаційної, а саме логопедичної, фоніатричної та психологічної допомоги дітям, це питання залишається відкритим і актуальним на сьогоднішній день.

Реабілітаційна програма складається для кожної дитини індивідуально, враховуючи комплексну оцінку стану голосового апарату, комунікативні і психологічні можливості. Питання методики відновлення голосу розроблені Лавровою Є.В., Таптаповою С.Л., Орловою О.С., та іншими. Корекційно-логопедична робота будується диференційовано в залежності від патологічних проявів кожного типу голосового розладу. Однак початковою ланкою завжди є психотерапевтична бесіда, основна мета якої - переконати дитину в можливості відновлення голосу, встановити з нею контакт, включити її в активну роботу, роз'яснивши мету і завдання корекції.

При стенозах гортані порушується сумісна діяльність голосової, дихальної і артикуляційних функцій. Комплексний метод постановки голосу допомагає налагодити координацію роботи цих систем. Тому метою цього методу є навчити і закріпити правильні голосомовні навички і налагодити порушену рівновагу між всіма відділами голосового апарату, який приймає участь у голосоутворенні. Саме сумісна логопедична, лікувальна і психологічна робота - це запорука одержання позитивних результатів в корекційній роботі з дітьми.

Отже, порушення голосу у дітей органічного генезу залишається актуальною проблемою і потребує подальшого вивчення та покращення реабілітаційної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Василенко Ю.С. Дисфонии у детей и подростков//10з'їзд оториноларингологів України-22-25 травня - 2005.- С.175
2. Водолазов С.Ю. Опыт лечения рубцовых гортанно-трахеальных стенозов у детей// Вестник оториноларингологии -2011.- №3-С.81-82
3. Гаращенко Т.И. Радциг Е.Ю. Организация работы фониатрического эндоскопического кабинета в условиях детской поликлиники.//10з'їзд оториноларингологів України 22-25 травня -2005- С.176-177
4. Косаковський А.Л. Етіологія, клініка, діагностика, лікування і профілактика хронічного рубцевого стенозу гортані і трахеї у дітей.- Київ-1998.-152с.
5. Солдатский Ю.Л., Сорокина Т.А. и соавт. Структура охриплости в детском возрасте// Вестник оториноларингологии.- МедиаСфера Москва, 2010.-№2.- С.28.
6. Шидловська Т.Л. Функціональні порушення голосу. - Київ-логос-2011.- 523с.

УДК: 376

ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ СВЯЗНОЙ РЕЧЬЮ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Парфенова А.И.

Институт коррекционной педагогики и психологии
НПУ имени М.П.Драгоманова

У статті розглянуті питання онтогенезу мовного розвитку дітей старшого дошкільного віку у нормі та при патології.

В статье рассмотрены вопросы онтогенеза речевого развития детей старшего дошкольного возраста в норме и патологии.

The article is devoted issues ontogenesis of speech development of children in health and disease.

Ключові слова: діти, з мовленнєвими порушеннями, розвиток мовлення, моторна алалія, старший дошкільний вік.

Ключевые слова: дети с речевыми нарушениями, развитие речи, моторная алалия, старший дошкольный возраст.

Key words: children with speech impairments, speech development, motor alalia, preschool age.

Современное состояние проблемы изучения нарушений речи и определения путей их коррекции у детей дошкольного возраста с моторной алалией определяется общей направленностью комплекса лингвистических, психолого-педагогических и психолингвистических исследований. Поиски конкретных путей совершенствования методов коррекционной работы, требуют выявления у детей закономерностей становления обобщенных знаний, определение уровня сформированности элементарных морфологических и синтаксических представлений.

На современном этапе развития логопедической науки и практики не вызывает сомнения значительная роль в процессе зарождения речи не только генетических возможностей ребенка (его биологических особенностей), но и факторов внешнего воздействия, проявляемых в регулярном общении со взрослыми. Их тесная взаимосвязь наиболее отчетливо проявляется на модели сложной речевой патологии, под которой принято подразумевать моторную алалию.

По мнению В. А.Ковшикова [4], в основе речевой патологии при алалии лежат несформированность языковых операций производства высказывания, нарушение организации глубинных синтаксических структур, трудности отбора слов, организации словосочетаний, речевых действий, лежащих в основе построения отдельных высказываний и целого текста.

Специфика становления речи у детей изучаемого контингента находит отражение и в исследованиях связной речи как высшей формы речевой активности (В.К.Воробьева [1]).

Рассматривая речевые процессы во взаимосвязи с психическими функциями, Г.С.Гуменная [5] выделяет особые типы детей с нарушением речи, у которых речевые расстройства сочетаются с уровнем сформированности познавательных и мнестических процессов.

Однако, по мнению исследователей (Л.С.Выготского [2] и др.), речь в своем становлении проходит ряд этапов, одинаковых как для нормально развивающегося ребенка, так и для его сверстников с речевой патологией.

Положение А.Р.Лурия [6] о формировании языкового развития в процессе активной деятельности