

интеллектуальной недостаточностью, предоставлять им психолого-педагогическую помощь, организовывать деятельность мастерских для выполнения ими посильной труда и др., что в свою очередь способствует психолого-педагогической поддержке молодежи с интеллектуальными недостатками на послешкольном этапе социализации. Определена необходимость усовершенствования поддержки данной категории лиц со стороны государства или органов местного самоуправления.

Ключевые слова: молодёжь, общественная поддержка, социализация, интеграция, лица с интеллектуальной недостаточностью.

Ovcharuk T. Job training and rehabilitation centers and charitable institutions in Ukraine on the socialization of young people with intellectual disabilities.

The paper addresses the problem of supporting young people with disabilities in Ukraine at the present stage of development, focuses on the work of NGOs, charitable institutions, rehabilitation centers to support people with intellectual disabilities. The content of their work, areas of psycho-pedagogical support, describe the services provided by these organizations in terms of the implementation of socialization, home rehabilitation of young people with mental impairment. It is noted that all organizations are members of the partner Ukrainian Public Association "Coalition for Rights of People with Intellectual Disabilities" who primarily intended to protect the rights of persons with intellectual disabilities, provide them with psychological and pedagogical help organize activities workshops to carry out feasible labor and others., which in turn contributes to psychological and pedagogical support for young people with intellectual disabilities to post-secondary stage of socialization. The necessity of improving the support of this category of persons from the state or local governments.

Key words: young people, public support, socialization, integration, persons, are with intellectual insufficiency, young people with intellectual disabilities.

Стаття надійшла до редакції 30.10.2013 р.

Статтю прийнято до друку 02.10.2013 р.

Рецензент: д.п.н., доц.Олексюк Н.С.

УДК 376-056.264:616.22

**КЛІНІКО-ФОНОПЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ
У ДОШКІЛЬНИКІВ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОРТАНІ**

Осадча Т.М.

Патологічні зміни в гортані, які виникають в результаті захворювань голосового апарату, призводять не лише до змін її анатомо-фізіологічних особливостей, порушення дихання, але й зміни голосу.

Наше дослідження було спрямоване на виявлення дітей, які мають органічні захворювання гортані, і виявлення порушень основних характеристик голосу, пов'язаних зі зміною архітекτονіки голосового апарату дитини. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань нашого дослідження робота виконувалась в декілька етапів.

Дослідження проводилось на базі медичної клініки "Валерія", діагностично-консультативної поліклініки та стаціонарного відділення національної спеціалізованої дитячої лікарні "ОХМАТДИТ".

На першому етапі нашого дослідження ми виявляли дітей, які мали органічну патологію гортані. Це досягалось шляхом профілактичних оглядів, обстеження дітей при зверненні батьків до лікаря зі скаргами на наявну довготривалу захриплість у дитини та при направленні дітей лікарями з інших областей та регіонів у вищезазначені клініки для уточнення діагнозу. В нашому дослідженні брали участь 126 дітей дошкільного віку як в доопераційний, так і післяопераційний періоди.

Клінічне обстеження дітей проводилося в декількох напрямках. Перший - це опитування та анкетування батьків, збір скарг батьків та ретельного анамнезу про захворювання дитини. Збір анамнезу проводився за загальноприйнятою методикою: зверталась увага на перебіг вагітності у матері, ускладнення під час пологів, супутні захворювання матері, розвиток дитини, перенесені хвороби дитиною, на наявність в анамнезі порушень голосу, дихання, алергологічний анамнез, оперативні втручання, частоту захворювань на вірусні та бактеріальні інфекції.

Другий напрямок передбачав об'єктивне обстеження дитини отоларингологом з обов'язковим описом суб'єктивної оцінки голосу дитини, застосуванням спеціальних методів дослідження лор-органів. При загальному ЛОР - огляді зверталась увага на ділянку шиї, наявність в цій ділянці післяопераційних рубців, трахеостоми. Проводилась пальпація регіональних шийний лімфатичних вузлів та гортані. Обов'язково в об'єктивному обстеженні дитини дошкільного віку застосовувались риноскопія, орофарингоскопія, отоскопія з метою виявлення патологічних станів в цих анатомічних утвореннях, які теж могли бути причиною змін акустичних характеристик голосу. Звертали увагу на наявність дихальної недостатності у дитини, яка оцінювалась і враховувалась при дослідженні основних характеристик голосу та розробці корекційних методик. При можливості проводили

непряму ларингоскопію за допомогою гортанного дзеркала та лобного рефлектора (поодинокі випадки проведення непрямої ларингоскопії у дошкільників).

Фоніатричне обстеження включало суб'єктивну оцінку голосу та дослідження фонаційного дихання. Дослідження проводили лор-лікар (фоніатр) та фонопед. Звертали увагу на такі параметри голосу як тембр (наявність захриплості, придихання), гучність голосу, баланс носового і ротового резонансу. Первинну оцінку тембру голосу починали із акустичної суб'єктивної оцінки шляхом бесіди з дитиною і заносили в протокол обстеження. Виділили наступні ступені порушення тембру голосу: нормальний голос (дзвінкий, політний); незначне порушення (незначна захриплість, особливо після голосового навантаження); помірне порушення (постійна помірна захриплість при голосовому навантаженні); тяжке порушення (виражена захриплість і періодична відсутність голосу); глибоке порушення (афонія) [4, с.53]. Суб'єктивну оцінку голосу проводили як в до- , так і післяопераційний періоди (на першому тижні після оперативного втручання).

Крім загальноклінічного обстеження використовували і спеціальні методи дослідження: ендоскопічний, променевий, функціональний (ендоскопія гортані, пряма ларингоскопія, УЗД гортані, МРТ гортані, спектральний аналіз голосу, дослідження фонаційного дихання, пневмографія та інші) [1, с.32].

Слід зазначити, що ендоларингоскопія знайшла своє широке використання не тільки для обстеження гортані у дорослих, але й у дітей, починаючи від періоду новонародженості. Для дослідження використовували як жорсткі, так і гнучкі оптичні системи. Перед обстеженням проводилася бесіда з пацієнтом з метою впевнити його в тому, що ця маніпуляція безболісна і швидка. При виникненні у дитини істерикоформних реакцій, страху, тривоги до співпраці залучали психолога.

З діагностичною метою для більш поглибленого вивчення гортані і огляду важкодоступних місць гортані: шлуночків гортані, нижньої поверхні голосових складок, передньої комісури, підголосового простору використовували опорну пряму ларингоскопію, яка проводилася під загальною анестезією. Ці методи дослідження гортані давали можливість описати ларингоскопічну картину всіх анатомічних структур гортані: надгортанника, черпакуватих хрящів, вестибулярних і голосових складок, передньої і задньої комісури, гортанних шлуночків і підголосової порожнини та виявляти патологію у будь-якому відділі гортані. В нормі слизова оболонка гортані блідо-рожевого кольору, голосові складки білого кольору, при фонації вони рухливі, зімкнені по всій довжині (у дітей можливе незначне незмикання у задніх відділах голосових складок, враховуючи їх вікові анатомо-фізіологічні особливості), а при диханні мають вигляд трикутника, тобто розімкнені [2, с.40-41].

Проведення запису і архівування ларингоскопічної картини в до- і післяопераційний періоди на цифрові носії давало нам можливість спостерігати результати лікування в динаміці.

Серед спеціальних методів дослідження для деяких хворих (папіломатоз гортані, хронічний рубцевий стеноз гортані (ХРСГ)) було застосовано УЗД-гортані (ультразвукове дослідження), особливо якщо дитина мала тампон-дилататор в гортані для контролю його фіксації. Це неінвазивний метод і може бути використаний як експрес-метод діагностики захворювань гортані та для спостереження за динамікою перебігу захворювання в процесі лікування.

Цей метод діагностики можна застосовувати у дітей неодноразово, оскільки він безболісний і немає променевого навантаження. Ультразвукова діагностика дозволяє визначити особливості взаєморозташувань структур гортані, наявність і локалізацію патологічних утворень, їх розміри і особливості кровообігу, рухливість голосових складок [1, с.41-45]. Результати дослідження обов'язково фіксували у протоколі.

Дітям, які мали порушення голосу, обов'язково проводили дослідження слуху (аудиометрія, імпедансометрія).

При клінічному дослідженні згідно МКХ-10 (міжнародна класифікація хвороб) у дітей виявлені наступні органічні захворювання гортані, що призводили до порушення голосотворюючої функції: ювенільний респіраторний папіломатоз гортані - 57,1% (72), хронічний рубцевий стеноз гортані - 29,4% (37), кіста гортані - 3,9% (5), фіброма гортані - 3,2% (4), вузлики голосових складок - 2,4% (3), мембрана гортані - 1,6% (2), ларингомалія - 1,6% (2), гемангіома гортані - 0,8% (1).

Отже, найбільший відсоток складали діти з папіломатозом гортані, він становив 57,1%, на другому місці перебували діти з ХРСГ, що складало 29,4%, інші нозологічні одиниці становили невеликий відсоток. Велика кількість дітей (86,5%) з папіломатозом гортані і ХРСГ пов'язана, на нашу думку, з тим, що лікарі інших регіонів не мають належної діагностичної апаратури, інструментарію, досвіду для лікування вищезазначених патологій і тому саме ця категорія дітей направляється для подальшої діагностики і лікування в спеціалізовану лікарню.

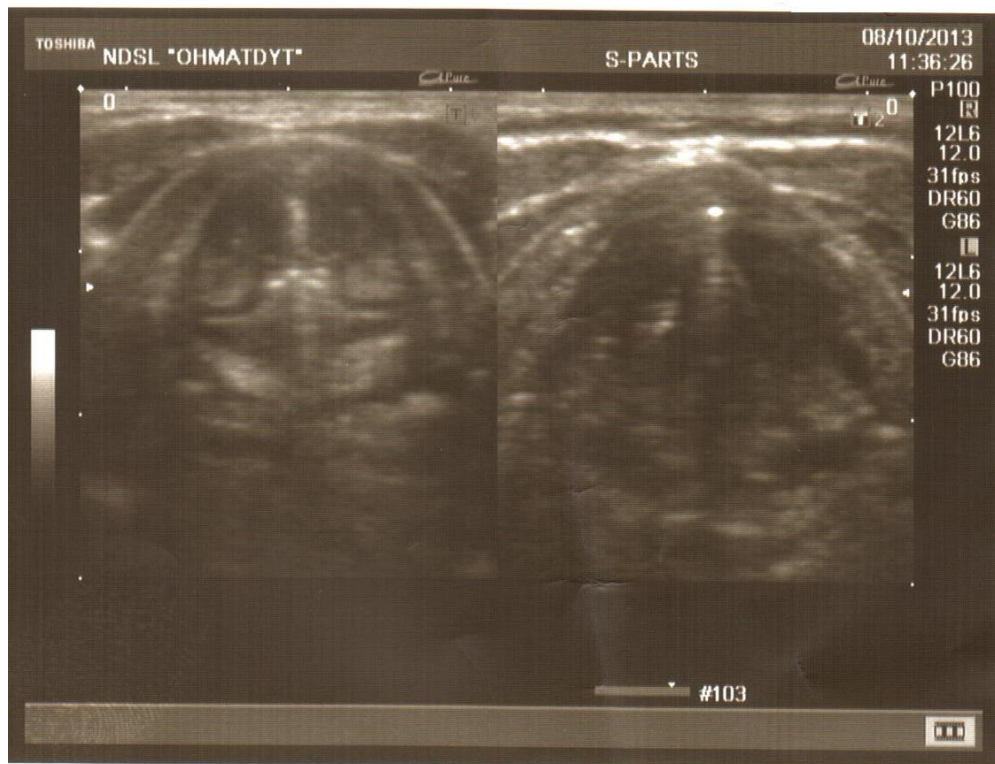
Велика кількість досліджуваних нами дітей мали трахеостомічну трубку, їх кількість становила 30,9% (39). Основною скаргою у зазначеної категорії дітей було порушення дихання через природні дихальні шляхи або повна його відсутність після видалення або закриття трахеостомічної трубки та порушення голосової функції. Серед досліджуваних нами пацієнтів-канюлярів утруднене дихання та захриплість голосу спостерігалось у 17,4% (22), а повна відсутність дихання та голосу при закритій трахеостомі – у 13,5 % (17).

У досліджуваних нами дітей були виявлені наступні порушення голосової функції: дисфонія – у 86,5%(109) дітей, афонія – у 13,5%(17).

При оцінці дисфонії по ступеню захриплості дитини в доопераційний період отримали наступні результати: незначна захриплість спостерігалась у 6,4%(7) дітей, помірна – у 32,1% (35), виражена захриплість – у 61,5%(67).

При необхідності, залучалися до роботи інші фахівці: педіатр, гастроентеролог, кардіолог, невролог. Враховуючи, що у більшості дітей спостерігалася супутня патологія (хронічний трахеїт, хронічний трахеобронхіт з частими рецидивами, пневмонія, аденоїдні вегетації 2-3 ступеня, аденоїдит, гіпотрофія, хронічний холецистит і панкреатит, бронхіальна астма, секреторний отит, дихальна недостатність, вегето-судинна дистонія), її наявність треба враховувати при розробці корекційних методик щодо відновлення голосу.

Рис 1. Ультразвукове дослідження гортані (зліва папіломатоз гортані, справа — гортань в нормі)



На другому етапі нашого дослідження велика увага приділялась логопедичному (фонопедичному) обстеженню, з якого ми з'ясували, порушення яких характеристик голосу спостерігалися у дітей з органічними ураженнями гортані.

Слід зауважити, що клінічне обстеження пацієнтів є невід'ємною складовою логопедичного (фонопедичного) обстеження. Адже зміни в перцептивній оцінці голосу дитини напряму пов'язані з наявним патологічним процесом у гортані і обізнананість фонопеда з даною нозологією дає можливість індивідуально і грамотно розробити корекційну програму для подальшої реабілітаційної роботи з дітьми.

Логопедичне (фонопедичне) обстеження проводили як в доопераційний, так і післяопераційний періоди. Звертали увагу на характеристики голосу: інтенсивність голосу (гучний, ослаблений, тихий); характер звучання мовлення та наявність чи відсутність призвуків у голосі (чистий, грубий, охриплий); особливості темпу мовленнєвих висловлювань; якість дикції, розбірливість мовлення; емоційну виразність мовлення (нормальне маловиразне, монотонне).

Особлива увага приділялась перцептивній оцінці голосу, яка включала обстеження стану голосової функції та мелодико-інтонаційної сторони мовлення, з метою визначення основних характеристик голосу таких як сила голосу (вміння змінювати його силу при вимові голосних звуків, складів, фраз від шепітного мовлення до гучного); висота голосу (вміння вимовити голосні, їх збіг зі складами з підвищенням або пониженням голосу); тембр голосу: особливості голосової атаки; ступінь охриплості (легкий, помірний, виражений); якість голосу (нормальний, охриплий, грубий, сиплий, з придиханням, шепітний, глухий, різкий; модуляція голосу, його дзвінкість, сила і красота звучання; мелодико-інтонаційна сторона (вміння виділяти і відтворювати склади і фрази, що відрізняються інтонаційним акцентом, а також вміння змінювати тип інтонаційних конструкцій); визначення часу максимальної фонації (перевіряють вміння без напруги промовити звук «А» природнім голосом)

[3, с.477-478].

Дослідження будови і функції артикуляційного апарату та моторики дитини допомагало виявити наявні порушення з боку цих органів. Стан та особливості дихальної системи з урахуванням вікових особливостей дитини складався із дослідження фізіологічного та фонаційного дихання.

Враховуючи те, що в нашому дослідженні приймали участь діти з обтяженим анамнезом (діти-канюляри, соматично ослаблені, з частими оперативними втручаннями), для дослідження основних характеристик голосу в доопераційному періоді ми використовували елементарні, нескладні завдання, звертаючи увагу на індивідуальні особливості дитини, вік, характер захворювання, наявність дихальної недостатності та супутню соматичну патологію. Це були завдання на вимову голосних звуків, складів, слів, враховували вміння підсилувати, понижувати голос та інше. Також досліджували фонаційне дихання у пацієнтів. Отримані дані заносили у протокол обстеження.

Аналізуючи отримані дані при клініко-фонопедичному обстеженні дітей з порушенням голосу органічного генезу, ми прийшли до висновку, що найчастіше порушення голосу пов'язане з папіломатозом гортані (57,1%) та ХРСГ (29,4%). Необхідність всебічного обстеження голосової функції дитини як в доопераційний, так і післяопераційний періоди, існує. Клініко-логопедичне (фонопедичне) дослідження повинно проводитись комплексно за участю таких спеціалістів як дитячий отоларинголог, фоніатр, логопед (фонопед), психолог, педіатр і, при необхідності, невролог, психіатр, аудіолог. Клінічне та логопедичне (фонопедичне) обстеження потребує паралельного проведення, оскільки вони доповнюють один одного, що дає змогу грамотно сформулювати заключний діагноз, зробити висновки і розробити корекційні методики для реабілітації даної категорії дітей.

Література

1. Косаковський А.Л. Етіологія, клініка, діагностика, лікування і профілактика хронічного рубцевого стенозу гортані і трахеї у дітей / А.Л.Косаковський.- К.: КМАПО, 1998.- 152 с. **2. Лайко А.А.** Папіломатоз гортані та трахеї у дітей / А.А.Лайко, Д.І.Заболотний, В.В.Дячук, Д.Д.Заболотна, Л.А.Шух, К.А.Хоцяновський.- К.: Логос, 2010. – 103 с. **3. Логопедія:** підручник, друге видання, перероблене та доповнене / М.К.Шеремет / За редакцією М.К.Шеремет.- К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с. **4. Радзиг Е.Ю.** Нарушение голоса у детей и подростков: этиология, клиника, диагностика и лечение / Е.Ю.Радзиг. – Дис. ... докт. мед. наук: 14.00.04. – М., 2005. – 241 с.

References

1. Kosakovskiy A.L. Etiologiya, klinika, diagnostika, likuvannya, i profilaktika hronichnogo rubcevoogo stenoza gortani i trahei u ditei / A.L.Kosakovskiy. – K.: KMAPO, 1998. – 152 p. **2. Logopediya:** pidruchnik, druge vidannya, pereroblene ta dopovnene / M.K.Sheremet / Za redaktsiyeyu M.K. Sheremet. – K.: Vidavnichiy Dim «Slovo», 2010.- 672 p. **3. Laiko A.A.** Papilomatoz gortani ta trahei u ditei / A.A.Laiko, D.I.Zabolotniy, V.V.Dyachuk, D.D.Zabolotna, L.A.Wuh, K.A.Hocyanovskiy. – K.: Logos, 2010. – 103 p. **4. Radzig E.U.** Naruvenie golosa u detei i podrostkov: etiologiya, klinika, diagnostika i lechenie / E.U.Radzig. – Dis. ... dokt. med. nauk: 14.00.04. – M., 2005. – 241 p.

Осадча Т.М. Клініко-фонопедична діагностика голосової функції у дошкільників з органічними ураженнями гортані

У статті розглядаються питання клініко-фонопедичного дослідження дітей дошкільного віку, які мають органічні захворювання гортані, що призводять до порушень голосу. Проводили скринінг дітей на поліклінічному та стаціонарному рівнях. Використовували загальноклінічні та спеціальні методи обстеження. Виділені основні органічні захворювання гортані та проведений їх статистичний аналіз. Зазначено, що спостерігається два види порушень голосової функції при органічних захворюваннях гортані – афонія і дисфонія. Звернули увагу на необхідність дослідження основних характеристик голосу при фонопедичному обстеженні дітей. Зазначено, що клінічне обстеження пацієнтів є невід'ємною складовою логопедичного (фонопедичного) обстеження, і саме комплексна робота всіх необхідних спеціалістів дає можливість виявити патологію та розробити найбільш раціональні та ефективні лікувально-реабілітаційні методики для даної категорії дітей.

Ключові слова: клініко-фонопедичне обстеження, перцептивна оцінка голосу, афонія, дисфонія.

Осадчая Т.Н. Клинико-фонопедическая диагностика голосовой функции у дошкольников, имеющих органические поражения гортани

В статье рассматриваются вопросы клинико-фонопедического исследования детей, имеющих органические заболевания гортани, которые приводят к нарушению голоса. Проводили скрининг детей на поликлиническом и стационарном уровнях. Использовали клинические и специальные методы исследования. Выделили основные органические заболевания гортани и провели их статистический анализ. Уточнили, что наблюдаются два вида нарушения голосовой функции при органических заболеваниях гортани – афония и дисфония. Обращено внимание на необходимость исследования основных характеристик голоса при фонопедическом исследовании детей. Акцентируется внимание на то, что клиническое исследование пациентов есть неотъемлемой частью логопедического (фонопедического) исследования, и комплексная работа всех необходимых специалистов дает возможность выявить патологию и разработать наиболее рациональные и эффективные лечебно – реабилитационные методики для данной категории детей.

Ключевые слова: клинико-фонопедическое исследование, перцептивная оценка голоса, афония, дисфония.

Osadchaya T.N.Clinic-Phonopedic diagnostic of vocal function for preschool children having organic defects of larynx.

In this article there are talkings about questions of clinic-phonopedic research of children, having organic diseases of larynges that cause to violation of voice. Conducted skringing of children on a policlinic and stationary levels. Used clinical and special methods of research of children. The main distinguished the organic diseases of larynx and conducted their statistical analysis. Specified, that two types of violation of vocal function are at the organic diseases of larynx is an aphonia and dysphonia. Paid attention to necessity of research of main descriptions of voice at phonopedic research of children. Paid attention to that clinical research of patients is integral part of speech therapy(phonopedic) research and complex work all necessary specialist gives an opportunity to educe disorders and work out most rational and effective curatively are rehabilitation methodologies of relatively this category of children.

Keywords: clinic-phonopedic research, perceptic estimation of voice, aphonia, dysphonia.

Стаття надійшла до редакції 29.10.2013р.

Статтю прийнято до друку 02.10.2013 р.

Рецензент: д.п.н.,проф..Шеремет М.К.

УДК: 376 - 056.263

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Павлович Н.Е.

В настоящее время в отечественной сурдопедагогике одним из важнейших направлений коррекционно-развивающей работы выступает развитие устной речи детей с нарушением слуха. Это обусловлено, в первую очередь, тем, что устная речь является приоритетным средством интеграции и социализации детей со слуховой депривацией [3; 5]. Особая значимость придается диалогической форме устной речи, т.к. именно диалог, согласно современной теории речевой деятельности, рассматривается как первичная форма социально-речевого общения, как основа сотрудничества и взаимопонимания между людьми в процессе совместной деятельности.

Младшие школьники с нарушением слуха овладевают диалогической речью в условиях современной коммуникативной системы обучения языку С.А. Зыкова, успешно зарекомендовавшей себя в практике обучения детей с нарушенной слуховой функцией. Однако результаты специальных исследований свидетельствуют о наличии характерных особенностей диалогического общения детей с нарушением слуха: недостаточной способности развивать тему диалога, неполном учете информированности собеседника, многократных повторах, возвращения к уже сказанному [1]. Результаты проведенного нами исследования, выполненного с учетом современных лингвистических взглядов на структуру диалога, позволили уточнить особенности диалогической речи слабослышащих младших школьников. Так, для детей с частичным нарушением слуха характерны: ситуативное непродолжительное общение (1-2 реплики), склонность к вопросно-ответным типам диалогических единств, недостаточная сформированность умения конструировать диалогические единства других типов, ограничение тематики общения непосредственной коммуникативной ситуацией, недостаточно сформированное умение инициировать общение, трудности в самостоятельном конструировании высказываний [6].

Следует отметить, что за последнее десятилетие в Республике Беларусь произошли существенные изменения в области нормативного обеспечения коррекционной работы с детьми с нарушением слуха. Во-первых, значительно сокращено время на проведение коррекционных занятий: в соответствии с учебным планом I отделения специальной общеобразовательной школы для детей с нарушением слуха, предусмотрено 10 часов на 1 класс. Во-вторых, изменилось название предметной области с «развитие слухового восприятия и обучение произношению» на «развитие устной речи и слухового восприятия». Таким образом, значительно расширен перечень задач, которые должен решать учитель-дефектолог. Если раньше основными задачами являлись формирование и коррекция произносительных навыков (фонетический уровень), то в настоящее время учитель-дефектолог должен обеспечивать работу над тремя структурными уровнями: фонетическим, лексическим и грамматическим. Основной акцент должен быть сделан на формировании коммуникативной компетенции, собственной инициативной диалогической и монологической речи слабослышащего ученика. В то же время в программно-методической документации эти требования пока не нашли своего отражения.

Анализ учебной программы по предмету «Русский язык» свидетельствует о том, что четко сформулированные требования к развитию диалогической речи слабослышащих учащихся отсутствуют.

Мы предположили, что вышеуказанные факторы могли стать причиной достаточно низкого уровня развития устной речи учащихся с нарушением слуха.