

- узнавание предмета по его контуру;
  - узнавание перечеркнутых изображений;
  - выделение изображений наложенных друг на друга;
  - упражнений типа "Что забыл нарисовать художник?";
  - конструирование фигур по памяти;
  - нахождение букв в геометрических фигурах;
  - конструирование и реконструкция.
- Развитие зрительной памяти:
- запоминание 4-5-картин;
  - запоминание 4-5 картин с последующим их нахождением среди других 8-10;
  - расположение картин и предметов в заданной последовательности;
  - игры типа "Чего не стало?" и т.д.
- Затруднения формирования графо-моторных навыков у детей часто обусловлены трудностями динамической и кинетической организации движения. При формировании графо-моторных навыков используем следующие виды работ:
- пальчиковая гимнастика;
  - мозаики;

- мелкие конструкторы;
- аппликации из конфетти, различных зерен;
- копирование, раскраски и т.д.

Для детей с неправильным захватом карандаша применяем работу с пипетками, резиновыми грушами и т.п. С успехом применяем приспособление «помощник для письма» - для увеличения поверхности сцепления пальцев с карандашом.

Все виды коррекционного воздействия мы стараемся осуществить в рамках часов, отпущенных на эти цели программой. Мы понимаем, что не следует часами удерживать детей на занятиях, что важнейшие предпосылки, необходимые для успешного обучения детей в школе (в частности, умение следовать правилам, а не образцу) формируется в недрах ведущей для дошкольников игровой деятельности, которую Д.Б.Эльконин считал «школой произвольности».

Своевременно начатая, адекватная и проведенная в полном объеме работа позволяет детям с проблемами развития справиться с имеющимися трудностями и успешно обучаться в школе.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

- 1.Ефименкова Л.Н. Коррекция устной и письменной речи у учащихся начальных классов. – М.: Просвещение, 1991. – 224 с.
- 2.Левина Р.Е. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. – М., 1961. – 310 с.
- 3.Милостивенко Л.Г. Методические рекомендации по предупреждению ошибок чтения и письма у детей: Из опыта работы: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: Стройлеспечат, 1996. – 64 с.
- 4.Садовникова, И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников – М.: ВЛАДОС, 1997. – 256 с.

УДК: 376. 36

### ПРОБЛЕМА ОРОФАРИНГІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

**Зарицька А.В.**

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

*У статті розглядається проблема порушення функції ковтання в гострій стадії мозкового інсульту, визначаються напрямки комплексної корекції дисфагії.*

*В статье рассматривается проблема нарушения функции глотания в острой стадии мозгового инсульта, определяются направления комплексной коррекции дисфагии.*

*The problem of parafunction swallowing in the sharp stage of cerebral stroke is examined in the article, directions of complex correction of odynophagia are determined.*

*Ключові слова: мозковий інсульт, ковтання, дисфагія, комплексна корекція.*

*Ключевые слова: мозговой инсульт, глотание, дисфагия, комплексная коррекция.*

*Key words: cerebral stroke, swallowing, odynophagia, complex correction.*

За даними ВОЗ Україна посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності, інвалідизації та смертності від інсульту. Як зазначив президент ВГО «Українська асоціація боротьби з інсультом» професор Микола Поліщук (2012), в Україні щороку трапляється 100–110 тис. інсультів, причому понад третина з них – у людей працездатного віку; 30–40% хворих помирають впродовж першого місяця і до 50% – впродовж 1 року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності), і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя. Це створює велике навантаження на систему охорони здоров'я, соціального забезпечення, економіку та суспільство загалом.

З огляду на наведену статистику, удосконалення стратегії лікування та реабілітації хворих, що перенесли інсульт, є актуальною проблемою сьогодення, вирішенням якої покликані опікуватись фахівці медичної, соціальної, педагогічної та інших наукових галузей. Особливої уваги потребує удосконалення та розробка нових методів лікування, корекції та відновлення порушених функцій організму, обумовлених мозковим інсультом.

В клінічній неврологічній практиці гостро постає проблема корекції одного із тяжких неврологічних порушень - дисфункції навичок ковтання - дисфагії. За даними різних авторів (С.М.Віннічук, А.А.Волосовец, О.В.Камаєва, О.М.Коротенко, С.П.Маркін, І.В.Дамулін та ін.), в гострій стадії інсульту на дисфагію страждає від 25 до 65% хворих,

що негативно впливає на якість їх життя та динаміку одужання. Варіабельність даних залежить від характеру та часу проведення досліджень щодо виявлення дисфункції ковтання.

Як зауважує доктор медичних наук, професор С.М.Віннічук (2008), дисфагія може стати причиною зневоження організму, порушення енергетичного обміну, кахексії, а в разі потрапляння їжі в дихальні шляхи - призвести до тяжких ускладнень у вигляді бронхопневмонії. У більше, ніж 20% випадків постінсультна дисфагія є причиною смерті хворого [1].

Згідно рекомендацій Європейської ініціативи по профілактиці та лікуванню інсульту (EUSI, 2003) перевірка функції ковтання у пацієнтів, що перенесли інсульт, є обов'язковою у протоколі курації хворого, а корекція дисфагії та забезпечення адекватного харчування є невід'ємною складовою базисного лікування інсульту.

Комплексний підхід до корекції дисфункції ковтання закріплений уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з ішемічним інсультом.

В даному документі зазначено, що логопед має провести клінічну оцінку навичок ковтання та визначити рівень порушення. Однак, як відмічено в рекомендаціях щодо реабілітації, профілактики та лікування ускладнень при ішемічному інсульті, на сьогоднішній день немає достатньо даних щодо специфічного лікування порушень ковтання.

Лікарі-неврологи (С.М.Віннічук, Т.М.Міщенко та ін.) відзначають, що

неврологічні та нейром'язові розлади, які призводять до появи дисфагії, у край рідко можуть бути вилікувані за допомогою лікарських засобів або хірургічної операції. Тому виступає актуальною потреба у розробці стратегії комплексної корекції, яка має проводитись усіма членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди: лікарем, середнім медичним персоналом, фахівцем з питань реабілітації, логопедом, масажистом та ін.

Дана проблема є не менш актуальною в практиці логопеда-афазіолога, оскільки торкається питань корекції орофарингіальної недостатності, що проявляється у вигляді орально-артикуляційної апраксії у хворих з дизартрією та моторними формами афазії.

В межах дослідження особливостей відновлення комунікативної функції у хворих з моторною афазією нами було висунуто гіпотезу про те, що для оптимізації відновлювально-реабілітаційної роботи з зазначеним контингентом хворих важливе значення має корекція порушень навичок ковтання в гострій стадії інсульту. Таке припущення пов'язане з тим, що застосування адекватних методів та прийомів стимуляції артикуляційних м'язів та кіркових рухових центрів з метою усунення дисфункції ковтання неодмінно призведуть до покращення нейродинамічних процесів та корекції нейром'язових розладів, якими обумовлена орально-артикуляційна апраксія при моторній афазії. Ранній початок нейрореабілітаційних заходів сприятиме покращенню процесів нейрорегуляції та контролю в корі головного мозку, що має вирішальне значення для відновлення мовленнєвих функцій.

Ми провели вивчення патофізіологічної симптоматики при порушеннях функції ковтання внаслідок ішемічного інсульту, прийомів дослідження та методів корекції дисфагії, визначили

напрямки комплексного відновлення функції ковтання.

Для розробки стратегії корекції дисфагії необхідне чітке розуміння фізіологічних основ акту ковтання. Як зазначає Г.Ф.Коротько (2007), ковтання – це складний рефлекторний акт, при якому в результаті скорочення одних і розслаблення інших м'язів їжа переводиться з ротової порожнини у стравохід, а потім у шлунок [4].

В результаті вивчення спеціальної літератури ми з'ясували, що ковтальний рефлекс у людини виникає при роздратуванні закладених в слизовій оболонці м'якого піднебіння чутливих закінчень трійчастого нерва, верхніх і нижніх горлових та язико-глоткового нервів. Центр ковтання знаходиться в довгастому мозку на дні четвертого шлуночку. Під час акту ковтання початкова рефлекторна реакція є сигналом для включення наступних рефлексів. Механізм ковтання реалізується за допомогою нейронного ланцюга, який утворює рефлекторну дугу: чутливі волокна IX і X пари черепномозкових нервів → чутливе ядро одиночного шляху (*n. tractus solitarius*) → перемикання на еферентні шляхи → рухове подвійне ядро (*n. ambiguus*) → рухові волокна IX і X пари черепномозкових нервів.

Акт ковтання поділяється на три взаємопов'язані фази: I - оральну (довільну), II - глоткову (мимовільну) і III - стравохідну (мимовільну). Довільна регуляція акту ковтання забезпечується білатеральним супрануклеарним впливом кіркових центрів ковтання, які локалізуються в передцентральному звивині, премоторній корі, лобно-тім'яній частині покривки і в передній частині острівця (*insula*). Найбільш важливим центром, який ініціює увесь ковтальний процес, вважають ділянку кори, розташовану попереду від зони кіркової іннервації руки в руховій корі (S.k. Daniels і соавт., 1999). Стволові центри ковтання локалізуються в дорсолатеральній частині довгастого мозку і представлені вже

згаданими ядрами – n. tractus solitarius і n. ambiguus, а також ретикулярною формацією стволу мозку, яка здійснює інтеграційну функцію, пов'язуючи центри ковтання в єдину систему.

Перша фаза ковтання - оральна - здійснюється довільно. В ротовій порожнині рухом щік і язика грудка прожованої їжі (болюс) проштовхується в глотку і відбувається мимовільне ковтання - глоткова фаза. Як тільки болюс потрапляє на спинку язика, починається рефлекторне скорочення дужок м'якого піднебіння і кореня язика, замикання носоглоткового простору, закриття входу в гортань надгортаником — все це призводить до того, що харчова грудка проштовхується в отвір стравоходу, перистальтичні рухи якого забезпечують її подальше проходження – стравохідна фаза. Ковтання закінчується послабленням м'язового затвору і входу в шлунок. Рідина просувається стравоходом під впливом створеного в глотці тиску і власної ваги.

В клінічній практиці методи попередження ускладнень та відновлення нормального ковтання поділяються на прямі та непрямі.

До прямих методів О.В.Камаєва (2003) відносить оптимізацію положення пацієнта під час прийому їжі, модифікацію консистенції їжі та напоїв, альтернативні методи харчування.

До непрямих методів належать вправи для м'язів, що беруть участь у ковтанні, на покращення їх координації та сили; стимуляція структур ротової порожнини та глотки - електростимуляція (крізьшкірна та внутрішньоглоткова) та термальна тактильна стимуляція; транскраніальна магнітна стимуляція мозкових ділянок моторної проєкційної зони органів ротової порожнини та глотки [2].

В світовій медичній практиці використовується велика різноманітність тестів на перевірку функції ковтання. Деякі з них: Massey Bedside Swallow Screen (2002);

Timed Test of Swallowing and Questionnaire (1998); Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia (STAND) (2007); Standardized Swallowing Assessment (SSA) (1993, 1996, 1997; 2001); Gugging Swallowing Screen (GSS) (2007); Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©) (2009).

Відповідно до рекомендацій щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою згідно наказу МОЗ № 602 від 03.08.2012, первинний скринінг дисфагії за допомогою зазначених тестів проводиться медсестрою біля ліжка пацієнта і полягає в оцінці рівня свідомості пацієнта і його можливості взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (пацієнт здатний сидіти в вертикальному положенні – за підтримки чи самостійно). Порушення свідомості і постурального контролю унеможливають подальший скринінг, а пацієнт має вигодуватися не пероральним шляхом до наступного скринінгу.

Якщо пацієнт здатний активно брати участь в обстеженні і може за підтримки знаходитись сидячи в вертикальному положенні, процедура також має включати: спостереження за гігієною ротової порожнини, за контролем оральної секреції, за проявами порушень рото-глоткової фази ковтання (задуха, кашель, «вологий» голос тощо); оцінку якості голосу пацієнта, функції м'язів ротової порожнини, чутливості ротової порожнини та начальних відділів глотки, і здатність кашляти; за необхідності (для перевірки аспіраційного ризику) - тести водою для перевірки функції ковтання.

Останній полягає в тому, що пацієнту пропонують випити по-черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду із склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури.

Якщо під час скринінгу виявлено будь-які порушення, то подальшу повну

клінічну оцінку ковтання здійснює фахівець – логопед. Таке обстеження має на меті уточнення характеру (яка саме фаза ковтання порушена і чому) та важкості порушень. Воно містить детальний контроль фаз ковтання, руховий та чутливий статус органів ротової порожнини, аналіз даних анамнезу тощо.

За результатами клінічної оцінки може бути призначено додаткове інструментальне обстеження – відео-флюороскопічна оцінка ковтання та/чи фіброоптичне ендоскопічне дослідження ковтання.

Якщо повна оцінка ковтання виявила високий ризик аспірації чи неможливість задоволення потреб у харчуванні *per os* (через рот), то хворим показане ентеральне годування. Рекомендована рання постановка назогастрального зонду (впродовж перших 48 годин з моменту виникнення інсульту).

Якщо дисфагія виражена і триватиме більше 6 тижнів, може бути показана гастростома чи єностома, проте, вони не рекомендовані в перші 2 тижні після виникнення інсульту.

Пацієнти з дисфагією повинні проходити щоденний моніторинг впродовж перших двох тижнів після виникнення інсульту для визначення покращання чи повного відновлення ковтання, далі оцінка порушень ковтання має проводитись кожні 2-3 місяці впродовж першого року, потім – кожні 6 місяців [3].

Нами було проведено обстеження 20 хворих, що перенесли інсульт та мали дисфагію в гострій стадії захворювання.

В результаті скринінгу, проведеного медсестрою, було виявлено порушення навичок ковтання, що проявлялись у вигляді кашлю під час або після ковтання, «вологого» або зміненого голосу після ковтання води, повільного витікання води з рота, випадіння їжі з рота або її накопичення в ротовій порожнині, порушення фарингіального ковтання.

Проведене логопедом клінічне оцінювання виявило у досліджуваних хворих порушення оральної моторики, дихання та фонації, а також порушення навичок ковтання, що були зумовлені такими факторами, як зниження сили, координації та чутливості структур ротової порожнини, неефективне жуванням, порушення рото-глоткового транспортування, порушення піднебінно-глоткового змикання, затримка початку фарингіального ковтання, зниженням екскурсії гортані та ін.

Також мали місце зниження уваги та рівня свідомості (у 8 хворих), труднощі розуміння та виконання інструкцій (у 5 хворих), порушення моторно-рухової функції по типу односторонньої геміплегії (у 17 хворих), амімічність м'язів обличчя (у 15 хворих), розлади мовлення по типу моторної афазії (у 7 хворих), дизартрії (у 9 хворих), афонії (у 1 хворого).

Вивчення результатів спеціального обстеження (комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії) показали, що у досліджуваних хворих мали місце ураження мозку в басейні лівої середньої мозкової артерії в нижній лобній долі (5), скронево-тім'яній зоні (4), в підкіркових вузлах (3), а також в басейні правої мозкової артерії в лобній долі (3) та множинні ураження мозку (5).

Аналіз виявлених порушень показав, що ураження окремих ділянок мозку призводять до різних розладів функції ковтання.

Зокрема, нами було відмічено, що ураження премоторних зон головного мозку призводили до недостатності нейром'язового контролю та координації акту ковтання. Внаслідок оральної апраксії порушувався процес жування їжі, що призводило до розладу механізму оральної фази ковтання у вигляді затримок при переміщеннях їжі в ротовій порожнині. Оральна функція була сповільнена, з великою кількістю рухів язика, які

повторювались. Час пасажу їжі через ротову порожнину значно збільшувався. Хворі не могли вживати тверду їжу, давились. Через недостатнє скорочення дужок м'якого піднебіння і кореня язика та замикання носоглоткового простору рідина виливалась через ніс. Важкість порушень обтяжувалась тим, що хворі не могли навмисне покашляти, виплюнути, пополоскати рота.

Також ми спостерігали порушення рото-глоткової фази у вигляді затримок ініціалізації фарингіального ковтання. А коли запускався процес фарингіального ковтання, відмічали зниження підйому гортані і уповільнення підняття надгортанника, що призводило до попадання їжі у гортань. Ми відмічали амімічність обличчя у досліджуваних пацієнтів, що свідчило про парез артикуляційних м'язів, який міг супроводжуватись одностороннім парезом глоткової стінки та голосових складок, зниженням підйому гортані. Одностороння слабкість стінки глотки призводила до накопичення залишків їжі на стінці глотки і в грушовидному синусі на ураженій стороні. Хворі не могли проковтнути їжу, напої виливались із рота. Вони мали специфічний «вологий» голос після прийому напоїв, у деяких спостерігалась аспірація перед актом ковтання у вигляді кашлю та задухи. У тяжких випадках спостерігався парез голосових складок, що супроводжувалось відсутністю голосових реакцій - афонією.

В ході дослідження нами було відзначено, що при повторних інсультах порушення функції ковтання посилюються. На наш погляд, це обумовлено тим, що після першого інсульту механізм нормального ковтання остаточно не відновлюється, а мають місце прояви дисфункції.

На підставі даних, отриманих в результаті клінічного обстеження, ми розробляли індивідуальну терапевтичну програму та обирали реабілітаційні заходи, основною метою яких була корекція та

відновлення функції ковтання. Ключовими задачами визначали запобігання аспірації та забезпечення достатнього харчування хворого.

Комплексний підхід до реабілітації інсультних хворих обумовив вибір напрямків, за якими працювали всі члени реабілітаційної бригади.

Нами було визначено основні завдання реабілітації хворих з дисфагією в гострій стадії інсульту:

1. Проведення скринінгу та виявлення порушень навичок ковтання (проводить медсестра відразу після потрапляння інсультного хворого до лікарні).

2. Клінічне оцінювання функції ковтання для визначення характеру та важкості порушень (проводить логопед).

3. Вибір засобів харчування, що є безпечним для хворого, та проведення необхідних додаткових обстежень (вирішується колегіально).

4. Розробка збалансованої дієти і рекомендацій щодо модифікації консистенції їжі та напоїв (розробляє лікар-дієтолог).

5. Визначення оптимального положення хворого під час годування або самостійного прийому їжі та напоїв (проводить спеціаліст ЛФК).

6. Проведення кризьшкірної та внутрішньоглоткової електростимуляції структур ротової порожнини та глотки та термальної тактильної стимуляції ковтального рефлексу; транскраніальної магнітної стимуляції мозкових ділянок моторної проєкційної зони органів ротової порожнини та глотки (проводять медичні спеціалісти).

7. Масаж м'язів, що беруть участь в акті ковтання, - жувальних, мимічних, м'язів язика (проводить масажист або логопед).

8. Виконання комплексу спеціальних вправ лікувальної гімнастики для підвищення функціональної активності

вищезазначених м'язів (розробляє та проводить логопед).

В результаті проведених реабілітаційних заходів протягом трьох тижнів (гострий період інсульту) нами було отримано такі дані: повна нормалізація функції ковтання – у 6 хворих(%), значне покращення – у 8 хворих (%), незначне покращення – у 3 хворих (%), без змін – у 3 хворих (%).

Аналізуючи ці показники, можемо зазначити, що найкращі результати мали хворі з ураженням у правій долі мозку, а найгірші – у підкіркових вузлах та з повторними множинними ураженнями.

В подальшому маємо на меті провести динамічне спостереження за ступенем відновлення функції ковтання та комунікативної функції у хворих з симптомами дисфагії та афазії в гострій та підгострій стадії інсульту.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Винничук С.М. Нейрогенная ротоглоточная дисфагия в остром периоде мозгового инсульта / С.М. Винничук // Здоровье Украины. – 2008. – Июль.
2. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: метод. пособие.
3. Логопедия. Глотание / О.В. Камаева и др. – С.-Петербург. – 2003. – 25 с.
3. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 03.08.2012 № 602.
4. Физиология человека. /под ред. В.М.Покровского, Г.Ф.Коротько/ М.: Медицина, 2007. – 656 с.

УДК: 159.922.72:373.2-056.264

### ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР

**Кондукова С.В.,  
Шеремет М.К.**

доктор педагогічних наук, професор  
Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*У статті піднімається питання розвитку сенсорних здібностей у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення шляхом використання ігор, наводяться принципи і завдання корекційної роботи з формування сенсорних здібностей у дітей дошкільного віку. Стаття включає перелік ігор, спрямованих на розвиток зорового сприймання.*

*В статье поднимается вопрос развития сенсорных способностей у дошкольников с общим недоразвитием речи путем использования игр, приводятся принципы и задачи коррекционной работы по формированию сенсорных способностей у детей дошкольного возраста.*

*The article brings up the question of sensory development of pre-school age children with general underdevelopment of speech by the means of playing activities and games. It defines the principles and tasks of the correctional work on children sensory development. The article contains the list of games, which can be used in order to stimulate visual perception of a child.*

*Ключові слова: загальне недорозвинення мовлення, сенсорне виховання, ігри, діти дошкільного віку.*

*Ключевые слова: общее недоразвитие речи, сенсорное воспитание, игры, дети дошкольного возраста.*

*Key words: general underdevelopment of speech, sensory education, games, children of pre-school age.*