

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

імені М. П. ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

ОСАДЧА Тетяна Миколаївна

УДК 376-056.264:616.22

**КОМПЛЕКСНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З
ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник
ШЕРЕМЕТ МАРІЯ КУПРІЯНІВНА
доктор педагогічних наук, професор

Київ– 2015

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | 4 |
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ У ДІТЕЙ ЯК ЛОГОПЕДИЧНА ТА ФОНОПЕДИЧНА ПРОБЛЕМА | 12 |
| 1.1. Проблема порушення та відновлення голосу у дітей в світовій та вітчизняній літературі..... | 12 |
| 1.2. Анатомо-фізіологічні та фонаторні особливості розвитку голосомовленнєвого апарату у дітей | 20 |
| 1.3. Епідеміологічні, демографічні та етіопатогенетичні аспекти порушень голосу органічного генезу у дітей..... | 31 |
| 1.4. Комплексний супровід як загальнопедагогічна проблем | 44 |
| Висновки до першого розділу..... | 51 |
| РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ | 54 |
| 2.1. Дослідження стану та особливостей голосової функції у дітей з органічними ураженнями голосового апарату | 54 |
| 2.2. Аналіз експериментальних матеріалів..... | 91 |
| Висновки до другого розділу | 108 |
| РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ | 111 |
| 3.1. Методичні основи експериментальної роботи..... | 111 |
| 3.2. Розробка та апробація методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| 3.3. Аналіз ефективності застосування методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції органічного генезу | 160 |
| Висновки до третього розділу..... | 178 |
| ВИСНОВКИ | 181 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 184 |
| ДОДАТКИ | 214 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | | |
|------|---|--|
| АФО | – | анатомо-фізіологічні особливості |
| ГРВІ | – | гостра респіраторна вірусна інфекція |
| ЕГ | – | експериментальна група |
| ДН | – | дихальна недостатність |
| ІТ | – | індекс тривожності |
| КГ | – | контрольна група |
| ЛОР | – | оториноларинголог |
| МКХ | – | міжнародна класифікація хвороб |
| МРТ | – | магнітно-резонансна томографія |
| УЗД | – | ультразвукове дослідження |
| ФЗД | – | функція зовнішнього дихання |
| ХРСГ | – | хронічний рубцевий стеноз гортані |
| ЦНС | – | центральна нервова система |
| ЮРПГ | – | ювенільний респіраторний папіломатоз гортані |

ВСТУП

Актуальність теми. На XXVII конгресі Союзу європейських фоніатрів (2014) наголошувалося, що спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з порушеннями голосової функції органічного генезу в педіатричній практиці. Не дивлячись на значні досягнення в медицині та корекційній педагогіці, багато аспектів цієї проблеми залишаються не вирішеними, особливо питання комплексного супроводу даної категорії дітей на всіх етапах перебігу захворювання.

Органічні захворювання гортані, що призводять до порушень голосової та дихальної функції в дитячому віці, є однією з найбільш поширених патологій в дитячій отоларингології. Серед усіх вікових категорій дітей з даною патологією 23 % займають діти дошкільного віку. Органічні захворювання гортані характеризуються тяжким перебігом, частими рецидивами, супроводжуються багатьма ускладненнями та можуть призвести до інвалідизації дитини.

Надмірне та неконтрольоване використання голосу в дитячому віці призводить до порушення фонації, але діагностуються лише частина із них.

Захворюванням гортані органічного генезу у дорослих приділялась достатня увага з боку медичних працівників (Р. Абизов, І. Багірова, В. Ольшанський, В. Ушаков). Особливості хірургічної допомоги дітям вивчали Ю. Гавриленко, А. Лайко, А. Косаковський, А. Романенко, О. Радзиг та ін. У галузі логопедії та фонопедії ця проблема досліджувалась О. Алмазовою, О. Орловою, О. Ромась, С. Таптаповою. Г. Михайлова відмічає, що хвороби гортані у дітей займають друге місце (5,6 %) серед усіх захворювань ЛОР-органів. Серед них у 41% хворих виявлено функціональні порушення голосу, у 47 % – органічні (О. Радзиг). Відновлення голосової функції у дітей, прооперованих з приводу органічної патології гортані, відображено в роботах О. Алмазової, В. Ріпера, О. Федорової. Проте в

науковій літературі недостатньо розроблені методики корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми з даною патологією. Особливо гостро це потребують діти з фібромами, кістами, вузликами гортані та діти з хронічним рубцевим стенозом гортані (далі – ХРСГ), ювенільним респіраторним папіломатозом гортані (далі – ЮРПГ). Пацієнти із зазначеною патологією проходять курс довготривалого лікування. У зв'язку з цим, крім виражених медичних проблем, у них одночасно виникають логофоноведичні (дисфонії, афонії) та психологічні проблеми (М. Артем'єва, Д. Ісаєва, Н. Кабельнікова, Н. Пахомова, І. Шац, Л. Шипіцина), які негативно відображаються на процесі лікування та реабілітації. Це зумовлює необхідність всебічної комплексної допомоги дітям різними спеціалістами: лікарями, логопедами, психологами та ін.

Аналіз спеціальної медичної, логопедичної, фонопедичної, психолого-педагогічної, науково-методичної літератури показав відсутність обґрунтування теоретико-методичних засад комплексної допомоги дітям з вищезазначеною патологією та відсутність комплексного супроводу означеної категорії дітей від початку захворювання до повного відновлення чи покращення голосової функції. Розробка та впровадження методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу є актуальною та необхідною для інтенсифікації процесу реабілітації пацієнтів, що й визначило тему дисертаційного дослідження **«Комплексний супровід дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційного дослідження входить до тематичного плану наукових досліджень кафедри логопедії НПУ імені М. П. Драгоманова «Навчання виховання, соціальна і трудова адаптація дітей з вадами розумового та фізичного розвитку» та затверджена на засіданні Вченої ради Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 11 від 14.06.2012 р.) і узгоджена в міжвідомчій Раді з координації наукових

досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 7 від 25.09.2012 р.)

Мета дослідження полягає в розробленні й експериментальній перевірці науково обґрунтованої методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу.

Відповідно до мети визначено наступні **завдання дослідження**:

- проаналізувати стан розробки проблеми у сучасному науковому дискурсі та уточнити понятійно-категоріальний апарат;

- дослідити стан сформованості акустичних характеристик голосу, функції зовнішнього, фонаційного та мовленнєвого дихання у дітей з органічною патологією гортані;

- визначити рівні сформованості основних акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання у дітей з органічною патологією гортані;

- розробити та експериментально перевірити зміст і методику комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу.

Об'єкт дослідження: процес діагностики та реабілітування голосових порушень у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження: особливості комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: концептуальне положення теорії голосоутворення (R. Husson, Г. Фант та ін); концепція фізіологічних механізмів голосоутворення та розвитку голосу у дітей (О. Алмазова, Д. Вільсон, О. Орлова); вчення про вікові анатомо-фізіологічні особливості функціонування органів і систем, які беруть участь у процесі голосоутворення (А. Буров, Т. Зубарева, В. Михальцев, Т. Шидловська та ін.); теорія функціональних систем (П. Анохін); психологічна теорія вікової періодизації розвитку дитини (П. Блонський,

Д. Ельконін, Г. Россолімо, Л. Фомічова та ін.); основні науково-методичні положення в галузі логопедії, фонопедії (О. Алмазова, І. Єрмакова, С. Конопляста, О. Лаврова, О. Орлова, Є. Соботович, В. Тарасун, Л. Телеляєва, С. Таптапова, М. Шеремет); положення про механізми виникнення психічних новоутворень в пізнавальній і мотиваційній сферах особистості (Л. Виготський, П. Гальперін, Д. Ельконін, О. Запорожець, Т. Лаврентьєва, О. Леонт'єв, С. Максименко, М. Подд'яков, В. Синьов та ін.); теоретичні положення про системність мови та її ієрархічну будову (Л. Булахівський, М. Покровський, Ф. де Соссюр та ін.); концепція про місце і роль мовлення в процесі розвитку дитини, теорія мовленнєвої діяльності (Л. Виготський, Т. Жинкін, О. Леонт'єв, О. Лурія, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.); психолінгвістичний та системний підхід до аналізу мовленнєвого розвитку дитини (Т. Ахутіна, С. Конопляста, Є. Соботович, В. Тарасун та ін.).

Для розв'язання окреслених завдань використовувалися наступні **методи дослідження**: *теоретичні*: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення даних медичної, логопедичної і психологічної літератури з метою виявлення стану досліджуваної проблеми та перспективних напрямів її вирішення; *емпіричні*: цілеспрямоване спостереження, бесіди з дітьми, які мають голосові порушення органічного генезу, аналіз документації, тестові методи спеціальної психолого-педагогічної діагностики, експеримент (констатувальний та формувальний) з метою виявлення дітей з органічною патологією гортані, з'ясування стану сформованості голосової функції, обґрунтування, апробації та перевірки дієвості запропонованої методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції органічного генезу; *статистичні*: кількісний та якісний аналіз і узагальнення експериментальних даних, методи статистичного аналізу з метою визначення відмінності між двома статистичними вибірками (КГ та ЕГ) за ϕ^* критерієм Фішера (кутовим перетворенням Фішера).

Наукова новизна результатів дослідження полягає у тому, що *вперше*:

- запропоновано методику комплексного обстеження дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу;

- визначено причини, прояви та механізми порушень голосоутворення;

- обґрунтовано, розроблено та апробовано методику комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу, спрямовану на покращення чи відновлення основних характеристик голосу;

- визначено рівні сформованості акустичних характеристик голосу у дітей з органічними ураженнями гортані;

- *удосконалено* методи, прийоми і засоби формування акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку з порушеннями голосової функції органічного генезу.

- *набули подальшого розвитку* реалізація методики медичного, логофоноведичного та психологічного супроводу в системі комплексного супроводу в дітей з органічною патологією гортані.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблена методика комплексного супроводу може застосовуватись логопедами, фонопедами, психологами у корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми з порушенням голосової функції органічного генезу. Розроблена методика може бути застосована в отоларингологічних відділеннях, реабілітаційних закладах. Матеріали дослідження можуть використовуватись при викладанні фахових курсів у вищих навчальних закладах за напрямком «Корекційна освіта. Логопедія»; у процесі професійної перепідготовки та підвищення кваліфікації корекційних педагогів, зокрема, логопедів, спеціальних психологів закладів освіти та охорони здоров'я у системі післядипломної педагогічної освіти; циклів тематичного удосконалення для лікарів на кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО ім. П. Л. Шупика.

Особистий внесок автора у роботах, написаних у співавторстві, полягає в аналізі діагностики функціональної дисфонії у дітей; розробці методики

психокорекційного впливу при порушеннях голосу у дітей; розробці шляхів щодо подолання псевдоскладкового механізму голосоутворення у дітей; аналізі нових підходів до комплексного супроводу дітей з порушенням голосу органічного генезу; визначенні альтернативних методів комунікації, які можливо використовувати у дітей з афонією.

Апробація та впровадження результатів дисертації. Основні результати дослідження обговорювалися під час виступів із доповідями на міжнародних («ІХ Східно- та Центральноєвропейська регіональна конференція з проблем альтернативної та допоміжної комунікації» (Київ, 2013), VIII Міжнародна науково-практична конференція «Корекційна освіта: історія, сучасність та перспективи розвитку» (Кам'янець-Подільський, 2013), міжвузівська науково-практична конференція «Инновационный потенциал научно-исследовательской работы аспирантов» (Москва, 2013)); всеукраїнських (Щорічна традиційна весняна конференція Українського наукового медичного товариства лікарів-отоларингологів «Сучасні методи діагностики та лікування хронічних запальних захворювань ЛОР-органів» (Судак, 2012), «Новітні технології в діагностиці та лікуванні хронічних запальних та онкологічних захворювань ЛОР-органів» (Львів, 2013), II науково-практична конференція АДОУ «Актуальні питання дитячої оториноларингології» (Київ, 2014); звітних науково-практичних конференціях викладачів та аспірантів Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (2012-2015). Проміжні і кінцеві результати дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри логопедії Інституту корекційної педагогіки та психології НПУ імені М. П. Драгоманова (2012-2015).

Результати дослідження впроваджено у роботу Полтавського навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради (довідка № 347 від 17.06.2015 р.) та отоларингологічного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» (довідка № 603 від 20.08.2015 р.).

Публікації. Результати дослідження відображені в 11 наукових публікаціях: серед них 5 одноосібних статей у наукових фахових виданнях України, 1 одноосібна стаття в іноземному науковому фаховому виданні, 5 тез конференцій у співавторстві.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (258 найменувань, з них 19 – іноземною мовою) та додатків (на 10 сторінках). Загальний обсяг дисертації становить 222 сторінки, з них 183 сторінки основного тексту. Робота містить 23 таблиці та 2 рисунка.

РОЗДІЛ 1

ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ У ДІТЕЙ ЯК ЛОГОПЕДИЧНА ТА ФОНОПЕДИЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Проблема порушення та відновлення голосу у дітей в світовій та вітчизняній літературі

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 нечисленні та суперечливі, і тому ця проблема залишається актуальною для подальшого вивчення [16; 30; 31; 47; 95; 182; 183; 239; 240; 243; 244].

Недостатньо розкритим у науково-методичних джерелах є також питання реабілітації голосової функції у дітей [85; 158; 201; 207].

У 1975 році термін «дисфонія» був виділений як нозологічна форма в розділ «Отоларингології» ІХ видавництва Міжнародної класифікації хвороб ВООЗ. За даними Союзу Європейських фоніатрів під терміном «дисфонія» розуміють ті порушення голосу, які характеризуються відхиленням від норми декількох параметрів таких як: тембр, інтенсивність, діапазон, тональність, тривалість збереження тону, модуляції, особливості голосоутворення і голосоведіння.

Вивчаючи та аналізуючи літературні джерела, слід відмітити, що в 70-х роках порушення голосу виявлялось лише у 0,2 % – 10 % дітей, а в сучасних роботах частота порушення голосу у дітей грудного та раннього віку коливається від 1 % до 48 % та прослідковується тенденція до підвищення захворювань голосового апарату у дитячого населення [31; 34; 35; 39; 47; 48; 55; 123; 152; 182; 183; 198]. Така значна розбіжність кількісних показників пов'язана із несвоєчасним виявленням дисфоній у дітей на поліклінічному

рівні та необізнаністю батьків із захворюваннями гортані, які можуть призвести до порушень голосової функції. Батьки не знають, що захриплість голосу у дітей є першим симптомом того, що потрібно негайно звернутись до лікаря.

Порушення голосу можуть мати різне походження. Згідно одних авторів у дітей частіше діагностуються органічні порушення голосу, інші автори вважають, що частіше зустрічаються функціональні порушення. Дані, отримані Д. Клес при обстеженні 136 дітей з порушенням голосу, показали, що у 50% були виявлені функціональні порушення голосу і 50 % – органічні. Серед причин органічних порушень голосу були парези гортані – 7 %, папіломатоз гортані – 25 %, вузлики голосових складок – 18 % [85].

Результати, наведені Е. Вязьменовим, С. Водолазовим та О. Радзиг, показали, що у дітей грудного та раннього віку функціональні дисфонії склали 56,4 %, а 43,6 % – органічні дисфонії [44]. Дослідження, проведені О. Радзиг та співавторами, показали, що серед 250 дітей у 51,2 % виявили функціональні порушення голосу, у 9,6 % – органічні порушення голосу, у 11,2 % – це мутаційний період і у 28 % дітей порушень голосу не спостерігалось [155].

У 2014 році на XXVII конгресі Союзу європейських фоніатрів науковці І. Vorobeva та М. Sergeev відмітили, що на сучасному етапі існує тенденція до збільшення кількості хворих з дисфоніями органічного генезу у дитячому віці. Дослідження, проведені в Краснодарі (Росія), показали, що на обстеженні протягом 2004-2013 років віком від 6 місяців до 18 років знаходилось 357 осіб, які мали голосові порушення. Причинами дисфоній були: ларингомаляція, параліч зворотнього нерва, ЮРПГ, ХРСГ, гемангіома гортані та інші [257].

Порушення голосової функції у дітей зустрічається частіше, ніж у дорослих, і серед них близько 23 % складають діти дошкільного віку, про це наголошує G. Kittel [250].

У своїх доробках Ю. Солдатський, Т. Сорокіна зазначили, що вищезгадана проблема залишається недостатньо вивченою в отоларингології і логопедії. Це пов'язано не тільки з технічними складнощами огляду гортані у дітей, але й з дефіцитом знань із даної проблеми як у лікарів, так і у батьків, вчителів, логопедів і вчителів співу. Часто діти з захриплістю голосу залишаються без належної уваги спеціалістів. До встановлення діагнозу можуть пройти роки, і це може призвести до того, що функціональні розлади переходять в органічні [182].

Ряд науковців стверджують, що враховуючи довготривалість лікування вищезначеної патології у пацієнтів крім клінічних, логопедичних можуть виникати і певні психологічні проблеми [225; 248; 249]. G. Friedrich та інші рекомендують в фоніатричній практиці проводити скринінг пацієнтів з метою виявлення психоневрогенних порушень, які могли б стати причиною функціональної дисфонії [248]. У пацієнтів з тривалими розладами голосової функції можуть спостерігатися фобії, іпохондричні реакції, депресії [45]. Депресивні стани, які мають затяжний характер, можуть призвести до того, що функціональні порушення голосу, які проявляються у вигляді афоній, гіпотонусних дисфоній та інше можуть перейти в органічні – вузлики, поліпи голосових складок, про це наголошують Л. Галіулліна, Д. Менделевич [45].

В сучасних наукових доробках висвітлені порушення голосоутворення у дітей, які пов'язані з психічними травмами. Так, А. Arabey виявив, що 94,4 % дітей мали в минулому психологічну травму, що стала причиною розладу голосу [239].

Враховуючи велику кількість голосових порушень в дитячому віці новий розвиток фоніатрична допомога набула із заснуванням в Україні у 2005 році кафедри дитячої оториноларингології, аудіології і фоніатрії у НМАПО імені П. Л. Шупика, яка стала центром лікування хронічних рубцевих стенозів гортані та шийного відділу трахеї у дітей [108; 225]. На світовому рівні ця проблема теж є актуальною. 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 [115; 225].

На думку Т. Гаращенко і О. Радциг, організація даної служби для дитячого контингенту в умовах амбулаторно-поліклінічної ланки є першочерговим завданням для виявлення поширеності патології голосу у повному обсязі (ендоскопічне дослідження, акустичний аналіз голосу), організації первинного лікування (включаючи фонопедичну корекцію), реабілітації в післяопераційному періоді і проведенні профілактичних заходів [47; 158].

Аналіз літературних джерел вітчизняних та зарубіжних вчених показав, що на сучасному етапі реабілітаційні програми щодо відновлення голосової функції склалися лише для дорослих. О. Алмазова, Ю. Василенко, Л. Гончарук, Г. Гуцман, Ф. Івановська, С. Таптапова та ін. у своїх роботах звертають увагу на відновлення голосу при функціональних порушеннях [8; 32; 33; 51; 72; 105; 191; 192]. Їхні методики майже схожі і включають психотерапевтичну бесіду, артикуляційну гімнастику, дихальні та голосові вправи. Д. Тарно пропонує до цих методик приєднати електротерапію, що, на його думку, дасть більш позитивні результати у відновленні голосової функції [8]. Методика Ю. Василенка спрямована на поєднання медикаментозного лікування, дихальної гімнастики та ортофонічних вправ [33]. Розвиток функції зовнішнього, мовленнєвого та фонаційного дихання можливо проводити за методикою А. Брусер і М. Осової, Н. Гончарової, О. Стрельнікової, при якій увага спрямована на формування правильної постави, фізіологічного дихання, розвиток артикуляторно-резонаторної системи та формування слухового самоконтролю [23]. М. Фомічов зі співавторами при функціональних порушеннях голосу використовували фонічну ортопедію, вібраційно-фонічну ортопедію [203]. З. Анікеєва, О. Покотиленко, О. Радциг пропонують паралельно з фонопедичними

вправами для подолання функціональних дисфоній і афоній використовувати медикаментозну терапію та фізіотерапевтичні методи [149; 151; 157; 158].

Багато робіт присвячено лише медикаментозному та хірургічному втручанню на гортані з приводу органічної патології як у дорослих, так і у дітей (Ю. Василенко, Т. Гаращенко, Ю. Ісхакі, А. Косаковський, А. Лайко, О. Онуфрієва, О. Радзиг, С. Сидоренко, Ю. Солдатський, Ю. Степанова, Е. Цветков та ін.) [25; 34; 35; 48; 70; 74; 95; 143; 158; 176; 179; 183; 185; 214].

Питання фонопедичної корекції у дорослих після оперативного втручання на гортані дуже добре висвітлені в науковій та методичній літературі (О. Лаврова, О. Полуніна, О. Ромась, І. Рулле, С. Таптапова Г. Шимкус та ін.) [104; 105; 165; 167; 169; 190; 191; 192; 227].

Г. Шимкус у своїй роботі з реабілітації голосу у хворих після ларингектомії наголошує, що методика постановки голосу шляхом умовних рефлексів обумовлена тим, що слух регулює фонацію за принципом зворотнього зв'язку, і тому реабілітація голосу є умовно-рефлекторним процесом, який залежить від слухового аналізатору. Заняття рекомендується проводити 1,5-2 години протягом 12-15 днів [227].

Ж. Романова займалася відновленням голосової функції у хворих після хірургічного лікування стенозів гортані та верхніх відділів трахеї. Методика включала елементи психотерапії (пацієнт повинен мати уяву про анатомо-фізіологічні особливості гортані, патологію власне його гортані, необхідність включення в роботу самого пацієнта), медикаментозну терапію, фізіотерапію та власне фонопедичні заняття. Для відновлення голосу використовували лікувальну фонопедію, метою якої була мобілізація компенсаторних можливостей гортані, перебудова голосової функції та утворення нового компенсаторного механізму фонації. Постановка спокійного вдиху і плавного довготривалого видиху, диференціація носового та ротового дихання є необхідним пунктом для подальшого голосоведіння. Увага також приділялась артикуляційному апарату для вірного формування всіх звуків, а в подальшому

– для роботи над модуляцією голосу [165].

У своїй роботі Р. Абизов, Ю. Онищенко, О. Ромась пропонували 2 етапи корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення голосу у хворих після хордектомії. Перший етап – організаційно-підготовчий, який передбачав виявлення та включення компенсаторних можливостей організму, ліквідацію патологічного способу голосоведіння. Другий етап – це корекційно-діяльнісний. На цьому етапі поступово ускладнювалися голосові вправи з розвитку сили, висоти і тембру голосу; закріплювалося правильне голосоведіння; автоматизувалися отримані навички у повсякденному мовленні. Курс реабілітаційно-корекційних занять пропонували застосовувати 2-3 тижні [1; 3].

Хворим, у яких превалюють явища м'язової слабкості (парез гортані), що проявляються в недостатній рухливості голосових зв'язок, А. Рябченко рекомендує ортофонічні вправи проводити паралельно з дією синусоїдального, низькочастотного модульованого току. Дослідниками відмічені позитивні результати від комплексного лікування, що включало лікувальну дихальну гімнастику, ортофонічні вправи, дію синусоїдального, низькочастотного модульованого току, у 80,1 % пацієнтів [171; 172].

Слід відмітити, що жодна методика з відновлення голосової функції, запропонована науковцями, не передбачає комплексного всебічного впливу фахівців від початку захворювання пацієнта до повної реабілітації.

Аналіз літератури з теми демонструє недостатню кількість робіт, присвячених відновленню голосової функції у дітей. Корекцією функціональних порушень голосу у дітей займалися О. Алмазова, Ю. Василенко, А. Доросинська, Д. Клесс [8; 31; 33; 85].

Існують поодинокі роботи, присвячені корекційній роботі з дітьми з порушеннями голосу, пов'язаними з органічними чинниками чи після оперативного втручання на гортані. О. Федорова пропонує свою методику з відновлення голосу у дітей з вузликками голосових складок: навчання

правильному фізіологічному диханню, координації носового та ротового дихання, розвиток резонаторно-артикуляційної системи, розвиток слухового контролю, мовленнєво-голосові вправи (починали з голосних звуків на придихальній фонації), психологічний супровід дитини. Паралельно з корекційною роботою застосовувалась, за призначенням лікаря, підтримуюча медикаментозна терапія [201; 202].

Більшість лікарів (О. Баньковська, Т. Малюгіна, В. Муранова, В. Новакова) притримуються думки, що для відновлення голосової функції у дошкільників і школярів, які мають вузлики на голосових складках, необхідно виділити наступні етапи лікування: раціональна психотерапія, корекція фізіологічного і фонаційного дихання, тренування кінестезій і координації голосового апарату фонопедичними вправами та автоматизація поставленої фонації. Консервативна терапія також включає медикаментозну і фізіотерапію, а паралельно проводяться заняття з фонопедії метою яких є формування фонаційного дихання та фізіологічного голосоведіння.

В роботах С. Ляпідевського висвітлена корекційна робота з подолання голосових порушень у дітей, які мають відкриту та закрити ринофонії, що полягає у використанні комплексного ортофонічного методу, метою якого є створення функціонального взаємозв'язку між диханням, артикуляцією та голосоутворенням. Автор виділяє 2 етапи логопедичної роботи для усунення назального відтінку голосу. Перший етап включає психотерапію, артикуляційну гімнастику, активізацію м'язів м'якого піднебіння та задньої стінки глотки, дихальну гімнастику. Другий етап передбачає безпосередню роботу над голосом, яка включає розвиток співочого голосу, висоти голосу, довготривалості і сили звучання голосу, тембру голосу та розвиток мелодико-інтонаційної сторони мовлення [127; 128]. Методика С. Таптапової для подолання гугнявості заключалася у режимі мовчання, вокальних вправах, знятті гримас і зайвого напруження м'язів шиї, плечового поясу [112; 113; 114].

Практичний інтерес представляє поетапна методика корекції розладів голосу при ринолалії у дітей дошкільного віку, запропонована І. Єрмаковою. Науковець пропонує на доопераційному етапі проводити корекційну роботу з метою запобігання патологічної укладки органів артикуляції з наступним фіксуванням її в ЦНС. Вправи на розвиток фонематичного слуху можливо розпочинати в підготовчому періоді. Після оволодіння дитиною діафрагмально-реберним видихом можна приступати до вокальних вправ [63].

Методика відновлення голосової функції у дітей з органічними ураженнями гортані, а саме з ХРСГ за наявності трахеостомічної трубки, висвітлена лише у працях О. Алмазової [8]. Робота з такими дітьми поділена на декілька етапів. Перший етап підготовчий (доопераційний) – у дитини наявна трахеостомічна трубка. На цьому етапі О. Алмазова пропонує використовувати психотерапевтичні вправи, логопедичні заняття, дихальну гімнастику і загальний розвиток мовлення дитини. Не потрібно забувати про те, наголошувала науковець, що природні дихальні шляхи, ніс та ротова порожнина, виключені з акту дихання і тому прослідковується тенденція до атрофії м'язів артикуляційного апарату. Голос втрачає звучність, мовлення стає квакаюче та особливо це характерне для дітей-канюленосіїв. Враховуючи соматичну ослабленість дитини, заняття рекомендують проводити по 5-10 хвилин в ігровій формі.

Другий етап – післяопераційний, дитина з трахеостомічною трубкою. Тривалість цього етапу 3-5 місяців. На цьому етапі проводять артикуляційну та дихальну гімнастику. Голос у дитини квакаючий, поступово переходять на шепітне мовлення.

На третьому етапі, коли дитину деканюлюють, застосовують артикуляційну та дихальну гімнастику, лікувальну фізкультуру. Виконують фонопедичні вправи при заклеєній пластирем стомі. Тривалість цього етапу 3-5 місяців.

Після пластики стоми на четвертому етапі через 14-17 днів приступають до занять для повного відновлення фонаційного та мовленнєвого дихання та правильного голосоведіння.

П'ятий етап включає функціональну терапію, метою якої є налагодження координації діяльності резонаторної, генераторної та енергетичної систем. Фонопедичні вправи ускладнюються.

Реабілітаційна програма складається для кожної дитини індивідуально, враховуючи комплексну оцінку стану голосового апарату, комунікативні і психологічні можливості.

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.

1.2. Анатомо-фізіологічні та фонаторні особливості розвитку голосомовленнєвого апарату у дітей

Механізм голосоутворення – це складний процес, до якого залучені багато органів та систем. Результатом взаємоузгодженої роботи цих органів є фізіологічне голосоутворення та голосоведіння. Загальновідомо, що в утворенні голосу приймають участь діафрагма, міжреберні м'язи, легені, бронхи, трахея, гортань та верхні резонатори. Умовно голосоутворюючу систему організму людини можна поділити на такі частини: первинний генератор звуку, до якого відноситься гортань, енергетичний відділ – це легені та резонаторний відділ, до якого відноситься носова порожнина з приносними пазухами, глотка, трахея, бронхи та артикуляційний апарат [112; 113; 114; 115; 129; 201; 224; 225].

Для кращого розуміння етапів становлення голосу у дітей необхідно

звернути увагу на анатомо-фізіологічні особливості (далі – АФО) голосоутворюючого апарату.

Гортань – це генератор звуку, розташований в передньому відділі ший, має вигляд широкої короткої трубки і складається з хрящів та м'яких тканин. Відомо, що у дітей гортань розміщена високо. У новонароджених дітей гортань розташовується на рівні II-IV шийних хребців, довжина її сягає 9-10 мм (у дорослих 36-44 мм) та має лійкоподібну форму [81; 107; 108; 112; 113; 115; 138; 143]. Гортанно-трахеальний кут у новонароджених тупий і відкритий назад, що треба враховувати під час інтубації трахеї, адже травматичне пошкодження гортані і трахеї може призвести до рубцевих змін, а в подальшому і до порушення голосу у дитини. Швидкий ріст гортані відмічається в перші 3-4 роки, саме в дошкільному віці, тому потрібно звертати увагу на голосові навантаження дитини. Цей вік характеризується тим, що діти багато кричать і говорять, тому поява «вузликів крикунів» характерна саме для дошкільного віку. В молодшому шкільному віці (до 10 років) у хлопчиків гортань стає довшою, добре візуалізується кут щитоподібного хряща; у дівчат гортань менших розмірів, ніж у хлопчиків. Другий інтенсивний ріст гортані відмічається в період статевого дозрівання і поступово гортань опускається донизу. Саме під час цих періодів росту гортані необхідно дотримуватись гігієни голосу, щоб у подальшому не мати проблем з голосоутворенням.

Гіалінові та еластичні хрящі є остовом гортані. У новонароджених хрящі гортані тонкі, з віком вони стають товщими, але гнучкими. У дітей при народженні сформовані всі хрящі гортані: щитоподібний, перснеподібний, надгортанник, черпакуваті, клиноподібні, ріжкоподібні, які рухомо з'єднанні між собою зв'язками. Надгортанник у дорослих має вигляд язика чи пелюстки, а у немовлят – вигляд напівтрубки. Високе розташування надгортанника у дітей раннього віку, скручена його форма та нависання над входом до гортані може бути однією із причин стридору новонароджених

(дихання порушене, голос писклявий).

М'язи гортані приводять у рух голосові складки та хрящі гортані, і з їхнім ростом пов'язані зміни голосу у дітей у різні вікові періоди. Особливості розвитку м'язів гортані у дітей, а саме, пізнє формування вокального м'яза, призводить до фальцетного механізму голосоутворення в перші 10 років життя дитини [52; 53; 115].

Гортань має порожнину і ділиться на три відділи: верхній, середній та нижній. Верхній відділ починається від входу до гортані до вестибулярних складок, у товщі яких міститься вестибулярний м'яз, що бере участь у формуванні псевдоголосу, якщо є патологія голосових складок. Середній відділ гортані – це власне голосові складки, між якими голосова щілина трикутної форми. Під час дихання голосові складки розімкнені, під час фонації зімкнені. Довжина голосових складок у дітей грудного віку 3-5 мм, у дітей 10 річного віку – 8-10 мм. Підголосникова порожнина – це нижній відділ гортані, де під слизевою оболонкою підголосникової порожнини у дітей розташована пухка сполучна тканина, яка має здатність набрякати під час запалення, що призводить до обструкції дихальних шляхів і першими симптомами, на які батьки звертають увагу, є порушення голосу та дихання у дитини [107; 138; 156].

Іннервацію гортані здійснюють дві гілки блукаючого нерва. Гортанні нерви, які відходять від симпатичного та зірчастого вузлів, мають зв'язок із язикоглотковим, додатковим, симпатичними нервами, і при їх ураженні виникають порушення голосу органічного генезу [107; 115].

За дослідженнями Т. Грачової виділяють три рефлексогенні зони: перша – це гортанна поверхня надгортанника та край черпакуватонадгортанних складок; друга – це простір між голосовими відростками черпакуватих хрящів, їх передня поверхня та голосові складки; третя – це слизова оболонка підголосникової порожнини. Перша та друга зони відповідають за дихання, третя – за фонацію. Ці рефлексогенні зони мають

велике значення для нормального функціонування гортані, оскільки від них надходять імпульси до центральної нервової системи, де відбувається аналіз і синтез отриманої інформації. У виникненні патології гортані і трахеї у дітей відіграє роль лабільність гортанних трахеальних рефлексів. У дітей грудного віку знижена больова чутливість слизової оболонки гортані. Вищеописані рефлексогенні зони у дітей недостатньо диференційовані, і тому між першою та другою рефлексогенними зонами майже неможливо провести чіткої межі, третя рефлексогенна зона теж повністю несформована, рецептори розповсюджуються по всій слизовій оболонці підголосникової порожнини. АФО гортані у дітей перетворюють цей орган на «шоковий», тобто гортань у дитини чутлива до дії різних факторів зовнішнього середовища [52; 53].

Основними функціями гортані є захисна, дихальна та голосоутворююча. Нашої уваги заслуговують дихальна та голосоутворююча функції гортані. Розуміння фізіології дихання у дітей у різні вікові періоди дає можливість фonoпеду правильно і чітко розробити програми роботи з дітьми, які мають голосові порушення, особливо враховуючи їхні АФО. Неможливо проводити постановку голосу у дітей при порушенні функції зовнішнього та фонаційного дихання. Особливо це стосується дітей, які мають порушення голосу, пов'язані з органічними ураженнями гортані.

Дихання – це одна із найважливіших функцій нашого організму. Саме легенева тканина забезпечує максимальну ефективність вентиляції. Функціонально дихальну систему можна поділити на три складові, включаючи повітроносні шляхи, легеневу тканину та грудну клітину, яка разом із м'язами створює необхідну силу для забезпечення фізіологічної вентиляції. Свою активність дихальні м'язи найбільше проявляють при вдиху, а видих є більш пасивним процесом. Фізіологічне дихання відбувається спокійно, рівномірно, без участі допоміжної мускулатури, глибина залежить від необхідності насичення киснем органів і тканин, вдих превалює над

видихом.

Дихальна функція гортані пов'язана з проходженням повітря з верхніх дихальних шляхів у нижні і навпаки, а також з регуляцією акту дихання. Нервово-м'язовий апарат гортані розширює чи звужує голосову щілину в залежності від кількості надходження повітря до нижніх дихальних шляхів. Відомо, що голосові складки при вдиху дещо розходяться, при видиху дещо сходяться, при цьому розширюючи та звужуючи голосову щілину. Значному розширенню голосової щілини сприяє форсований вдих, при затримці дихання голосова щілина звужується. Підтвердженням цього є отримані дані при ларингоскопії. Враховуючи, що у дітей молодшого віку дихальні шляхи вузькі та життєва ємність легень невелика, дихання у них поверхневе. З віком частота дихання зменшується. У новонародженої дитини частота дихання становить 40 - 60 за 1 хвилину, на 1 році – 35-45, у 2-3 роки – 25-30, у 6-7 років – до 25, в 11-12 років – 20-22, у 14-15 років – 18-20 і в дорослих – 16-18 [103; 107; 129; 137].

Велике значення для фізіологічного голосоутворення має розвиток функції зовнішнього, фонаційного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку. Так, до 7 років у дітей фонаційне дихання розвинуто недостатньо, сила голосу та тривалість звучання обмежені, що пов'язано з АФО дихальної системи. Тому, дошкільники вимовити фразу за один видих не можуть, їм потрібно добирати повітря майже перед кожним словом. До 8-12 років у дітей вдих повітря відбувається через рот, при цьому піднімаються плечі та напружуються м'язи шиї, тобто зберігається ключичний тип дихання [103].

У дитини 7-10 років час максимальної фонації складає 5-7 с., а в 11-14 років він наближається до 9 с. Визначення часу максимальної фонації голосних звуків у дітей різної вікової категорії свідчить, що з віком цей показник збільшується [122].

Голосова функція можлива лише при стабільному фонаційному

диханні. Стан фонаційного дихання впливає на частоту та інтенсивність коливань голосових складок. В. Морозов наголошує, що інтенсивність фонації чи рівень звукового тиску є важливою енергетичною характеристикою голосу і визначається амплітудою коливань голосових складок і величиною повітряного тиску [125]. Повітряний тиск утворюється діяльністю енергетичного відділу голосового апарату і протиставленою густиною змикання голосових складок та станом резонаторних порожнин надставної труби [125; 129; 139; 224; 225]. У здорових людей при фонації вдих швидкий, короткий, а видих подовжений та повільніший.

А. Рябченко виділяє три види порушень мовленнєвого дихання, що пов'язане з патологією гортані. При першому виді дуже ослаблене дихання під час вокалізації, при другому виді вимова слів після видиху відбувається при слабій участі дихання, і третій вид – порушення мовленнєвого дихання характеризується вимовою хворим слів на висоті нібито затриманого вдиху. У хворих також може бути змішаний вид порушення фонаційного дихання [171; 172].

Наукові пошуки досліджень фонаційного дихання у дітей довели недостатню кількість робіт, присвячених даному питанню. Зокрема, Ю. Степанова дослідила, що у дітей при вродженій патології гортані, хронічному ларингіті, функціональній дисфонії, вузликах голосових складок має місце зменшення часу максимальної фонації, збільшення середньої швидкості повітряного потоку і коефіцієнта фонації. Чим довше триває дисфонія у дітей та виражені анатомічні зміни голосових складок, тим більше страждає фонаційне дихання та голосова функція [185; 186; 187; 201].

Другою, не менш важливою, функцією гортані є голосоутворююча, яка теж заслуговує на увагу.

Враховуючи вищезазначене, стає зрозумілим, що голос дитини може змінюватись протягом її життя. Це пов'язано з нерівномірним ростом різних

частин голосового апарату дитини, змінами та ростом всього організму уцілому та змінами з боку центральної нервової системи.

Рефлекторний крик – це перша голосова реакція дитини. Він являє собою малооформлені голосні звуки. Протягом двох місяців голос дитини набуває емоційного забарвлення. З'являється тверда голосова атака під час крику дитини, коли вона намагається висловити своє незадоволення. М'яка голосова атака з'являється під час гуління та лепету, коли дитина формує голосні та приголосні звуки. З появою мовлення поступово диференціюється та закріплюється велика кількість звуків, розширюється словниковий запас і ускладнюються голосові реакції. Поступово дитина вчиться володіти своїм голосом та мовленням [26]. У наукових працях Н. Базими наголошується, що засвоєння мовлення у дитини відбувається шляхом наслідування, і це є передумовою для активізації мовлення дитини і навчання мовленнєвій діяльності [19]. Разом з мовленням активно розвивається голос дитини, він набуває яскравої інтонації та модуляції, розширюється діапазон. Для того, щоб дитина оволоділа мовленнєвим спілкуванням, недостатньо лише наслідування, потрібно сформувати у дитини потребу у комунікації, про що наголошує М. Шеремет [223].

Шляхом наслідування голосу дорослих та дітей, в ясельному та дошкільному віці, дитина легко засвоює наголошення складів, інтонацію, особливо якщо у неї добре розвинений музикальний слух, вона може ще й наспівувати, наслідуючи виконавцю [158].

З акустичної точки зору в якості основних характеристик голосу виділяють силу, висоту і тембр, кожний з яких має свої особливості і характеристику [57; 113; 114; 206; 224]. У нормі голос приємний на слух, забезпечує ефективне мовленнєве спілкування, основна частота (висота) тону відповідає віку та статі, голосний, має гарну модуляцію.

При патології тембр голосу неприємний, грубий, різкий, мовленнєве спілкування утруднене, частота основного тону дуже низька чи висока, дуже

тихий, важко почути чи, навпаки, дуже голосний, неприємний на слух [113; 114; 169; 224].

Після народження дитини за першим криком немовляти можна запідозрити патологію голосомовленневого апарату. Так, зміни в тональності голосу дитини можуть спостерігатись, якщо мати в період вагітності зловживала алкоголем чи у неї відмічали знижений вміст жіночих або чоловічих гормонів. Зниження кількості гестагенів на ранніх етапах вагітності жінки призведе до того, що у новонародженої дівчинки буде спостерігатись вирілізація голосу.

При синдромі Дауна голос у немовляти низький, хриплий, здавлений, мичащий, характеризується незвичною протяжністю. Синдром Дауна можна запідозрити навіть за результатами перцептивної оцінки голосу, ще до отримання результатів хромосомного аналізу. При задній розщелині гортані дитина народжується зі слабким голосом, але інколи він може бути нормальним, наявний кашель, стридорозне дихання. Дисфонії спостерігаються також при інших вроджених вадах розвитку дитини [32; 33].

Голос грубий, з додатковими призвуками, тихий, ослаблений спостерігається при ларингіті. При мутації голос часто зривається «куксуе» на фальцет чи басове звучання, нестійкий, містить призвуки, переходить з одного типу голосу на інший; спастична дисфонія характеризується стислістю голосу, м'язи шиї та зовнішні гортанні напружені; органічні захворювання гортані призводять до постійних змін характеристик голосу, а функціональні – мінливих; у пацієнтів, які зловживають палінням, голос хриплий, грубий, низький, що може свідчити про поліпозний ларингіт; пацієнти зі зниженим слухом мають змазане мовлення, не чітке, не інтонаційно забарвлене. Скреготливий голос або афонія спостерігається при новоутвореннях на голосових складках, результатом цього є неспроможність приведення голосових складок до середньої лінії або недостатність

повітряного потоку через голосову щілину. Диплофонія – це голос зі зміненим тембром з одночасною наявністю двох частот. Причиною цього можуть бути новоутворення на голосових складках, що розділяють їх, і тому це призводить до вібрації голосових складок у двох різних частотах [133; 206; 224]. С. Ляпідевський описує акустичні ознаки голосу при ринофонії: відкрита ринофонія призводить до того, що голос може бути слабкий, швидко виснажується, зажатий, здавлений, монотонний, сиплий, хриплий, приглушений, фальцетний. Закрита ринофонія призводить до того, що тембр голосу змінюється за рахунок невірної звучання голосних звуків. Вони деназалізовані, приглушені, тусклі, монотонні, неприродний відтінок за рахунок приглушення окремих тонів в носоглотці та носових порожнинах [127; 128].

Змінювати голос можуть безпосередньо або опосередковано лікарські препарати, такі як екзогенні гормони, антигістамінні препарати, холіноблокатори та ін. Отже, існує безліч патологій, що можуть стати причиною змін голосу.

Спеціалісти, які проводять фонопедичні заняття з дітьми з порушенням голосу, на нашу думку, мають знати вікові особливості розвитку дитини та етапи становлення голосу. Тому, доцільним вважаємо звернути увагу на періодизації вікового розвитку.

Періодизація вікового розвитку за Д. Ельконіним: вік немовляти – до 1 року; раннє дитинство – 1-3 роки; молодший і середній дошкільний вік – 3-4-5 років; старший дошкільний вік – 4 (5-6) - 7 років; молодший шкільний вік – 6 (7-10) - 11 років; підлітковий вік – 10 (11-13) - 14 років; ранній юнацький вік – 13 (14-16) - 17 років [67]. А. Aronson виділяє наступні вікові періоди: пренатальний – до моменту народження; немовляти – від народження до 2 років; ранній дитячий вік – 2-5 років; середній дитячий вік – 5-9 років; пізнє дитинство – від 9 років і до початку пубертатного періоду; ранній дорослий період (пубертатний період) 12-15 років; середній дорослий

період – 15-18 років; дорослий період – 19-21 років [240].

Деякі автори розподіляють період розвитку голосу немовляти на декілька періодів: Е. Stark: 0-8 тижнів – рефлекторна вокалізація; 8-12 тижнів – стадія гуління; 16-30 тижнів – стадія вокальної гри. D. Oller виділяє стадії розвитку голосу грудних дітей: 0-3 місяці – фонаційна; 2-3 місяці – стадія гуління; 4-6 місяців – пояснювальна [240].

Дуже влучно, на нашу думку, відображено розвиток голосу в класифікації Ю. Василенка: голос новонароджених та грудних дітей; голос дітей раннього дитинства; голос дітей дошкільного і шкільного віку; голос у період мутації; голос дорослих; голос людей похилого віку [30].

З розвитком дитини змінюється її голос – основна висота тону. І. Максимов наголошує, що голос у новонароджених завжди однаковий за висотою і не відрізняється за тембром у дівчаток і хлопчиків, але він різний за силою. До 6 років стать не впливає на діапазон голосу, різниця в голосі дівчаток та хлопчиків з'являється в верхньому регістрі в 7 років [115].

З кожним роком віковий діапазон голосу дитини поступово розширюється. А. Мітронович-Моджієвська наголошує, що в 6 років діапазон голосу дорівнює септимі, а в 8 років голос насичений, діапазон розширюється до 11-12 нот [122].

Дослідження Ю. Василенка показали, що з віком основна тональність голосу знижується і в 12-13 років становить 235-255 Гц, у дівчаток 11-13 років основна частота складає 238 Гц, а у хлопчиків 10 років – 234,5 Гц [30].

Проведені О. Радзиг та ін. стробоскопічні дослідження гортані у дітей раннього дитячого віку підтвердили фальцетний механізм голосоутворення. В дитячому віці характерні наступні варіанти незмикання голосових зв'язок: незмикання у задніх відділах, нерегулярне змикання, неповне змикання. Це призводить до фальцетного механізму голосоутворення, який може спостерігатися у дітей до дев'яти років, а інколи фонація може бути і в грудному регістрі. Навіть при спокійному диханні можна відмітити легкі

коливальні рухи голосових складок, коливання рівномірні, синхронні, малої чи середньої амплітуди, неповне змикання голосових складок, голосова щілина лінійної форми, хоча є незмикання у задніх відділах. У період пізнього дитинства з'являється грудний механізм фонації. Голосові складки повністю змикаються на нижніх нотах, а неповне змикання зустрічається на високих нотах, їх коливання синхронне, середньої амплітуди. В пубертатному віці стробоскопічні дані підтверджують асинхронність і асиметричність коливання голосових складок, коливання середньої амплітуди, підвищення тону то однієї, то іншої половини гортані. В залежності від регістра фонації голосові складки можуть змикатися або спостерігається неповне їх змикання у задніх відділах [154].

Отже, необхідно враховувати вікові особливості голосоутворення і стробоскопічну картину гортані при фонації, що допоможе провести диференційну діагностику між функціональними та органічними порушеннями голосу і в подальшому розробити корекційну програму з метою подолання цих порушень.

Вивчаючи АФО гортані, органів дихання, резонаторних систем у дітей, ряд авторів Л. Дмитрієв, І. Єрмакова, А. Лайко, О. Орлова відмітили, що в дитячому віці спостерігається диспропорція в рості голосового апарату, відсутність поступовості росту та наявність «стрибків» росту, нерівномірність закінчення формування різних відділів голосового апарату дитини, що в свою чергу вимагає дотримання гігієни голосу в цьому віці [57; 62; 107; 138].

Отже, АФО розвитку голосомовленнєвого апарату, становлення дихальної системи, формування нового механізму голосоутворення, лабільність психіки у дітей дошкільного віку зумовлюють для нас інтерес дослідження саме цієї вікової категорії дітей, незважаючи на те, що органічні захворювання гортані зустрічаються в будь-якій віковій групі.

1.3. Епідеміологічні, демографічні та етіопатогенетичні аспекти порушень голосу органічного генезу у дітей

Кількість органічних захворювань голосомовленневого апарату за останній час збільшується. Це зумовлено збільшенням стресових навантажень, несприятливими екологічними чинниками, несвоєчасною діагностикою, наявністю супутніх захворювань тощо [24; 34; 40; 42; 45; 68; 95; 143; 155; 158; 160; 169; 183; 224; 225; 239; 244].

Науковці вказують, що 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 рідини; психічні травми та ін. [30; 35; 39; 42; 68; 106; 112; 113; 115; 123; 128; 139; 155; 158; 160].

Зазначені етіологічні чинники призводять до органічних і функціональних порушень голосу, між ними буває важко провести чітку межу, тому такий поділ дещо умовний. Враховуючи причини, що призводять до голосових порушень, Ю. Василенко виділив наступні дисфонії у дітей та підлітків і поділив на такі групи: вроджені, спадкові та набуті дисфонії. Д. Клес серед причин, які призводять до порушення голосу, на перше місце ставить запальні захворювання верхніх дихальних шляхів (75 %), хірургічні втручання (14 %), голосове навантаження (11 %) [85]. У 43 % дітей з функціональними порушеннями голосу основними їх причинами були емоційні та фізичні перенавантаження. Е. Вязьменов, О. Радзиг виявили, що

56,4 % дітей мають порушення голосу, пов'язані з запальними захворюваннями гортані, 25 % склали пацієнти з вродженою патологією гортані, 15,4 % – респіраторним папіломатозом гортані, 3,2 % – з травматичними ушкодженнями гортані [44]. Дослідження О. Радзиг показали, що серед причин виникнення дисфоній, гострі ларингіти становлять 37,4 %, вузлики голосових складок – 35,8 %, гострий стенозуючий ларинготрахеїт та мутаційна дисфонія, що гостро виникла, – по 7,2 %, хронічний ларингіт – 6,5 %, набряк надскладкового простору – 5,9 % [158].

Зміни голосоутворюючої функції органічного генезу можуть бути як за центральним, так і периферичним типом. При порушенні центрального типу відбуваються зміни у структурах головного мозку, причинами яких можуть бути пухлини, травматичні пошкодження та ін.

У периферичному відділі голосоутворюючого апарату найчастіше зустрічаються такі патологічні зміни як «співочі вузлики», папіломи, фіброми, гемангіоми, злоякісні пухлини гортані та голосових зв'язок. «Співочі вузлики» – це невеликі випинання на голосових зв'язках, що перешкоджають щільному їх змиканню. Утворення таких вузликів найчастіше буває пов'язано з перенапругою, перевтомою голосу.

Папіломи – це новоутворення у вигляді «кольорової капусти», виникають не тільки на самих зв'язках, але і поширюються на інші відділи гортані, – це так званий респіраторний папіломатоз гортані. Після видалення папілом, як правило, залишаються рубці, які також перешкоджають нормальному голосоутворенню. Стеноз (звуження просвіту) гортані є результатом перенесеного дифтериту, наслідком опіку, поранення або будь-якої іншої травми чи операційних втручань на гортані. Часткове або повне видалення гортані проводять у зв'язку із злоякісними новоутвореннями. Через анатомічні зміни в гортані та голосових складках виникає афонія чи дисфонія органічного походження.

Слід виділити основні органічні захворювання гортані у дітей, що призводять до змін голосу. Це крововиливи голосових складок, травматичні ушкодження гортані, парези та паралічі м'язів гортані периферичного та центрального генезу, мембрани гортані, рубцеві зміни гортані, контактні гранульоми голосових складок, борозна голосових складок, доброякісні та злоякісні пухлини. Саме пухлини гортані у дитячого населення заслуговують уваги, оскільки така патологія гортані може призвести до того, що дитина без належної допомоги спеціалістів може залишитись інвалідом на все життя.

Аналіз наукової медичної літератури підтверджує, що кількість органічних захворювань голосового апарату у дітей, нажаль, з кожним роком збільшується і ця проблема залишається актуальною для лікарів та корекційних педагогів [48; 55; 60; 61; 74; 85; 152; 158; 173; 182; 186; 201; 244; 253].

Дані Г. Іванченко, Ф. Каримова свідчать, що папіломатоз гортані складає 15,9 % – 57,5 % від всіх доброякісних новоутворень гортані.

Серед вірусних захворювань людини, які проявляються розвитком папіломатозних утворень не тільки на шкірі, але й на слизових оболонках, особливо статевих шляхів, органів дихання, ротової порожнини, виділяють папіломовірусну інфекцію. Для цієї інфекції є характерним рецидивуючий перебіг, велика розповсюдженість (13 % жителів планети), високий ступінь контагіозності і 100 % сприйнятливості населення. М. Mackenzie в кінці XIX століття вперше відкрив папіломи, які уражають гортанно-глоткову систему у дітей. За даними ж інших авторів вперше «бородавки гортані» були описані М. Donalus в XVII столітті. Вірусну етіологію папіломатозу гортані визначив Ultmann. У 1980-х роках було доведено, що збудником рецидивуючого папіломатозу є вірус папіломи людини [253]. С. Jackson вперше ввів термін «ювенільний папіломатоз гортані». У 1979 році Gissman виділив вірус – 6 із папіломатозної тканини гортані, а в 1981 році він відкрив

вірус-11 в папіломатозній тканині гортані і кондиломах [143; 253]. Папіломи гортані зустрічаються у дітей віком до 14 років [253].

Одним з проявів папіломовірусної інфекції є рецидивуючий респіраторний папіломатоз як найбільш розповсюджена доброякісна пухлина верхніх дихальних шляхів у дітей [49].

Відмічається, що перший пік захворюваності приходить на дітей віком від 2 до 5 років, але 28 % з усіх хворих складають діти перших 6 місяців життя, 60 % – 80 % – діти до 3-х років. Спостереження науковців ЛОР-клініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» за 2000-2007 роки показали, що папіломатоз гортані зустрічається у дітей до п'яти років, що становило 60,8 % від загальної кількості дітей. [143]. Якщо ураження вірусом папіломатозу відбулося саме в цій віковій групі, то перебіг захворювання носив більш агресивний характер.

За даними А. Романенко, з 1992 по 1999 р.р. в ЛОР-клініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» кількість дітей з папіломатозом гортані зросла на 24,7 %. Після видалення папілом у 25 % – 30 % пацієнтів формується рубцевий стеноз гортані, як наслідок – у них виникають стійкі порушення голосу [143; 183].

Статистичні дослідження, проведені в Закарпатській області (Мукачево) А. Лайко та ін., свідчать, що в 1978-2002 р.р. на лікуванні знаходилось 43 дітей з ЮРПГ, серед них превалювали особи жіночої статі 76,4%, а чоловічої лише 32,6% [143].

Дослідження, що проводились С. Сидоренко в клінічній лікарні № 5 м.Москви з 1995 по 2009 р.р., показали, що на лікуванні знаходилось 384 пацієнти з ЮРПГ віком від 8 міс до 17 років, серед них до 5 років було 246 (64 %) дітей, тобто дебютує захворювання у ранньому дитячому віці. Науковець також наголошує, що щорічно в клініці проводиться більше 200 оперативних втручань на гортані з приводу новоутворень і 83 % з них припадає на ЮРПГ [176].

На думку А. Лайко кількість дітей з папіломатозом гортані не зменшується, а залишається стабільним показником і це є актуальною проблемою для соціальних, медичних та педагогічних працівників [143]. Актуальність проблеми підтверджує поширеність папіломатозу гортані в світі. Так, частота респіраторного папіломатозу у дітей в США – 4,3 на 1000000 дитячого населення, а в Данії – 3,6 на 1000000 (С. Derkay). В США кожен рік реєструються нові випадки респіраторного папіломатозу: 2350 випадків серед дітей і 3600 серед дорослих. Частота ювенільного респіраторного папіломатозу в Канаді з 1994 по 2007 роки складала 0,24 на 100000 дітей віком до 14 років [244; 253]. Розповсюдженість папіломатозу гортані складає від 4 до 7 випадків на 1000000 населення в західному світі, серед дорослих біля 2 на 100000, серед дітей – 4 на 100000 [253].

Етіологія папілом гортані вивчена недостатньо. До основних причин їх виникнення відносять віруси, інфекційні захворювання, аутоалергію, порушення функції ендокринної системи, місцеві подразнювальні чинники, нераціональне голосове навантаження, зловживання палінням, алкоголем, імунodefіцитні стани. За даними вчених найбільшу поширеність набула вірусна теорія утворення папілом. Збудником даного захворювання частіше є вірус папілом людини (human papilloma virus-HPV) 6 і 11 тип [143; 244; 253].

Вчені J. Lagergen та J. Calinisan та ін. довели, що є вірогідність передачі папіломовірусної інфекції від матері до плоду, в результаті чого відбувається ураження гортані дитини, а також цей вірус може пошкоджувати клітини трофобласта, що є причиною викиднів.

Проблема папіломовірусної інфекції привернула увагу вчених Великобританії, які у 2005 році також виявили передачу вірусу папілом людини від матері до дитини під час пологів з частотою 1:80-1:1,500 (в середньому 1:400). Отже, великої уваги заслуговує детальне вивчення гінекологічного анамнезу матері для своєчасного виявлення та лікування генітального папіломатозу з метою попередження інфікування дитини під

час пологів.

Більшість авторів вважає, що папіломатоз гортані (рис. 1.1) займає перше місце серед усіх захворювань гортані і в подальшому призводить до хронічної обструкції та хрипоти у дітей. Дітям проводять до 20 оперативних втручань за своє життя і, зазвичай, у них наявна трахеостомічна трубка. Без лікування папіломатоз має високий ризик летальності 5-8 % в зв'язку з обструкцією дихальних шляхів.



Рис 1.1 Папіломатоз гортані

В. Зайцев і співавтори виділяють такі форми папіломатозу гортані: ювенільний, або папіломатоз у дітей віком до 14 років, та папіломатоз дорослих, який часто є продовженням ювенільного папіломатозу та проявляється рядом клінічних симптомів: порушення дихання, задишка при фізичному навантаженні, зміна голосу від легкої захриплості до повної афонії та явища гіпоксії головного мозку. Слід відмітити, що явища диспное можуть зростати, з'являються спазм гортані, стридор і синдром задухи. Якщо при такому стані не надати своєчасну невідкладну допомогу, може наступити смерть дитини. Прояв клінічних симптомів залежить від віку дитини, локалізації і розповсюдженості папілом. Захриплість може бути єдиним симптомом ЮРПГ, на цьому наголошує О. Радзиг [158].

Діти з папіломатозом гортані перебувають в лікувальних закладах в середньому від 2-3 днів до 1-2 місяців. Зазвичай, ці діти соматично ослаблені, у них часті ГРВІ, трахеїти, трахеобронхіти, захворювання серцево-судинної системи, в результаті чого у них можуть зустрічатися

порушення емоційної сфери та затримка психічного розвитку соматогенного походження. На сучасному етапі, враховуючи велику кількість респіраторних папіломатозів, які призводять до порушень голосу та дихання, соматичних та психічних розладів у дітей, не існує жодної класифікації, яка б об'єднувала всі прояви і наслідки даної хвороби і використовувалася як лікарями, так і корекційними педагогами. Класифікації, запропоновані науковцями, розглядаються з медичної точки зору, вони є недосконалими, на нашу думку, і потребують подальшої розробки [143].

Існуюча класифікація папіломатозу гортані Д. Чирешкіна та співавторів заслуговує на увагу. Вона базується на розповсюдженості патологічного процесу: локальна (папіломи локалізуються з однієї сторони чи розташовуються в передній комісурі та закривають голосову щілину не більше чим на 1/3); розповсюджена (папіломи локалізуються з однієї чи з обох сторін і розповсюджуються за межі внутрішнього кільця гортані чи розташовуються в ділянці передньої комісури та закривають голосову щілину на 2/3); облітеруюча. За станом дихальної функції: стеноз нульового ступеню; стеноз Іа ступеню; стеноз Іб ступеню; стеноз ІІ ступеню; стеноз ІІІ ступеню; стеноз ІV ступеню. За порушенням голосової функції: не порушена; легке порушення; виражена захриплість, афонія. За перебігом папіломатоз поділяється на: рідко рецидивуючий (не частіше 1 раз у 2 роки); часто рецидивуючий (1-3 рази на рік і більше) [143].

Рецидивуючий респіраторний папіломатоз – це найбільш поширена доброякісна пухлина верхніх дихальних шляхів.

З класифікацією ЮРПГ, на нашу думку, логопедів, фонопедів повинні ознайомити лікарі для того, щоб корекційні педагоги керувалися цими класифікаціями для розробки корекційних програм з відновлення голосу у дітей.

Як уже наголошувалось, діти з органічними захворюваннями гортані потребують оперативного втручання, деякі з них оперуються декілька разів

на рік – це стосується папіломатозу гортані та гемангіом гортані, результатом чого може бути рубцевий стеноз гортані.

Хронічний рубцевий стеноз гортані і трахеї є тяжким інвалідизуючим захворюванням, що супроводжується утрудненням або повним виключенням дихальної і голосоутворюючої функції гортані та особливо негативно позначається на загальному стані дитини, оскільки є причиною порушення її фізичного і психічного розвитку. Частіше рубцевим стенозом страждають діти у віці від 1 до 6 років (63,1 %). Серед пацієнтів переважають особи чоловічої статі 69,2 % [95]. Дослідження, проведені Л. Гуляєвою, А. Бондаренко, М. Золотарьовою, підтверджують, що кількість дітей з набутими стенозами гортані не зменшується, а навпаки відмічається тенденція до збільшення кількості даної патології в період новонародженості [55; 152]. Основною причиною хронічних рубцевих стенозів гортані в даній віковій групі є подовжена орофарингеальна інтубація. Найбільш частими причинами інтубації трахеї є асфіксія під час пологів, важкі пологові травми, вроджені вади розвитку дихальної, шлунково-кишкової, серцево-судинної та центральної нервової системи. Також велику кількість дітей складають недоношені діти з респіраторним дистрес-синдромом. Наростання дихальної недостатності (далі – ДН) на фоні хронічного рубцевого стенозу гортані потребує негайної трахеостомії. Слід відмітити високу інвалідизацію при рубцевих стенозах гортані, а особливо коли вони розвиваються в такому ранньому віці і призводять не тільки до порушень дихальної функції, а й формування мовлення дитини, що в свою чергу знижує якість життя та соціальну адаптацію.

Серед основних причин, що призводять до рубцевого стенозу гортані, є продовжена інтубація гортані і трахеї, трахеостомія (Л. Гуляєва, А. Косаковський, О. Радзиг, Е. Цветков, Ю. Шевчук та ін.), травми гортані (М. Козлов, Е. Цветков та ін.), опіки, травматичні операції з видалення папілом гортані (А. Лайко, Ю. Солдатський, Ю. Степанова) [55; 95; 143; 158;

182; 185; 211; 221].

Науковці розподілили причини, що призводять до вищезгаданої патології у дітей, у наступному співвідношенні: подовжена інтубація гортані і трахеї складає 78,5 %, багаторазові оперативні втручання у разі папіломатозу гортані – 10,8 % випадків, трахеостомія – 6,1 %, верхня бронхоскопія за наявності вроджених аномалій розвитку – 4,6 % [94].

Більшість вітчизняних та зарубіжних науковців (Л. Гуляєва, А. Косаковський, А. Лайко, Р. Holinger, S. Kutnick, J. Shild та ін.) також вважають, що у 90 % причиною набутих стенозів гортані є довготривала штучна вентиляція легень (далі – ШВЛ) [55; 95; 107; 252]. Статистичні дослідження, проведені З. Митуповим, А. Разумовським, показали, що у 88 % дітей причинами ХРСГ теж була подовжена ендотрахеальна інтубація [162].

Різні автори мають свої погляди з приводу того, скільки часу хворий має знаходитись на ШВЛ, щоб у подальшому розвинувся хронічний рубцевий стеноз гортані. Ю. Мітін вважає, що при правильному догляді і контролі за гортанню подовжена інтубація може тривати 10 днів і більше. І. Луцький, В. Чистякова наголошують, що подовжену інтубацію слід скоротити до 6 днів у дітей старшого віку і до 4 діб – у дітей молодшого. О. Євдощенко відмітила, що тривалість інтубації не повинна перевищувати 3 доби. А. Косаковський теж вважає, що інтубація не повинна перевищувати 3 доби, а потім її необхідно замінити трахеостомією. С. Водолазов відмітив, що на 3-4 день після інтубації у пацієнтів вже формується грубий рубцевий процес в гортані [60; 61; 95; 107; 139; 183].

Своєчасна профілактика, яка полягає у правильному атравматичному введенні в гортань і трахею вікового розміру інтубаційної трубки, запобігає виникненню хронічних рубцевих стенозів гортані і трахеї.

На другому місці серед причин ХРСГ є папіломатоз гортані. Після видалення папілом у 25 % – 30 % пацієнтів формується рубцевий стеноз

гортані, як наслідок – стійкі порушення голосу [143]. Основною скаргою при хронічному рубцевому стенозі гортані і трахеї є утруднення або повна неможливість дихання через природні дихальні шляхи, порушення голосу та наявність у більшості випадків канюленосійства. Голос може зберігати свої фізіологічні характеристики, 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 локалізація рубців на голосових складках призводить до вираженої захриплості при достатньому просвіті гортані для компенсованого дихання.

Пацієнти з хронічним рубцевим стенозом гортані, як правило, є канюленосіями. Це призводить до того, що виключаються функції гортані, а саме: дихальна, голосоутворююча, змінюється архітектоніка гортані і трахеї, порушується аеродинаміка, рефлекторні зв'язки з різними органами і системами, це призводить до тяжкої інвалідизації хворих [94; 95; 96; 165; 182; 183; 252].

За даними Б. Шевригіна, у дітей з хронічним стенозом гортані і трахеї може розвинутих стенотична хвороба, причиною якої є наявна трахеостома та утруднене дихання. Стенотична хвороба характеризується наявністю частих трахеобронхітів, пневмоній. У дітей з даною патологією знижуються показники життєвої ємності легень і в подальшому, як результат, формуються аномалії розвитку грудної клітки. Діти відстають у психофізичному розвитку від своїх однолітків, спостерігаються порушення з боку серцево-судинної, нейрогуморальної та ендокринної систем [95; 193].

Дослідження, проведені Д. Тарасовим та ін., показали, що у дітей з ХРСГ при наявній трахеостомі мають місце бронхолегеневі зміни, і, чим

менша дитина, тим більша вірогідність даних змін з боку дихальної системи [193]. Експериментальні та клінічні дослідження Б. Сагаловича, І. Холматова, А. Юніної довели, що патологія гортані, верхніх дихальних шляхів, особливо виключення носового дихання, призводить до гіпоксії головного мозку та інших органів і тканин, в результаті чого порушується функціонування організму в цілому. Довготривала гіпоксія головного мозку призводить до порушень психічних процесів у дитини, а саме пам'яті, сприймання, уваги. Є. Павловський довів рефлексаторний вплив гортані на діяльність органів та систем. Так при перерізі верхньогортанних нервів підсилюється частота дихальних рухів з підсиленням експіраторної фази та зменшенням глибини дихання. У дітей з ХРСГ наявна функціональна емфізема легень та послаблення тону м'язів міжреберних м'язів і діафрагми. Відмічено, що у хворих зі стенозом гортані знижена частота дихання, збільшений час видиху, знижується екскурсія діафрагми та об'ємна величина діафрагмального дихання [193]. При цьому пошкоджується легенева тканина і її функції, використання кисню та елімінації вуглекислого газу, змінюється альвеолярна вентиляція, порушується кровообіг у легенях, знижується їх дифузна властивість, порушуються окисно-відновні процеси та кислотно-лужова рівновага в організмі. Результатом цього є зниження загальної імунологічної реактивності у дітей. Діти схильні до вірусних і бактеріальних інфекцій і відносяться до групи часто хворіючих дітей [212]. Сучасні методики лікування хронічних рубцевих стенозів гортані і трахеї включають впровадження в практику аплікаційних сорбентів, контроль розташування дилататора в гортані за допомогою ультразвукового сканування, нові способи хірургічного лікування даної патології, застосування внутрішньотканинного фонофорезу лікарських речовин та інше. Це є одним із етапів комплексного супроводу дітей з даною патологією, що нами детально вивчатись і досліджуватись не буде, оскільки медичним супроводом дітей займаються лікарі [95; 251; 252]. Однак, слід відмітити, що

ефективність і термін реабілітації хворих залежать і від раціональної лікувальної тактики, на чому наголошують А. Косаковський, О. Орлова; О. Радзиг [95; 135; 158].

Досить рідкісною патологією гортані у дітей є судинна пухлина – ангиома гортані. Наявність у гортані пухлини та довготривале медикаментозне чи хірургічне лікування (кріодеструкція) призводять не тільки до тяжких порушень голосу у дітей, але й до зміни архітектоніки гортані.

В. Співаков відмічає, що ангиоми гортані складають 1 % від усіх пухлин гортані. За даними В. Бордуліної, до 1948 року у світовій літературі було опубліковано лише 119 випадків гемангіом гортані, а руминський автор Н. Костинеску за період 1937-1964 р.р. виявив лише 4 випадки вищезгаданого захворювання. М. Светлаков діагностував серед 1240 хворих з доброякісними пухлинами гортані лише у 10 (0,8 %) пухлину судинного генезу, а М. Шустер та співавтори виявили гемангіому у 11 (4,6 %) дітей серед 235 хворих з хронічними рубцевими стенозами гортані різної етіології. Д. Чирешкін підкреслює, що судинні пухлини посідають друге місце (після папіломатозу) серед доброякісних пухлин гортані. Ангиоми гортані мають вроджений генез і можуть розташовуватись на різних ділянках гортані: голосових, вестибулярних, черпакувато-надгортанних складках і в підголосовій порожнині. До клінічних симптомів судинних пухлин гортані відносять утруднене дихання, порушення голосу, дисфагічні розлади, інколи кровохаркання. Кріовплив – це один із методів лікування гемангіом гортані, який застосовується після трахеостомії, але, на жаль, може призвести до змін архітектоніки гортані і в подальшому до ХРСГ [70].

Фіброми гортані також призводять до порушень голосу. Фіброма – це доброякісна пухлина, локалізується на голосових складках, частіше по їх вільному краю. У дитячому віці зустрічається досить рідко. Слід виділити основні причини фібром: не дотримання голосового режиму під час

запальних захворювань гортані, гострої респіраторної вірусної інфекції, особливо із застосуванням форсованого голосу або не властивої теситури, після травматизації складок внаслідок різкого крику, зловживання твердою атакою та інше. Хворі скаржаться на поступову зміну чистоти голосу, відчуття існування стороннього тіла в горлі, іноді кашель, хоча дихання при цьому збережене. Порушення голосу може відмічатись вже на початку захворювання у вигляді легкої захриплості, що відмічається у тенорів та ліричних сопрано на всьому діапазоні незалежно від сили звуку, втомлюваності голосу. Голос порушується поступово в залежності від росту фіброми. Локалізація фіброми на вільному краї голосової складки призводить до відчутної хрипоті, а якщо у фіброми наявна ніжка, то голос може періодично змінюватись від легкої захриплості до відчутної дисфонії [70].

За даними L. Zawadzki-Glos та спів. за 2000-2008 р. р. було діагностовано 10 випадків кіст гортані. Різні науковці стверджують, що кісти гортані складають 5 % від всіх доброякісних новоутворень гортані [74]. Кісти гортані у дітей частіше локалізуються на гортанній поверхні надгортанника, в ділянці вестибулярних складок, шлуночках гортані, на голосових складках і черпакуватих хрящах, але їх діагностика і лікування залишаються актуальною проблемою [40; 70].

Невеликі кісти гортані можуть протікати безсимптомно, а великі – призводять до відчуття стороннього тіла в горлі, розладів ковтання та дихання, порушення голосу, навіть якщо кіста невеликих розмірів і розташовується на голосових складках. У новонароджених дітей кісти гортані можуть стати причиною стенозу, що вимагає негайної інтубації дитини з наступним видаленням кісти.

Вузлики голосових складок, або «співочі вузлики», за даними Ф. Ферліто згідно інтернаціональної гістологічної класифікації пухлин, яка була опублікована Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я у 1991 році,

так як поліпи і кісти, відносяться до пухлиноподібних утворень гортані. При цій патології виникає незмикання голосових складок, яке призводить до напруження голосу та форсування його, результатом чого є тривале порушення голосової функції: різна ступінь захриплості голосу, швидка його втомлюваність, хворі також відчують наявність стороннього тіла в гортані, слизу на голосових складках, що заважає нормальній фонації і потребує постійного відкашлювання [70].

Органічні захворювання гортані у дітей заслуговують особливої уваги, оскільки всі вищезгадані нозологічні одиниці мають порушення голосу від легкої захриплості до відсутності голосу взагалі, а в деяких випадках і порушення дихання.

1.4. Комплексний супровід як загальнопедагогічна проблема

Для того, щоб професійно підійти до роботи з дітьми з вищезгаданою патологією, необхідно залучити багатьох спеціалістів для обстеження, лікування та реабілітації дітей з порушеннями голосу органічного генезу. Сумісну роботу спеціалістів, спрямовану на подолання тієї чи іншої проблеми, називають комплексним супроводом. Як і більшість науковців, які займались комплексним супроводом (В. Кисличенко, С. Конопляста, І. Кузнецова) ми розмежували поняття «допомога» та «супровід». Під «допомогою» ми розуміємо одномоментний вплив фахівців, і вважаємо, що вона є складовою супроводу [84]. Супровід – це мультидисциплінарний метод, забезпечуваний єдністю зусиль педагогів, психологів, соціальних та медичних працівників, який розмежовується відповідно на психологічний, логопедичний, педагогічний та медичний супроводи. Сумісну роботу спеціалістів, спрямовану на подолання тієї чи іншої проблеми, називають комплексним супроводом. Є різні погляди до визначення поняття супроводу [87; 220].

Є. Казакова під супроводом розуміє метод, який забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом розвитку оптимальних рішень в різних тяжких ситуаціях життєвого вибору. При цьому, під суб'єктом розвитку розуміється як людина, яка розвивається, так і система, що розвивається [76; 87]. Ситуації життєвого вибору – це множинні проблемні ситуації, під час вирішення яких суб'єкт визначає для себе шлях прогресивного чи регресивного розвитку. Для забезпечення допомоги дітям у розвитку необхідне об'єднання зусиль різних фахівців: психологів, соціальних педагогів, педагогів-дефектологів, які працюють у системі освіти [87].

Питання комплексного супроводу дітей з вадами опорно рухового апарату розглядав А. Шевцов, при цьому комплексний супровід науковець називав командною роботою. Метою цієї командної роботи є надання конкретній дитині можливості вести життя, якомога наближене до того, яке б вона мала без функціональних обмежень [220]. Командна робота означає спільну практику в оптимальному складі невролога, фізіотерапевта та педагога, а, за необхідності, вона час від часу може поповнюватися трудотерапевтом та фахівцем з ортопедичних допоміжних засобів з метою досягнення функціональних цілей. Ідея командної роботи не обмежується зборами задля проведення оцінювання та планування. Батьки без будь-яких винятків запрошуються до команди, їх приймають на рівні з фахівцями через те, що вони, як ніхто інший, знають особливості власної дитини [220]. О. Орлова та Г. Тарасова наголошують на міждисциплінарному підході до комплексної реабілітації дітей з вадами голосу, мовлення та слуху. Науковці підкреслюють, що для раннього та своєчасного виявлення причин порушення мовлення у дитини необхідна командна діагностика спеціалістами: дитячого невролога, неонатолога, генетика, оториноларинголога, сурдолога, ендокринолога, психолога, ортодонта, логопеда, нейрофізіолога [135].

Потрібно розрізнати поняття процес супроводу, метод супроводу та служба супроводу. Отже, процес супроводу – це сукупність послідовних дій,

які дозволяють суб'єкту визначитись із прийняттям рішень та нести відповідальність за реалізацію рішень. Метод супроводу – це спосіб практичного здійснення процесу супроводу, в основі якого лежить єдність чотирьох функцій: діагностика сутності проблеми, яка виникла, інформація про сутність проблеми і шляхи її вирішення; консультація на етапі прийняття рішення та розробка плану вирішення проблеми; першочергова допомога на етапі реалізації плану рішення [87]. Служба супроводу – це об'єднання спеціалістів різного профілю, які здійснюють процес супроводу. Служба супроводу, за визначенням Є. Казакової, – це структурний підрозділ освітнього закладу, що створюється в його межах, підпорядковується керівництву освітнього закладу і який призначений для супроводу вихованців цього закладу [75].

Організація служби супроводу – це ведення дитини за індивідуальним освітнім маршрутом, з підбором освітніх програм відповідно до індивідуальних можливостей і рівня освоєння шкільних умінь і навичок [75].

Для того, щоб комплексний супровід дітей давав позитивні результати в роботі, необхідно дотримуватись основних принципів комплексного супроводу, які включають: рекомендує характер порад супроводжувачого, пріоритет інтересів супроводжувачого, безперервність супроводу, мультидисциплінарність супроводу та прагнення до автономізації. Невід'ємною частиною комплексного супроводу є комплексний підхід як один з основних принципів діагностики захворювання дитини, який полягає у необхідності всебічного обстеження і оцінки особливостей розвитку дитини, що охоплює не тільки інтелектуальну, пізнавальну діяльність, але і поведінку, емоції, рівень опанування навичками, а також стан аналізаторів її зору, слуху, рухової сфери, неврологічний статус, анамнез життя і розвитку. Відомості про соматичний стан дитини, про стан її нервової системи і органів відчуття, про умови і особливості її розвитку, про можливості спадкової природи порушень є не менш важливими для визначення шляхів навчання

дитини [75; 76; 87; 199; 220].

Для більшого розуміння поняття комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу потрібно розмежувати його складові, такі як психологічний, логопедичний, фонетичний, педагогічний та медичний супроводи.

Під психологічним супроводом ми розуміємо систему професійної діяльності педагога-психолога, спрямовану на створення умов для позитивного розвитку відносин дітей і дорослих в освітній ситуації, психологічний і психічний розвиток дитини з орієнтацією на зону її найближчого розвитку [87; 102]. Психологічний супровід дитини у відділенні медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів проводиться комплексно з іншими фахівцями і спрямований на створення оптимальних умов розвитку емоційно-психологічного та інтелектуального потенціалу дитини, її соціально-побутової адаптації, комунікативних здібностей.

Логопедичний супровід А. Арендарук, В. Кисличенко розглядають як структурний компонент загального психолого-педагогічного супроводу, де у співвідношенні підсистем логопедичний супровід сім'ї залишається самостійним напрямком, що має свої методологічні засади, мету, специфічні завдання і шляхи вирішення. Логопедичний супровід – це вплив на дитину, прямий чи опосередкований (через близьке оточення), який реалізується у різних формах (за необхідністю) протягом усього дитячого віку спеціалістами – логопедами [11; 84].

В основі педагогічного супроводу, зокрема, для дітей з тим чи іншим захворюванням, лежить професійна майстерність педагогів, глибоке розуміння дітей з психофізичними вадами, їхніх індивідуальних потреб, специфіки сприйняття та відтворення наданого їм навчального матеріалу. Педагогічний супровід К. Александрова розглядає як педагогічну діяльність, суть якої полягає в перманентній готовності дорослого адекватно відреагувати на фізичний і емоційний дискомфорт учня або оточуючих його

людей, на його запит про взаємодію.

Медичний супровід спрямований на діагностику, лікування, швидке одужання та профілактику захворювань. Медичний супровід для кожної дитини і для кожного конкретного випадку індивідуальний. Представники відповідних медичних спеціальностей: неврологи, отоларингологи, психіатри, ортопеди та інші співпрацюють навколо конкретного випадку для того, щоб зробити все можливе для попередження функціональних обмежень і, у разі, коли це неможливо, – профілактики подальших ускладнень.

Психолого-педагогічний супровід дітей з практичного та теоретичного поглядів відображений у роботах Л. Гречко, З. Дорошенко, О. Казакової, В. Кисличенко, Л. Шипіциної та ін. [54; 58; 75; 76; 84; 87]. З. Дорошенко займається комплексним супроводом дітей раннього віку [58]. Д. Шульженко – комплексним супроводом аутичної дитини, Б. Дем'яненко – комплексним супроводом дітей з психічними порушеннями, М. Рукавіцин – комплексним супроводом дітей з вадами слуху, Л. Максимова – комплексним супроводом дітей з вадами зору.

Одним з найактуальніших напрямів корекційної педагогіки та спеціальної психології як в Україні, так і в усьому світі, є ранній психолого-педагогічний супровід дітей з відхиленнями у розвитку. Ранній психолого-педагогічний супровід – це новий напрям міждисциплінарних знань, що є теоретичним та практичним підґрунтям комплексного обслуговування дітей перших місяців і років життя з груп медичного, генетичного і соціального ризику відставання у розвитку.

Особливості розвитку дитини в ранньому віці, пластичність центральної нервової системи і здатність до компенсації порушених функцій обумовлює важливість ранньої комплексної допомоги, що дозволяє шляхом цілеспрямованого впливу виправляти первинно порушені психічні і моторні функції при зворотніх дефектах та попередити виникнення вторинних відхилень у розвитку.

Рання комплексна допомога передбачає широкий спектр довгострокових медико-психолого-соціально-педагогічних послуг, орієнтованих на сім'ю і здійснюваних у процесі узгодженої роботи фахівців різного профілю.

Психолого-педагогічний супровід сьогодні є не просто сукупністю різноманітних методів корекційно-розвиваючої роботи з дітьми, а й виступає як комплексна технологія, особлива культура підтримки і допомоги дитині у вирішенні завдань розвитку, навчання, виховання та соціалізації.

Отже, всі складові супроводу тісно переплітаються між собою, а спеціалісти: медичні працівники, логопеди, психологи та інші мають тісно співпрацювати, оцінювати можливість надання допомоги в рамках своєї професійної сфери. Їх подальше співробітництво буде сприяти швидкому отриманню позитивної динаміки та одужанню дитини.

Це передбачає, що фахівець з психолого-педагогічного супроводу не тільки володіє методиками діагностики, консультування, корекції, але й має здатність до системного аналізу проблемних ситуацій, програмування і планування діяльності, спрямованої на їх вирішення, співорганізацію учасників освітнього процесу (дитина, однолітки, батьки, педагоги, адміністрація).

Ідея комплексного підходу в наданні допомоги дітям з порушеннями розвитку полягає в налагодженні взаємозв'язку в роботі між різними структурами, що займаються цими питаннями, і, насамперед, між медичною та освітньою сферами. З урахуванням цього підходу розроблені моделі комплексної корекційно-реабілітаційної допомоги дітям із порушеним розвитком. Основна сутність цих моделей – фокусування уваги міжгалузевих структур і фахівців різних профілів (медичних працівників, психологів, педагогів та інших) на проблемах дитини та її родини, інноваційному змісті і технологіях корекційно-реабілітаційної роботи, які б забезпечували ефективність і результативність корекції мовлення, розвитку пізнавальної

діяльності та успішної підготовки дітей до навчання у школі. Так, А. Щевцов розробив п'ятифакторну модель комплексної реабілітації дітей з органічними ураженнями ЦНС, яка включає наступні фактори впливу на хвору дитину: соціальний, педагогічний, психологічний, медичний та техніко-середовищний [220].

Наукові роботи зарубіжних та вітчизняних учених (І. Кузави, І. Мамайчук, В. Синьова, Є. Синьової, В. Тарасун, А. Шевцова, Д. Шульженко, Л. Шипіциної та ін.) наголошують на необхідності та значущості психолого-педагогічного супроводу дітям з порушеним психофізичним розвитком [87; 101; 102; 178; 180; 194; 220].

Питання супроводу відображені у роботі А. Коноплевої та Т. Лещинської і застосовувались у дітей з психофізичними вадами для інтегрованого навчання. Науковці пропонують застосовувати програми супроводу дитини і відмічають, що програма супроводу і програма попередження відхилень у розвитку дитини розцінюються як рівнозначні [88, с. 62].

Про потребу комплексного ґрунтового обстеження та лікування пацієнтів з порушеннями голосоутворюючого апарату наголошують А. Вакарова, Г. Скаржинський, А. Шкеловська. У деяких клініках Європи передбачені спеціальні програми для діагностики та лікування порушень голосу. Прикладом слугує Клініка та Центр слуху і мовлення Варшавського Інституту фізіології і патології слуху, де в роботі з пацієнтами, які мають зазначену патологію, приймають участь такі фахівці як фоніатри, логопеди, психологи, педагоги, фізіотерапевти [224; 225].

Д. Вільсон при системному підході до діагностики порушень голосу пропонує створювати бригади, до складу яких повинні входити спеціалісти різного профілю (фоніатр, логопед (фонопед), педіатр, невролог, психіатр, психолог, аудіолог, соціолог, шкільний працівник та вчитель співу. Склад бригади має бути гнучким і визначатися конкретними завданнями та

включати певні послідовні стадії розвитку: вихідне обстеження, спільні консилиуми, оцінку ефективності лікування та контрольне спостереження.

Таким чином, супровід дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу є актуальною проблемою сьогодення. Для її вирішення необхідний пошук нових форм і методів, що сприятимуть розробці методики комплексного супроводу даної категорії дітей.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз літературних джерел показав, що розлади голосу в дитячому віці дуже розповсюджені і проявляються у вигляді функціональних та органічних дисфоній. Недостатня санітарно-просвітницька, профілактична робота, необізнаність батьків, вчителів з першими симптомами порушення голосу у дитини, несвоєчасне звернення до лікарів призводять до того, що функціональні голосові порушення можуть перейти в органічні. Г. Михайлова відмічає, що хвороби гортані у дітей займають друге місце (5,6 %) серед усіх захворювань ЛОР – органів. За різними авторами кількість органічних і функціональних порушень голосу в середньому становить: 41 % – функціональні порушення голосу і 47 % – органічні (О. Радзиг).

Встановлено, що причинами порушення голосу органічного походження можуть бути захворювання і травматичні ушкодження гортані та голосових зв'язок, папіломовірусна інфекція та ін., що призводять до органічних змін у голосоутворюючому апараті, що проявляються парезами гортані – 7 %, папіломатозом гортані – 25 %, вузликами голосових складок – 18 % та ін. (Д. Клес). Зміни архітекτονіки гортані інколи мають незворотні наслідки, що в подальшому може призвести до інвалідизації дитини.

Вивчаючи анатомо-фізіологічні та фонаторні особливості голосомовленневого апарату у дітей в різні вікові періоди, ми дійшли

висновку, що гортань дитини є дуже вразливим органом, вона чутлива до дії різних патогенних чинників, це в подальшому відображається на основних акустичних характеристиках голосу: висоті, силі, тембрі, мелодико-інтонаційній стороні мовлення та на фонаційному і мовленнєвому диханні дитини.

Визначено, що для відновлення голосомовленнєвої функції необхідне своєчасне діагностування, лікування, корекція та реабілітація цієї групи дітей. Позитивна динаміка в реабілітаційній роботі з такими дітьми можлива за умови забезпечення єдності зусиль корекційних педагогів, психологів, соціальних та медичних працівників.

На підставі системного теоретичного аналізу загальної та спеціальної медико-психолого-педагогічної літератури і практичної діяльності встановлено, що відсутні дослідження, присвячені комплексному супроводу дітей з порушеннями голосу органічного генезу, які гостро потребують комплексного впливу фахівців (лікарів, психологів, логопедів) на всіх етапах перебігу захворювання для своєчасного відновлення чи покращення голосової функції та нівелювання психологічних порушень.

Таким чином, резюмуючи вищезначене, ми дійшли висновку, що проблема порушенням голосової функції органічного генезу є актуальною і потребує подальшого вивчення на всіх етапах супроводу з метою відновлення голосової функції у дітей.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Осадча Т. М. До питання комплексного супроводу дітей з порушеннями голосу органічного генезу / Т. М. Осадча // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 188-191.

2. Осадча Т. М. Порушення голосу органічного генезу у дітей /

Т. М. Осадча // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип XXI, в двох частинах, ч. 1. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2012 – С. 115-122.

3. Осадча Т. М. Етіопатогенетичні аспекти порушень голосу у дітей / Т. М. Осадча // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 21. – С. 188-191.

4. Осадча Т. М. Нові підходи до комплексного супроводу дітей з порушенням голосу органічного генезу / Т. М. Осадча, М. К. Шеремет, Ю. В. Гавриленко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 5-с. – С. 148-149.

РОЗДІЛ 2

КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

2.1. Дослідження стану та особливостей голосової функції у дітей з органічними ураженнями голосового апарату

Аналізуючи літературні джерела з метою розуміння етіології та патогенезу органічних захворювань гортані, що призводять до порушень голосової та дихальної функцій у дітей, ми дійшли висновку, що для проведення нашого дослідження в умовах міждисциплінарного підходу є необхідним комплексне та всебічне обстеження даної категорії дітей.

Пошук нових шляхів для всебічного обстеження дітей дошкільного віку, які мають порушення голосу, зумовлені органічними змінами у гортані, є на сьогодні не вирішеним і не розкритим в достатньому обсязі питанням.

Наше дослідження спрямоване на комплексне, системне вивчення порушень основних характеристик голосу (висоти, сили, тембру, мелодико-інтонаційної сторони мовлення) у дітей дошкільного віку, які мають органічні захворювання гортані і визначення їх особливостей з подальшою розробкою корекційно-реабілітаційної роботи з метою покращення якості їх здоров'я і соціалізації у суспільство. Для цього необхідно з'ясувати зміни акустичних характеристик голосу, пов'язані з органічною патологією в гортані у дітей в доопераційному періоді.

З цією метою необхідно вирішити наступні завдання:

- виявити органічні захворювання гортані, що призводять до змін голосової та дихальної функцій у дітей дошкільного віку;
- провести комплексну оцінку виявлених порушень основних характеристик голосу, пов'язаних зі зміною архітектоніки голосового апарату;
- дослідити функції зовнішнього дихання (наявність ДН) та його

особливості, типу дихання, стан фонаційного та мовленнєвого дихання;

- визначити мовленнєві порушення у дітей, які призводять до змін голосу;

- проаналізувати та систематизувати результати комплексного обстеження фахівцями (лікарями, логопедами, фонопедями, психологами) дітей, які мають порушення голосу органічного генезу.

Згідно завдань, ми вбачали за можливе використати експериментальні методи для виявлення і обстеження голосоутворюючого апарату дітей з порушеннями голосу, відображені у роботах О. Астахової, Т. Гаращенко, А. Косаковського, А. Лайко, Ю. Степанова, Т. Шидловської [16; 48; 94; 95; 107; 139; 184; 224; 225]. Для обстеження акустичних характеристик голосу та особливостей мовленнєвого і фонаційного дихання також використовували методики О. Алмазової, Ю. Василенко, Д. Вільсона, Н. Манько, О. Радзиг, О. Федорової та ін., застосовуючи індивідуальний та комплексний підхід до кожної дитини, враховуючи АФО дихальної системи дітей дошкільного віку, тривалість захворювання, кількість оперативних втручань, наявність супутніх синдромів [8; 36; 39; 112; 113; 114; 117; 154; 158; 159; 201]. Для дошкільників пропонувалися доступні, недовготривалі завдання, які можливо використовувати у лікувальних закладах.

Дослідження проводилось на базі отоларингологічного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Для вирішення вищезазначених завдань дослідження проводилось в декілька етапів: клініко-психологічний, логопедичний, фонопедичний, прогностичний, кожен з яких мав свої напрями, мету та завдання. Враховуючи, що в нашій роботі ми досліджували артикуляційний апарат дитини та виявляли зміни, які можуть призвести до порушення голосоутворення, тобто логопедичні аспекти та власне зміни в голосомовленнєвому апараті, які теж призводять до порушення голосоутворення, тобто фонопедичні аспекти, на нашу думку, доцільно

об'єднати поняття «логопедія» та «фонопедія». Таким чином, зміни в мовленнєвому апараті, які зумовлюють порушення голосоутворення, будемо досліджувати та корегувати вцілому, пропонуючи поняття «логофонопедичне обстеження», «логофонопедичний супровід», «логофонопедичний вплив». Логофонопедичне обстеження, на нашу думку, – це комплексне системне обстеження артикуляційного та фонаторного апарату дитини, що визначає ступінь сформованості звуковимови та фонації. Логофонопедичний супровід – це мультидисциплінарний комплексний вплив фахівців (логопедів, фонопедів), направлений на відновлення мовленнєвої та фонаторної функції. Логофонопедичний вплив – це короткочасна допомога фахівців, шляхом застосування вправ, направлених на відновлення чи покращення роботи артикуляційного та фонаторного апарату. Логофонопедичний вплив є складовою логофонопедичного супроводу. На підставі цього логопедичний і фонопедичний етапи ми об'єднали в логофонопедичний етап.

На першому етапі – клініко-психологічному, ми мали на меті виявити хворих дітей дошкільного віку з органічною патологією гортані; дослідити функцію зовнішнього дихання (ФЗД) та виявити дітей, які мають дихальну недостатність; виявити зміни голосу, що спостерігаються у дітей зі зміненою архітектонікою гортані; діагностувати соматичні захворювання у дітей та дослідити, який вплив вони чинять на перебіг основного захворювання; з'ясувати можливі психологічні порушення (емоційної сфери) у даній категорії дітей.

На другому логофонопедичному етапі метою було визначити особливості голосу у дітей з органічною патологією гортані, стан функції зовнішнього, фонаційного та мовленнєвого дихання, тип дихання, можливі мовленнєві порушення.

На третьому – прогностичному етапі намагались за отриманими даними спрогнозувати корекційну роботу в залежності від складності захворювання, виявлених порушень основних характеристик голосу та

емоційної сфери, а також супутньої патології у досліджуваній категорії дітей.

На кожному етапі нашого експериментального дослідження ми вважали за необхідне залучати до роботи спеціалістів: отоларингологів, фоніатрів, фонопедів, логопедів, психологів, педіатрів та інших.

Слід зауважити, що в нашому дослідженні приймали участь діти, які вперше звернулися за консультацією до отоларингологів, та ті, які довготривало (більше 2-х років) лікувалися з приводу даного захворювання і мали декілька оперативних втручань на гортані.

На першому – клініко-психологічному етапі керувалися низкою діагностичних методів, що пропонують використовувати науковці (Д. Заболотний, А. Косаковський, А. Лайко Т. Шидловська та ін.) для обстеження дітей з патологією голосоутворюючого апарату та дихальної системи, це – збір анамнезу та скарг хворого, загальноклінічні дослідження, оториноларингологічний огляд, спеціалізований фоніатричний огляд з використанням функціональних навантажень, перцептивна оцінка голосу, вимірювання часу максимальної фонації, ларингостробоскопія, мікроларингоскопія, мікроларингостробоскопія, фіброназоларингоскопія, спектральний аналіз голосу, визначення «голосового поля», сонографія, рентгенографія гортані, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія гортані, рентгенокінематографія гортані, електроміографія, хронаксиметрія, глотографія, дослідження амплітуди вібрато і зовнішнього дихання під час співу, електрокімографія, методи дослідження органів і систем, пов'язаних з механізмом голосоутворення [70; 95; 107; 224;225]. Всі ці методи є дуже важливими для обстеження дитини, і вони доповнюють один одного з метою достовірності поставленого діагнозу. Але у своєму дослідженні ми застосовували ті, які вважали необхідними для досліджуваної групи дітей.

Експериментальне дослідження ми розпочинали зі збору скарг батьків (дитини), анамнестичних даних (анамнез захворювання та анамнез життя дитини); отримували результати об'єктивного дослідження ЛОР-органів;

використовували спеціальні методи дослідження стану голосового апарату і акустичні властивості голосу в доопераційний період; визначали супутню соматичну патологію; проводили логофоноведичне обстеження та психологічне обстеження дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу.

Найбільш важливим методом для дослідження голосової функції та стану голосового апарату у дітей ми вважаємо є спеціалізований фоніатричний огляд: перцептивна оцінка голосу, вимірювання часу максимальної фонації, ларингостробоскопія, фіброназоларингоскопія, що ми і використовували у нашому дослідженні. Однак, ця точка зору стверджувалась і відомими фоніатрами Т. Гаращенко, К. Куреньовою, В. Триносом, Т. Шидловською, та ін [70; 224; 225]. Спектральний аналіз голосу, як наголошує О. Павлихин, може використовуватись лише як додатковий метод для контролю за динамікою лікування, оскільки у дитячому віці голос мінливий і відбувається його становлення.

Отримані результати обстеження вносили в розроблену нами індивідуальну картку дитини (додаток А).

До клінічного обстеження хворих, які мали порушення голосу, крім дитячого отоларинголога чи фоніатра, ми вбачали за необхідне залучати логофоніста, психолога і, за необхідності, невролога, психіатра, аудіолога та інших спеціалістів.

Збір анамнезу проводився за загальноприйнятою схемою. Зверталась увага на перебіг вагітності у матері, ускладнення під час пологів, супутні захворювання матері, розвиток дитини, перенесені хвороби дитиною, наявність в анамнезі порушень голосоутворення, дихання, алергологічний анамнез, оперативні втручання, частоту захворювань на вірусні та бактеріальні інфекції та інше.

При загальному ЛОР-огляді звертали увагу на ділянку шиї, наявність в цій ділянці післяопераційних рубців, трахеостомії. Проводилась пальпація

регіональних шийний лімфатичних вузлів та гортані.

Для подальшого об'єктивного обстеження дитини дошкільного віку застосовували риноскопію, орофарингоскопію, непрямую ларингоскопію, отоскопію з метою виявлення патологічних станів у цих анатомічних утвореннях, які можуть бути теж причиною змін акустичних характеристик голосу. Так, риноскопія дає можливість виявити аденоїдні вегетації чи новоутворення носоглотки, які є причиною гіпоназалізації звуків.

Непрямую ларингоскопію проводили за допомогою гортанного дзеркала та лобного рефлектора (відмічалися поодинокі випадки проведення непрямой ларингоскопії дошкільникам). Дітям, які мали порушення голосоутворення, обов'язково проводили дослідження слуху (аудиометрія, імпедансометрія). Дослідження слухової функції є невід'ємним при обстеженні, оскільки у дітей, які втратили слух у ранньому віці, голос монотонний, має бідне інтонаційне забарвлення і навпаки, у дітей, які втратили слух після сформованого мовлення, голос занадто гучний, про що наголошують Л. Фомічова, М. Шеремет, Т. Шидловська [113; 114; 205; 223; 224; 225].

Фоніатричне обстеження включало суб'єктивну оцінку голосу та дослідження функції зовнішнього дихання, фонаційного дихання. Фонаційне дихання можливо досліджувати як на першому етапі констатувального експерименту, так і на другому. Детальніший опис дослідження фонаційного дихання ми представимо на другому (логофонопедичному) етапі нашого експерименту.

Суб'єктивна оцінка голосу хворої дитини має, на нашу думку, проводитись комплексно за участю ЛОР-лікаря (фоніатра) та логофонопеда з метою достовірного опису параметрів голосу. Під час бесіди з обстежуваним фахівці оцінювали якість голосу пацієнта за допомогою власного слухового сприйняття (при цьому слух у них повинен бути в нормі). Звертали увагу на такі параметри голосу як інтенсивність голосу (тихий, послаблений, гучний), тембр (наявність захриплості та її ступінь, придихання), наявність призвуків,

баланс носового і ротового резонансу, порушення темпу та мелодики, постійний чи мінливий характер змін. Первинну оцінку тембру голосу починали із акустичної суб'єктивної оцінки шляхом бесіди з дитиною і оцінювали за критеріями, представленими у таблиці 2.1. [39; 70; 113; 114; 133; 140; 168; 201; 225; 226]. Слід зазначити, що тембр голосу в нормі не має призвуків, дзвінкий, політний.

Таблиця 2.1

Особливості тембру голосу

| Ступінь порушення тембру голосу | Параметри оцінки |
|---------------------------------|---|
| Легкий | Незначна захриплість чи її поява після незначного голосового навантаження |
| Помірний | Постійна захриплість при голосовому навантаженні |
| Тяжкий | Постійна захриплість і періодичне випадіння голосу |
| Глибокий | Відсутність голосу (афонія) |

Виявлені фахівцями наявні порушення голосу дають можливість зробити висновки не лише про ступінь порушень та вираженість патологічних змін у голосомовленнєвому апараті, а й поставити попередній діагноз.

Присутність логофонеда на фоніатричному огляді, на нашу думку, дає йому можливість виявлені зміни голосу у пацієнта співставити з тією чи іншою нозологією, підтвердженою інструментальними методами дослідження. Обізнаність логофонеда щодо існуючих захворювань гортані та змін голосу, які можуть спостерігаються у пацієнта, є, на нашу думку, обов'язковим.

Суб'єктивну оцінку голосу проводили під час госпіталізації дитини на стаціонарне лікування, тобто, в доопераційний період.

Крім загальноклінічного обстеження, великого значення надавали спеціальним методам дослідження: ендоскопічним, променевим,

функціональним (ендоскопія гортані, пряма ларингоскопія, ультразвукове дослідження гортані (далі – УЗД гортані), МРТ гортані, дослідження функції зовнішнього дихання, пневмографія та ін., з метою виявлення патологічних змін у гортані та розуміння причин порушення голосу у дитини.

Існує безліч методів для дослідження голосового апарату у дітей, але у своїй роботі ми опишемо ті, які ми використовували для діагностики та контролю за якістю лікувальної і корекційної роботи [70; 107; 143; 154; 167; 224; 225].

Ендоларингоскопія широко використовується не тільки для обстеження гортані у дорослих, але й у дітей, починаючи від періоду новонародженості. Перед ендоларингоскопією необхідно провести бесіду з пацієнтом, впевнити його в тому, що ця маніпуляція безболісна і швидка. Бесіда може проводитись лікарем, фонопедом чи психологом.

З діагностичною метою також для більш поглибленого вивчення стану гортані і огляду важкодоступних місць гортані: шлуночків гортані, нижньої поверхні голосових складок, передньої комісури, підскладкового простору, використовували пряму підвісну ларингоскопію, яка проводиться під загальним знеболенням.

Ці методи дослідження гортані дають можливість описати ларингоскопічну картину всіх її анатомічних структур і виявити патологію в будь-якому відділі гортані. Можливість проведення запису і архівування ларингоскопічної картини на цифрові носії до і в післяопераційний період, дає змогу спостерігати результати лікування в динаміці, розуміти логофонедеу, як виглядає в нормі та при патології гортань, використовувати записи ларингоскопічної картини гортані психологом як наочні матеріали у роботі з дітьми, які мають порушення голосоутворення. Ендоскопію, відеоларингостробоскопію гортані дітям, на нашу думку, необхідно проводити разом із психологом, що дасть можливість уникнути страху чи агресії у дитини за допомогою застосування психокорекційних методик.

УЗД гортані застосовували у дітей з ЮРПГ та ХРСГ, особливо, якщо вони мали тампон-дилататор в підголосниковій порожнині, проводили контроль фіксації цього тампона. Це неінвазивний метод і може бути використаний як експрес-метод діагностики захворювань гортані і для спостереження за динамікою перебігу захворювання в процесі лікування. Він дозволяє визначити особливості взаєморозташувань структур гортані, наявність і локалізацію патологічних утворень, їх розміри і особливості кровообігу, рухливість голосових складок. Результати дослідження можуть бути роздруковані на принтері або записані на цифрові носії [224; 225; 237].

При оформленні дитини на стаціонарне лікування звертали увагу на наявність у неї дихальної недостатності (далі – ДН). Ретельно зібраний анамнез життя та супутніх захворювань на початковому етапі діагностичного обстеження, дає підстави для розуміння можливих причин розвитку ДН з подальшим негайним їх усуненням. Оглядаючи пацієнта, звертали увагу на наявність цианозу шкіри, підраховували частоту дихальних рухів, оцінювали участь дихальної мускулатури у акті дихання та можливість проведення функціональних проб для дослідження функції зовнішнього дихання (спірометрія, пікфлоуметрія), що дозволяють оцінити вентиляційну здатність легень, але, на жаль, у дітей дошкільного віку ці методи дослідження важкі у використанні, і тому ми керувалися загальним станом дитини та отриманими результатами газового складу крові. Тому, обов'язковим діагностичним тестом при визначенні дихальної недостатності був лабораторний аналіз газового складу крові, що дозволяв з'ясувати ступінь насичення артеріальної крові киснем і вуглекислим газом ($P_a O_2$ і $P_a CO_2$), кислотно-лужний стан крові.

У дітей з органічними захворюваннями гортані може спостерігатися патологічний стан, при якому система зовнішнього дихання не забезпечує нормальний газовий склад крові, і це досягається більш інтенсивною роботою органів дихання та кровообігу, такий стан носить назву – дихальна

недостатність. Виявлення її не дозволяє ідентифікувати причину хвороби, проте, значно звужує коло можливих етіологічних варіантів і визначає правильний підхід до діагностики основного захворювання. Тому, своєчасне виявлення ДН попереджає розвиток небажаних наслідків у дитини. Логопеди, фонопеди, психологи теж мають розумітися на проявах основних симптомів ДН.

Враховуючи наявність ДН у дитини та знаючи основні її прояви, логопед, фонопед, психолог розуміє, які вправи та методи обстеження він може застосовувати до даної дитини, застерігаючи себе та хвору дитину від розвитку небажаних наслідків, що ще раз підкреслює значущість сумісної роботи медичних працівників та педагогів.

Досліджуючи голосову функцію та стан голосового апарату у пацієнтів, велику увагу надавали спеціалізованому фоніатричному огляду, на якому паралельно, на нашу думку, повинен бути присутній логопед чи фонопед.

При дослідженні голосової функції застосовували як суб'єктивні, так і об'єктивні методи.

О. Федорова аналізуючи світові досягнення (G. Niedzielska, J. Selber, I. Syed) вважає, що для оцінки голосової функції шкали GRBAS та N. Yanagihara, що використовуються багатьма фонопедами, не є достовірними, оскільки для суб'єктивного дослідження голосу потрібно залучити щонайменше трьох спеціалістів [201]. На нашу думку, ці тести для дітей дошкільного віку з порушеннями голосової функції органічного генезу використовувати можливо, оскільки для роботи нами залучалися лікарі, логопеди, фонопеди, психологи. Згідно класифікації N. Yanagihara в модифікації Д. Вільсона, на яку ми спиралися у нашому дослідженні, існує 5 типів спектрів голосу – нульовий, I, II, III, та IV. Нульовий тип спектрів – постійні гармонічні компоненти в зоні голосних звуків не мають шумових елементів; тип I – присутність шумових компонентів в області голосних звуків, які змішуються з гармонічними, але не маскують їх; тип II – шумові

компоненти превалюють над гармонічними в області других формант голосних звуків [e], [i]; тип III – характеризується повним заміщенням других формант шумовими компонентами при вокалізації звуків [a], [e], [i]; тип IV – повна втрата перших формант і заміна других формант шумовими компонентами в голосних [a], [e], [i]. На нашу думку, саме ця класифікація є зрозумілою і доступною у використанні і для логофонедів [39].

У науковій літературі недостатньо досліджень щодо акустичного аналізу голосу у дітей та підлітків як в нормі, так і при патології. Відсутній системний підхід до інтерпритації даних спектрограм голосу у дітей при патології гортані.

Враховуючи сучасний стрімкий розвиток комп'ютерних технологій, існують програми для об'єктивного дослідження та аналізу якості голосу (спектральний аналіз голосу), але вони знайшли своє застосування більше у дорослого населення.

Аналізуючи літературні джерела, стає зрозуміло, що малочислені наукові дослідження проводились з метою виявлення акустичних параметрів голосу у дітей: частоти основного тону, часу максимальної фонації, сили голосу і тонального діапазону [39; 186]. У своїй роботі В. Коротченко вперше дослідила показник нестабільності ЧОТ (Jitter), індекс дисфонії (DSI), параметри мовленнєвого профілю у дітей з нормальною вокалізацією і при патології голосоутворення. Науковець наголошує, що також недостатньо вивчений у дитячому віці індекс розладу голосу Voice Handicap Index (VHI) як показник якості життя дітей та підлітків, які займаються вокалом [92]. Вищезазначені акустичні характеристики голосу представляють інтерес для медиків, але малозрозумілі для педагогів. Тому пошук інтерпретаційних даних для розшифрування спектрограм у дітей, які мають патологію голосоутворення, заслуговує на інтерес логофонедів. Характеристика розшифрування спектрограм для логофонедів повинна бути доступною і зрозумілою для того, щоб фахівець міг контролювати позитивну динаміку

проведення корекційних програм. Більш глибоким вивченням спектрального аналізу голосу займаються фоніатри, і, по можливості, вони мають роз'яснювати логофонедам, які зміни прослідковуються у даних спектрограмах. Враховуючи мінливість дитячого голосу, даний метод дослідження може застосовуватись як допоміжний, він неінвазивний, безболісний та дані спектрограми можуть слугувати для оцінки ефективності проведеного лікування та корекційної роботи.

В. Уваров пропонує досліджувати спектральний аналіз шляхом вокалізації голосних звуків [197]. Спектральний аналіз голосу можна досліджували наступним чином: дитина сидить перед мікрофоном і за командою фонопеда робить глибокий вдих і фонує звуки [a], [o], [e], [i], [y] при комфортній висоті і гучності якомога довше. Вправа виконується тричі з інтервалом 20-30 секунд. Проводиться обробка отриманих даних за допомогою спеціальної програми, яка оцінює частоту основного тону, насиченість обертонами та інтенсивність звучання, результати фіксуються на цифрові носії чи у протокол обстеження. Дані спектрального аналізу можуть бути використані для виявлення голосових порушень та для оцінки ефективності проведеного лікування та фonoпедичної корекції. Так, Ю. Степанова наголошує, що за допомогою спектрального аналізу можливо визначити ступінь тяжкості дисфонії. При визначенні за спектрограмою коефіцієнту шуму у здорових дітей він повинен складати менше, ніж 7 %, при дисфонії легкого ступеню – 7 %-14 %, середнього ступеня – 15 %-26 % та тяжкого – 26 % [186; 201]. Оскільки дошкільний вік характеризується мінливістю та становленням голосу, метод спектрального аналізу голосу не може бути достатньо інформативним, тому в нашому дослідженні ми його використовували за необхідності.

Враховуючи, що причинами змін голосу можуть бути і соматичні захворювання, а також з метою виявлення супутньої патології залучали для обстеження дітей і вузьких спеціалістів (ендокринолога, гастроентеролога,

генетика, кардіолога та ін.), за необхідності. Клініко-психологічний етап також передбачав проведення і психологічного обстеження дітей. Дослідження, проведені вітчизняними та зарубіжними науковцями підтверджують, що захворювання гортані, як і інші довготривалі соматичні захворювання, впливають на емоційну сферу дитини, а також можуть бути причиною затримки психічного розвитку дитини соматогенного походження [73; 87; 97; 219; 235].

Відомі науковці В. Кротенко, В. Синьов наголошують, що кількість дітей з лабільністю психіки, занепокоєнням, підвищеною дратівливістю з кожним роком збільшується. Порушення з боку емоційної сфери, зумовлені трьома групами факторів: біологічними, психологічними та соціально-психологічними. Виражені зміни емоційної сфери можуть виникати при тривалих частих соматичних, інфекційних, алергічних захворюваннях та порушеннях дитячо-батьківських та дитячо-педагогічних відносин [97; 98; 99; 180].

У роботі психолога консультативно-діагностична робота займає одне із провідних місць і є довготривалою та кропіткою. При проведенні психодіагностичних обстежень необхідно дотримуватися певних умов: забезпечення безпосередньої взаємодії психолога та обстежуваного, якому необхідна психологічна допомога, підбір найбільш оптимальних, відповідних поставленим цілям, методик, які будуть використовуватись у роботі з дітьми та ін.

Першочерговим завданням психолога є налагодження контакту з пацієнтом та його родиною. Під час консультації психолог повинен показати пацієнту свою участь, небайдужість до його проблем, активно вислухати пацієнта, застосовуючи при цьому невербальні засоби зацікавленості (жестикуляція руками, кивки головою, відповідна міміка). Проводячи бесіду з пацієнтом, необхідно конкретизувати проблему, з'ясувати чому вона виникла, що цьому передувало. Використання діалогу під час консультації пацієнта дає

змогу психологу обдумати які методи для подальшої діагностики він може застосувати з даним пацієнтом.

Психологічне консультування розпочинали із бесіди з батьками дитини. Психолог намагався пояснити батькам як буде проходити робота психолога та ввести їх в ситуацію дослідження, процесу роботи, забезпечити конфіденційність інформації; звертали увагу на емоційний стан батьків, вивчали склад сім'ї, матеріальний стан, соціально-культурний рівень кожного із батьків, відносини між батьками і дітьми у сім'ї. Обов'язково враховували негативні емоції батьків, пов'язані із захворюванням дитини, що могли посилювати у неї страх і тривогу [73; 124]. Під час консультування дитини психолог повинен співпрацювати з медиками, педагогами, батьками з метою виявлення психологічних порушень у дітей та сумісно вирішувати шляхи подолання виявленої проблеми.

Наступним етапом психологічного консультування було збирання анамнезу про хворобу дитини, при цьому психолог паралельно спостерігав за дитиною та намагався вступити з нею в контакт. Отримані результати фіксували в індивідуальну картку обстеження дитини.

Для дослідження емоційної сфери у дітей дошкільного віку ми використовували метод бесіди, спостереження, проєктивні методики, малюнковий тест «Неіснуюча тварина», розроблений М. Дукаревич та методика на виявлення рівня тривожності у дітей, розроблена В. Амен, М. Дорки, Р. Теммл. Основними вимогами, що висувалися до вибору методик тестування дошкільників в умовах лікувального закладу, були: їх нетривалість, простота у проведенні, можливість використовувати без великої кількості додаткових спеціальних матеріалів.

Аналіз дитячих малюнків дозволяє розуміти уяву дитини, сформованість у неї зорових уявлень, розвиток дрібної моторики, відношення до реального світу, природи, розвитку, ставлення до своєї хвороби. Малюнковий тест застосовували у поєднанні з методом бесіди та

спостереження.

Метод спостереження дозволяє робити висновки про цілеспрямовані дії дитини, про активність в природних умовах, не втручаючись в її діяльність. За дитиною можна спостерігати під час гри, спілкування (у нашому випадку з медичним персоналом та хворими дітьми), та під час госпіталізації чи медичних маніпуляцій.

Метод бесіди має одночасно два напрямлення: діагностичне та психотерапевтичне [28]. Цей метод використовується першочергово для налагодження контакту з дитиною та розуміння загального стану її психічного розвитку. Від уміння побудувати бесіду залежить підготовка дитини до обстеження з допомогою спеціальних завдань.

Враховували довготривалість захворювання дитини, негативний вплив, що діяв на дитину під час госпіталізації у лікарню, її відрив від сім'ї, довготривале знаходження на стаціонарному лікуванні, кількість оперативних втручань, наявність астеничного синдрому, супутню соматичну патологію та адаптаційні можливості дитини у лікувальному закладі. При госпіталізації у лікарню дитина дошкільного віку повинна пристосуватися до нових умов існування, таких як режим дня, чужі люди, харчування, медичні маніпуляції і процедури та інше. Нові умови існування – це своєрідний стрес для організму, який негативно впливає на всі системи організму дитини, у тому числі і на емоційну сферу.

Реакція дитини на госпіталізацію і адаптацію у лікарні залежить від багатьох чинників: віку, тривалості госпіталізації, кількості госпіталізацій, негативних спогадів про минулу госпіталізацію, ступеню тяжкості хвороби, взаємовідношень батьків у сім'ї, підготовки дитини до стаціонарного лікування, доброзичливості медичного персоналу, наявності у стаціонарі допоміжних засобів, що знижують тривожність у дитини, та співпраці з психологом [73, с.309].

Серед проведених проєктивних методик (малюнковий тест) показовою

була методика для дітей дошкільного віку «Неіснуюча тварина», що застосовувалась в доопераційному періоді для виявлення емоційних порушень у дітей. Методика може проводитись психологом та логофонопедом як в індивідуальній, так і груповій формі.

Тест «Неіснуюча тварина».

Мета тесту: виявити у дітей знижений настрій, тривогу, тривожність, емоційну напруженість, емоційну лабільність, агресивність, страхи та інше.

Тривалість проведення: 15-20 хвилин, в індивідуальній формі.

Проведення методики. Перед дитиною кладуть аркуш паперу і олівці та пропонують вигадати та намалювати тварину, яку дитина ніколи не бачила і її насправді не існує. Експериментатор спостерігає за процесом малювання, враховує поведінку дитини, які запитання вона задає та інше. Якщо дитина довго думає, експериментатор рекомендує з чого потрібно починати. У кінці тесту дитині пропонують назвати тварину і по можливості розповісти де вона живе, чим харчується, чи є в неї друзі. Все це враховується для виявлення індивідуально-психологічних особливостей дитини.

Аналізуючи малюнки дітей, звертали увагу на розмір тварини та її розташування на папері, наявність горизонтальних чи вертикальних ліній, тип тварини, кількість органів чуттів, деталі в її зображенні, описання способу її життя, чи реально існуючу тварину намалювала дитина, що вказувало на високий рівень тривожності. Великі вуха відображали наявність у дитини тривожності і настороженості; гострі роги, кігті, на спині гострі шипи – на агресивність; наявність луски, як у риби – на потребу у захисті; наявність панцира чи броні характерні для тривожних і замкнених дітей. Оцінювали малюнок у цілому, співставляючи дані, що отримали при аналізі різних параметрів [98; 130; 236].

Для виявлення і оцінки тривожності у дитини використовувався тест «Вибери потрібне обличчя». Методика може проводитись психологом і логофонопедом в індивідуальній формі.

Тест «Вибери потрібне обличчя».

Мета: дослідити і оцінити рівень тривожності у дитини, яка знаходиться в лікувальному закладі.

Матеріали: малюнки з сюжетами, які типові для життєвої ситуації дошкільника. Малюнки підібрані окремо для дівчат і хлопчиків. Під кожним малюнком намальовані дві голови, де на одному дитина посміхається, а на іншому – сумна.

Тривалість проведення: 15-20 хвилин, в індивідуальній формі.

Дитина розглядає запропоновані психологом малюнки та вибирає обличчя сумне чи веселе, відповідно до сприймання нею малюнка. Результати фіксували у протокол обстеження (Додаток А) та проводили кількісний і якісний аналіз отриманих даних за формулою:

$$IT = \frac{\text{(Кількість емоційно – негативних виборів)}}{14} \times 100\%$$

Кількісний аналіз полягає у з'ясуванні індексу тривожності (IT), який дорівнює вираженому у відсотках відношенню числа емоційно-негативних малюнків, що вибрала дитина, до загальної кількості малюнків.

Для визначення рівня тривожності враховують отриманий при обстеженні дітей IT. Якщо IT становив більше 50%, у дитини відмічали високий рівень тривожності; при IT від 20% до 50% відмічали середній рівень тривожності; при IT від 0% до 20% – низький рівень тривожності.

Якісний аналіз давав можливість зробити висновки відносно емоційного досвіду спілкування дитини з оточуючими та з'ясувати рівень тривожності, відповідно до процедури проведення методики [130].

Отримані результати психологічного обстеження фіксували у протоколі обстеження.

Другий етап – логофоноведичний мав на меті дослідження артикуляційного апарату дитини, комплексну оцінку основних характеристик голосу, функцію зовнішнього дихання (ФЗД), фонаційного, мовленнєвого та типу дихання у дітей, які мали органічні захворювання гортані в

доопераційному періоді.

Другий етап ми поділили на два окремих блоки, де в першому проводили дослідження артикуляційного апарату дитини та голосової функції (логофонопедичне обстеження), а в другому – дихальної (ФЗД, тип дихання, фонаційне та мовленнєве дихання).

Відомо, що існуючі методики для дослідження дихальної та голосової функцій є на сьогодні не досить досконалими для дітей дошкільного віку, тому, враховуючи АФО органів голосоутворення, перебіг основного захворювання, супутню патологію, ми вирішили їх адаптувати для наших дітей: чим вони простіші і недовготривалі у проведенні, тим більше вони знайдуть своє використання не тільки у стінах лікарні, а й на поліклінічному рівні.

При логофонопедичному обстеженні звертали на себе увагу діти-канюляри, особливо ті, у яких наявний тампон-дилататор у гортані. За рахунок виключення верхніх дихальних шляхів з акту дихання та мовлення, діти змушені для спілкування використовувати жести, а деякі з них, які мали змогу після оперативних втручань розвивати мовлення, відчували перешкоди для його подальшого розвитку, в результаті артикуляційний апарат дитини знаходився у пасивному стані. Це пов'язано з тим, що у дітей-канюлярів (можливе носіння трахеостомічної трубки декілька років) порушені рефлекторні зв'язки з корою головного мозку та відсутній контроль з боку центральної нервової системи щодо укладки органів артикуляції для постановки того чи іншого звуку. А. Сафаров та М. Фомічов дослідили, що у дітей, які мають органічні захворювання гортані, відмічається схильність до скутості артикуляційного апарату.

Логофонопедичне обстеження проводилось за традиційними методиками, запропонованими М. Іполітовою, С. Коноплястою, О. Мастюковою, В. Тарасун, Г. Чиркіною і отримані результати вносили у розроблений нами протокол обстеження (Додаток А) [90; 113; 114; 194; 217].

Мовленнєві порушення, такі як дизартрія, ринолалія, ринофонія, заїкання включають і голосові зміни. Так, наприклад, при дизартрії голосові порушення обумовлені порушенням м'язевого тону, яке розповсюджується на всі групи м'язів мовленнєвого апарату, а так як голосові зв'язки коливаються під дією вокальних м'язів, то порушення тону розповсюджується і на ці м'язи [113; 114]. При ринофонії відмічається назальний відтінок голосу. Ринолалія характеризується тим, що голос глухий, здавлений, неприродний, слабкий, виснажений, тихий, приглушений з яскраво вираженим носовим відтінком та ін. [29; 90; 113; 216; 217]. Таким чином, при логофопедичному обстеженні ми враховували дані отриманого заключення та розмежовували особливості голосових порушень, пов'язаних з вищезазначеними нозологічними формами та власне з порушеннями архітекτονіки гортані, що підтверджувалось спеціальними методами обстеження гортані.

Детальна перцептивна оцінка голосу дитини проводилась логофонопедом, який досліджував стан 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 поєднання, склади з підвищенням або пониженням голосу); **тембр голосу** (особливості голосової атаки, ступінь захриплості (легкий, помірний, виражений), якість голосу (нормальний, захриплий, грубий, сиплий, з придиханням, шепітний, глухий, різкий, модуляція голосу, його дзвінкість, сила і краса звучання); **мелодико-інтонаційна сторона** (вміння виділяти і відтворювати склади і фрази, що відрізняються інтонаційним акцентом, а також здатність змінювати тип інтонаційних конструкцій); **визначення часу максимальної фонації** (вміння без напруги промовити звук [а] природнім голосом) [113; 114].

Досвідченість спеціаліста та тренуваність його слуху є важливий в

перцептивній оцінці голосу пацієнта. Виявлені перцептивні зміни у голосі мають підтверджуватись тільки в сукупності з іншими методами дослідження системи голосоутворення.

На нашу думку, логофонопедичний та фоніатричний огляди повинні проводитись паралельно, адже вони доповнюють один одного. Але враховуючи, що кожне з цих обстежень має свою специфіку, ми намагались систематизувати наше дослідження з метою отримання достовірних даних.

Для дослідження характеристик голосу спиралась на методики дослідження голосової функції, запропоновані О. Алмазовою, О. Орловою, О. Ромась, О. Федоровою, та адаптували їх і доповнювали завданнями, враховуючи вікові особливості дітей [8; 135; 169; 201].

Нами пропонувались і застосовувались завдання для дітей дошкільного віку з урахуванням АФО верхніх та нижніх дихальних шляхів (описаних у першому розділі дисертаційного дослідження), соматичної ослабленості, кількості оперативних втручань, наявності дихальної недостатності, що дозволяли виявити зміни акустичних характеристик голосу при органічній патології гортані та рівень їх сформованості після оперативних втручань та реабілітаційної роботи.

Метою даного дослідження було виділення показників для визначення сформованості акустичних характеристик голосу. Проаналізувавши медичну, логопедичну, фонопедичну наукову літературу для оцінки акустичних характеристик голосу нами були виділені по 2-3 показники, які б могли його охарактеризувати [169; 201].

Враховуючи вищезначене, кількість завдань обмежувалася двома-трьома вправами. Вимоги до завдань для дітей дошкільного віку були наступними: ігрова форма, недовготривалість проведення (на дослідження всіх характеристик голосу відводилось 20-25 хв), легкість у використанні, можливість застосування у лікувальних закладах. Пропонували завдання на вимову голосних, їх злиття, приголосних, складів, слів, коротких фраз.

Приміщення, в якому дитина виконувала вправи, повинні відповідати санітарно-гігієнічним нормам і правилам. Вправи дитина може виконувати стоячи (якщо дозволяв загальний стан), сидячи. Дитина має бути розслаблена, її обличчя повинно бути навпроти обличчя експериментатора, щоб вона бачила його губи і сліdkувала за правильною артикуляцією експериментатора, який буде показувати як виконується вправа.

Для визначення висоти голосу були виділені наступні показники:

- вміння змінювати висоту голосу за наслідуванням;
- вміння самостійно підвищувати чи знижувати голос.

З цією метою були запропоновані ряд вправ. Тривалість проведення вправ 5-7 хвилин.

Вправа 1. Шляхом наслідування підвищити, а потім знизити голос. Експериментатор демонструє методику проведення вправи промовляючи звуки спочатку підвищуючи голос, співаючи звук А: а-а -А-А-А, а потім знижуючи голос співаючи звук О: О-О-О-о. Далі пропонували дитині шляхом наслідування виконати вправу, якщо дитина відчувала труднощі під час виконання вправи, експериментатор повторно її демонстрував.

Після того, як дитина оволодівала вправою шляхом наслідування, переходили до вправи 2.

Вправа 2. Першочергово експериментатор пояснював дитині, як виконується вправа: коли його рука внизу – потрібно говорити пошепки, а при піднятті руки – голос необхідно підвищити і навпаки. Дитина намагалася вимовляти запропоновані експериментатором голосні звуки та склади самостійно, експериментатор міг допомагати диригуючи рукою.

Для більш легкого виконання дошкільником завдання експериментатор може лише ставити запитання:

«Коли літак злітає і набирає висоту, гучність його мотору зростає, як ми це чуємо? Покажіть за допомогою звуку УУУУ».

«Коли до маминої букви М додати голосні, ми отримуємо пісню,

заспівайте її: МІ-МЕ-МА-МО-МУ».

Вправа 3. «Порахуйте від 1 до 5».

Експериментатор спочатку показував дитині як рахувати, а потім пропонував вправу виконати самостійно.

За допомогою означених показників, після проведення запропонованих вправ для розробки індивідуальних корекційних програм, нами були визначені рівні сформованості висоти голосу.

Високий рівень. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Високий рівень передбачав уміння дитиною успішно за зразком експериментатора, який показував завдання, один раз відтворити підвищення, а потім зниження висоти голосу. Дитина самостійно без допомоги експериментатора може змінювати висоту голосу або експериментатор пропонує завдання у вигляді простого запитання (Як дзижчить муха?), яке дитина відтворює без перешкод, підвищуючи чи знижуючи висоту голосу.

Достатній рівень. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Достатній рівень характеризувався умінням дитини за зразком експериментатора змінювати висоту голосу, як підвищувати, так і знижувати його. Спостерігалися незначні труднощі при самостійному виконанні завдань, дитина не могла довести висоту голосу до високого діапазону, та спостерігалися труднощі у зниженні голосу.

Середній рівень. Дитина не розуміє, як виконувати завдання після першого пояснення експериментатора. Лише шляхом наслідування вправи, запропонованої експериментатором, дитина може доводити висоту голосу до середнього діапазону при підвищенні висоти голосу, залучаючи при цьому допоміжну мускулатуру плечового поясу. Спостерігаються утруднення зниження голосу. Самостійно завдання виконати не може.

Низький рівень. Дитина не розуміє як виконувати завдання після

неодноразового пояснення експериментатором. Низький рівень характеризується невмінням дитини змінювати висоту голосу шляхом наслідування та самотійно, відсутній голос. Будь-які спроби залучення дитиною допоміжної мускулатури та допомоги експериментатора не є дієвими.

Для визначення перцептивної оцінки сили голосу нами були обрані наступні показники:

- вміння за зразком експериментатора змінювати силу голосу;
- вміння самотійно змінювати силу голосу (підвищувати чи знижувати);
- гучність голосу: нормальний, тихий, шепітний.

Для цього були запропоновані вправи, час виконання яких не повинен перебільшувати 4-5 хв.

Вправа 1. Експериментатор пояснює і показує дитині як виконувати вправу. Для кращого розуміння і правильності виконання завдання дитині показували карточки зі звуками і складами, де стрілочками чітко вказувалось підвищення та зниження гучності голосу. Наочні картки полегшували виконання завдання для дитини. Дитина шляхом наслідування має відтворити звуки та складки, запропоновані експериментатором, підсилюючи чи знижуючи гучність голосу.

Далі експериментатор задає запитання, на які дитина дошкільного віку має відповісти без труднощів.

«Які звуки промовляє комар, коли летить?», якщо дитина самотійно не може відповісти на це питання, експериментатор їй допомагає та промовляє з-з-з спочатку тихо, а потім підсилюючи гучність з-з-з-З.

«Як мукає корова?» – МУ-МУ-МУ

Вправа 2. Експериментатор читає вірш, пропонуючи дитині зосередитись і уважно слухати. Читає один раз, а потім просить дитину повторювати за ним. Повторення вірша за експериментатором з поступовим

посиленням і послабленням сили голосу:

«Лисеня і лисенятко – намагатись беззвучно артикулювати

Збудували в лісі хатку – шепіт

З чого стіни? – голос середньої сили

З павутиння ! – голосно

З чого дах? – голосно

Із хмаровиння! – голос середньої сили

А підлога? – шепіт

Із травинок!» – беззвучна артикуляція.

За допомогою означених показників, після проведення запропонованих вправ для розробки індивідуальних корекційних програм, нами були визначені рівні сформованості сили голосу.

Високий рівень. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора, як потрібно виконувати завдання. Експериментатор одноразово показує, як виконується вправа, і дитина шляхом наслідування виконує її без перешкод, підсилюючи голос або зменшуючи гучність голосу. Експериментатор пропонує вправу, яку дитина одразу виконує самостійно, без утруднення підсилює чи послаблює силу голосу або експериментатор допомагає їй лише один раз, показуючи, як виконується завдання. Виконання завдання характеризується якісним виконанням вправ за зразком експериментатора та можливістю дитиною виконати завдання самостійно. Сила голосу нормальна.

Достатній рівень. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Дитина виконує завдання за зразком експериментатора без перешкод, але завдання необхідно показати експериментатору неодноразово. При самостійному виконанні вправ спостерігаються деякі неточності у виконанні. Спостерігається тихий голос, середня сила голосу.

Середній рівень. Дитина після першого пояснення експериментатора

не розуміє, як потрібно виконувати завдання, тому їй необхідно пояснювати декілька разів. Виконання завдання дитиною можливе лише шляхом наслідування, але при цьому голос швидко виснажується. При спробі дитини повторно виконати завдання відмічається залучення допоміжної дихальної мускулатури для підсилення гучності голосу, але це не призводить до якісного виконання завдань. Спостерігається шепітний голос.

Низький рівень. Дитина після багаторазового пояснення експериментатором правильності виконання вправ не розуміє, як потрібно виконувати завдання. Дитина не може виконати завдання шляхом наслідування чи самостійно навіть після залучення допоміжної дихальної мускулатури. Всі види допомоги експериментатора не дієві. Голос відсутній.

Однією з вагомих акустичних характеристик голосу є тембр.

Перше спілкування з дитиною дає змогу експериментатору перцептивно оцінити тембр голосу. Для цього необхідно врахувати наступні показники:

- здатність дитини самостійно виконати завдання;
- здатність дитини виконати завдання шляхом наслідування;
- особливості тембру голосу: дзвінкий – глухий; звучний – незвучний; назалізований, нормальний (неназалізований); наявність придихання;
- вираженість захриплості голосу (легка, помірна, тяжка, глибока).

З метою визначення тембру голосу за означеними показниками ми використовували вправу, тривалість проведення якої становила 4-5 хвилин.

Для виконання цієї вправи експериментатор спочатку пояснює і показує дитині, як необхідно виконувати вправу. Пропонує дитині вокалізувати звуки [a], [o], [y], [i]. Така послідовність вимови звуків сприяє збільшенню щільності змикання голосових складок. Так, при вимові звуку [a] може не з'явитись захриплість, а на [i] може спостерігатися чітко виражена захриплість.

Для того, щоб дитина змогла правильно і чітко виконати вправу,

експериментатор показував дію, а дитина шляхом наслідування виконувала її. У процесі виконання завдань проводилось оцінювання захриплості та зверталась увага на інтонаційну характеристику голосу.

Проведення вправ відбувалося у наступній послідовності:

1. для вимови звуку [а] експериментатор показує дитині, як гойдати ляльку при цьому вокалізуючи звук. Пропонували дитині гойдати ляльку, ставлячи запитання: «Як потрібно гойдати ляльку, щоб вона заснула?». Якщо дитина не могла відтворити запропоновану дію, експериментатор показував, як це робити: «А-А-А».

2. [о] – «Якщо у старенької бабусі болить спинка, як вона буде стогнати?». Дитині важко виконати завдання, у такому випадку експериментатор показує, як це виглядає: «О-О-О».

3. [у] – «Як виє сердитий вітер?». Якщо реакція дитини відсутня на запитання, експериментатор показує як: «У-У-У».

4. [пі] – «Як пищить маленька мишка?». Дитина не виконує завдання, експериментатор озвучує «Пі-Пі-Пі», і дитина повторює.

5. Просимо повторити колискову:

«Ой ти, коту сірий,

Вимети нам сіни,

а ти, коту-рябку,

нам вимети хатку».

На підставі виділених показників, після проведення вправи, ми виділили рівні, які характеризують стан сформованості тембру голосу.

Високий рівень. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора, як виконувати вправу. Запропоновані завдання виконувала без помилок, самостійно або після одноразового виконання завдання експериментатором шляхом наслідування. Голос дитини характеризується наступними ознаками: дзвінкий, легкий, політний, розбірливий, не має призвуків, відсутня назалізація, відсутня захриплість. Після голосового

навантаження голос не змінюється. Голос приємний на слух.

Достатній рівень. Дитина розуміє, як виконувати завдання після першого пояснення експериментатора. Запропоновані завдання виконує шляхом наслідування експериментатора, допускаючи незначні помилки. Голос характеризується легкою захриплістю після довготривалого голосового навантаження, голос дещо глухий, розбірливий.

Середній рівень. Дитині необхідно пояснювати експериментатором порядок виконання завдань декілька разів. При виконанні завдань дитина допускає грубі помилки. Голос постійно захриплий, глухий, слабкий. Голос неприємний на слух, розбірливість дещо утруднена.

Низький рівень. Після пояснення експериментатором порядку і правильності виконання вправ, дитина не розуміє, як виконувати завдання. Всі спроби експериментатора по наданню допомоги дитині при виконанні завдань є безуспішними. Голос характеризується вираженою захриплістю, квакаючий, глухий або взагалі відсутній. Голос дуже неприємний на слух та нерозбірливий.

Для оцінки мелодико-інтонаційної сторони мовлення нами були визначені наступні показники:

- особливості інтонаційної сторони мовлення;
- особливості мелодійної сторони мовлення;
- здатність змінювати тип інтонаційних конструкцій за наслідуванням чи самостійно;
- голосовий діапазон (тоновий);
- нормальний (модульований);
- монотонний (не модульований) голос.

З цією метою ми використовували вправи, які дали можливість перевірити стан сформованості цієї характеристики відповідно до виділених критеріїв. Тривалість проведення вправи: 5-7 хвилин.

Вправа 1. Експериментатор пояснює і показує як виконувати вправи.

Пропонує дитині спочатку шляхом наслідування експериментатора запитати у друга: «Як тебе звати?»; «Скільки тобі років?»; «Де ти живеш?»; «Чи любиш ти цукерки?».

Вправа 2. Експериментатор пропонує дитині самотійно відтворити розповідне речення, відповідаючи на ті ж самі запитання, які дитина задавала однолітку: «Мене звати Степаном. Мені 5 років. Я живу у місті Славутич. Я дуже люблю цукерки».

Оцінюючи дані, отримані після проведення вправ, нами були визначені рівні сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення.

Високий рівень. Дитина розуміє після пояснення експериментатора, як виконувати вправи. Експериментатор один раз пояснює, як виконувати вправу і дитина без помилок шляхом наслідування відтворює завдання. Дитина змінює інтонацію голосу, створює питальне речення, розповідне та окличне речення за наслідуванням експериментатора. Самостійно дитина створює розповідне, питальне, окличне речення. Голос модульований.

Достатній рівень. Дитина розуміє після пояснення експериментатора, як виконувати вправу, але відтворити запропоновану вправу експериментатором може лише після декількох прослуховувань завдань. Шляхом наслідування створює розповідне, окличне, питальне речення. Самостійно не чітко може змінювати тип інтонаційних конструкцій. Голос модульований.

Середній рівень. Дитина після одноразового пояснення експериментатора не розуміє, як виконувати вправу, їй необхідно пояснити декілька разів. Відтворити завдання може за наслідуванням, виділивши лише перше слово в реченнях різних інтонаційних конструкцій. Голос погано модульований, інтонація слабо виражена.

Низький рівень. Дитина не розуміє після роз'яснення експериментатором порядок і правильність виконання вправ. Дитина не може відтворити за наслідуванням чи самотійно питальне, окличне речення. Може

відтворити за наслідуванням розповідне речення. Не може відтворити самостійно розповідне речення. Голос погано модульований або відсутня мелодико-інтонаційна сторона.

Другий блок включав дослідження дихальної системи та передбачав з'ясувати наявність дихальної недостатності, тип дихання, сформованість мовленнєвого та фонаційного дихання у дітей, які мають органічну патологію гортані та прооперованих з приводу даної патології.

Слід відмітити, що органічні захворювання гортані у дітей є причиною не лише порушення вокальної функції гортані, а й дихальної. Враховуючи, що у більшій кількості обстежуваних нами дітей основною скаргою було порушення дихання, тому саме дослідженню дихальної системи першочергово ми надавали перевагу.

Ми передбачали, що недостатність у дитини дихальної функції (наявність ДН) не дозволить нам в повному обсязі дослідити тип дихання, сформованість мовленнєвого та фонаційного дихання. Тому, дослідження вищезазначених параметрів проводилося лише після надання дитині першої невідкладної допомоги, якщо дозволяв лікар.

Загальновідомо, що дихальна система, крім газообміну в організмі, здійснює функцію голосоутворення. Здатність людини у процесі висловлювання своєчасно зробити глибокий і короткий вдих і раціонально використати видих носить назву мовленнєвого дихання. Вокальна ж функція гортані напряду пов'язана не лише з центрами мовлення та їх нормальним функціонуванням, а й станом нижніх дихальних шляхів, звідки йде струмінь повітря у напрямку до фонаційного та артикуляційного апаратів.

Метою другого блоку логофонопедичного етапу було дослідження дихальної системи та її оцінка за допомогою методик, які характеризують глибину і порушення стану дихальної функції у дітей з органічною патологією гортані.

Враховуючи АФО органів дихання у дітей молодшого віку, слід

зауважити, що дихальні шляхи у них вузькі та життєва ємність легень невелика, дихання поверхневе. Частота дихання у 2-3 роки 25-30 за 1 хвилину, у 6-7 років до 25, з віком частота дихання зменшується [103; 107; 138; 225]. Спостерігаючи за дитиною та знаючи основні характеристики типів дихання, виявляли та записували результати у протокол обстеження (Додаток А).

Досліджуючи мовленнєве дихання зауважимо, що воно має суттєві відмінності від фізіологічного дихання. Так, перед мовленням дитина робить швидкий і більш глибокий вдих, а при фізіологічному диханні вдих превалює над видихом. Для підтримання тиску у підголосовому просторі і нормальному голосоведінню необхідний повноцінний мовленнєвий вдих. При голосоведінні подовжується час видиху настільки, наскільки людині потрібно висловитись. Активні дії діафрагми підтримують мовленнєве дихання і звуковимову. Спеціальні дослідження з приводу вивчення мовленнєвого дихання у дошкільників майже не проводились, але існує достатня кількість робіт присвячених розвитку мовленнєвого дихання у дітей інших вікових категорій [103; 122].

У дошкільному віці розвиток мовлення, фонаційного та мовленнєвого дихання відбувається паралельно. До семи років у дітей фонаційне дихання розвинуте недостатньо, так як у них спостерігається слабкість дихальної мускулатури та малий об'єм легень. У більшості дітей верхньореберний тип дихання, вдих відбувається з участю верхнього плечового поясу, сила голосу та тривалість звучання у дошкільників обмежені, що пов'язано з віковими анатомічними особливостями дихальної системи. Тому у дітей цієї вікової категорії, які не мають мовленнєвої патології, паралельно формується грудочеревне та мовленнєве дихання. Дошкільники трьох-чотирьох років за один видих можуть використовувати три, чотири загальнозживаних слова; дошкільники п'яти-шести років (коли відбувається ускладнення мовленнєвих вимог) вимовити фразу за один видих не можуть, їм потрібно добирати

повітря для завершення речення, а також спостерігаються затримки дихання [103]. Відомо, що у дитини трьох-шести років час максимальної фонації складає 3-4 сек.; семи-десяти років – 5-7 сек., а в одинадцять-чотирнадцять років він наближається до 9 сек. Визначаючи час максимальної фонації голосних звуків показує, що з віком цей показник збільшується [122].

Основою для формування фонаційного та мовленнєвого дихання є необхідність розвитку об'єму легень у дошкільному віці та формування грудочеревного типу дихання.

Аналізуючи літературні джерела, стає зрозумілим, що діти з органічною патологією гортані мають поверхневе, верхньореберне дихання, ритм не стійкий, може змінюватись при фізичному чи емоційному навантаженні, набряку гортані, накопиченні слизу в нижніх дихальних шляхах (при несвоєчасній санації трахеобронхіального дерева), а також дихальну недостатність. Слід зазначити, що у дітей-канюлярів порушується нервова регуляція дихального процесу, за рахунок виключення верхніх дихальних шляхів з акту дихання. Ритм дихання порушений, амплітуда нерівномірна, вдих поверхневий, видих слабкий, недостатність скорочення діафрагми, при спробі фонації напружується верхній плечовий пояс. У дітей дихання змішане: через рот, ніс та через трахеостомічну трубку. У деканюльованих дітей спостерігається майже аналогічна картина – дихання поверхневе, ключичне, діафрагмальне розвинуте недостатньо. Вдих поверхневий, видих слабкий, неподовжений. При спробі фонації напружується верхній плечовий пояс, м'язи обличчя, що пов'язане з псевдоскладковим механізмом голосоутворення.

Ми звертали увагу на функцію зовнішнього дихання, тип дихання та фонаційне дихання.

При дослідженні функції зовнішнього дихання нам було необхідно з'ясувати:

- наявність дихальної недостатності у дитини;

- прохідність дихальних шляхів як в доопераційний так і післяопераційний періоди;

- кількісні та якісні зміни функції зовнішнього дихання з метою ефективності оперативного втручання;

- тип дихання (грудний, черевний, грудо-черевний).

Дані параметрів функції зовнішнього дихання, отримані в експерименті, дадуть нам можливість спрогнозувати, коли та яку корекційну програму можливо використовувати при роботі з дітьми з порушенням функції зовнішнього дихання.

Слід зазначити, що наявні методи, які дозволяють дослідити функцію зовнішнього дихання у дітей, не адаптовані для дошкільників. Так, метод спірографії можливо використовувати лише у дітей старше 6 років, і лише у 50% дітей 5 років, на що вказує Е. Цветков. В. Зенгер, П. Павлов. А. Наседкіна для визначення адекватності дихання через природні дихальні шляхи запропонували пробу з присіданням. Здатність дитини зробити 10 присідань за 20 секунд та відсутність у неї задишки при закритій трахеостомі чи трахеостомічній трубці свідчило про достатність дихання через природні дихальні шляхи [95]. На нашу думку, ці методики не є простими у використанні для дітей дошкільного віку. Вони розраховані на активну участь пацієнта, а наявність у більшого відсотка дітей астеновегетативних проявів та супутньої соматичної патології може лише погіршити соматичний стан дитини. Тому, пошук більш адаптованого методу для дослідження функції зовнішнього дихання є актуальним.

Запропонований А. Косаковським пневмограф для дослідження функції зовнішнього дихання у дітей-канюлярів є доступним у використанні і дозволяє оцінити прохідність гортані і трахеї вище трахеостоми навіть при неспокійній поведінці дитини. Дане обстеження можливо виконати і під час сну. Пневмографом можна реєструвати зміни температури вдихуваного і видихуваного повітря [94].

Цей метод ми використовували у своєму дослідженні. Проводили графічну реєстрація даних на папері, що мала назву пневмограми. Графік мав вигляд синусоїдної кривої, якщо є достатня прохідність повітря крізь трахеостому і ротovu порожнину. Типи пневмограм представлені в додатку В.

З наведених пневмограм видно, що показники амплітуди залежали від просвіту гортані і трахеї вище трахеостоми. Чим краща прохідність дихальних шляхів, тим вища амплітуда.

Аналіз пневмограм оцінювали з урахуванням співвіднесення площі просвіту гортані обстежених дітей до вікової норми. У залежності від просвіту гортані після пластики можливість дихання дитини через природні дихальні шляхи при закритій трахеостомі становила відповідно до збереження просвіту гортані площею 100 %, 50 %, 25 %, 10 % від норми [94]. Просвіт гортані 100 % і 50 % розцінювався як достатній для підготовки дитини до деканюляції та надання можливості логофонедам розпочинати, дихальні вправи з дитиною з розвитку ФЗД, мовленнєвого та фонаційного дихання, при закритій трахеостомі

Методом пневмографії оцінювалась якість проведеного кожного оперативного втручання, кращі показники записували у протокол обстеження (додаток А). Враховували клінічні показники та спостерігали за дитиною.

Для лікарів показники прохідності гортані важливі для того, щоб визначити в які терміни можна деканюлювати дитину. Зазначимо, що не тільки площа гортані, а й інші фактори, такі як загальний стан дитини, відсутність ДН при закритій трахеостомі та незначному фізичному навантаженні, забезпечення нормального газового складу крові та врівноважене функціонування органів та систем враховуються при деканюляції. Важлива також психологічна готовність дитини до деканюляції, адже довготривалість носіння та дихання крізь трахеостомічну трубку (інколи декілька років) примушує дитину думати про те, що вона не зможе дихати через природні дихальні шляхи без трахеостомічної трубки. Поява страху

перед деканюляцією зумовлює носіння закритої трахеостомічної трубки довготривалий час. Тому, період від можливості дихати при закритій трахеостомі до часу, коли відбудеться деканюляція дитини, може тривати від декількох тижнів до місяців.

Слід зупинитись на особливостях деканюляції дитини. Деканюляцію проводили в декілька етапів. Спочатку закривали трахеостому на годину, потім на день, декілька днів, тиждень, але при цьому у деяких дітей нічне носіння відкритої трахеостомічної трубки передбачалося. Деканюляція дитини є дуже відповідальною маніпуляцією. На момент спроби деканюляції дитини супровід батьками, медичним персоналом або психологом чи педагогом був обов'язковим з метою уникнення небажаних наслідків.

Для пацієнтів з папіломатозом гортані, фібромами, вузликами для дослідження ФЗД застосовували метод спостереження, враховували загальний стан дитини та газовий склад крові. Існуючі методики, такі як спірографія, плетизмографія застосовуються лише у дітей шкільного віку.

Досліджуючи функцію зовнішнього дихання, паралельно визначали методом спостереження тип дихання (грудний, черевний, змішаний) у дитини.

Контроль динаміки дихальної функції у дітей застерігає їх від можливості появи погіршення клінічних симптомів та забезпечує своєчасне надання необхідної медичної допомоги для стабілізації стану. Про стабільність процесу функції зовнішнього дихання після операції можна говорити лише при відсутності погіршень протягом 6 місяців, про це наголошує Ю. Степанова [187].

Наступним напрямком нашого експерименту було дослідження фонаційного дихання, для оцінки якого були виділені наступні показники:

- вміння виконувати завдання самостійно;
- вміння виконувати завдання за наслідуванням;
- тривалість вимови голосних звуків.

Враховуючи, що у нашому дослідженні приймали участь діти дошкільного віку, для визначення фонаційного дихання ми спочатку пропонували ігрові вправи з метою зацікавлення дитини та для визначення сили і довготривалості видиху. Тривалість заняття: 5-7 хв.

Вправа. Експериментатор підбирав ігри, які зацікавлювали дітей. Вправи виконувались у вигляді гри стоячи, сидячи або в межах ліжка. Дослідження проводили три рази з інтервалом (відпочинком) 20-30 сек між вправами, вимірюючи секундоміром час фонаційного дихання. У протокол записували результати середнього значення фонаційного дихання.

Гра «Заспіваємо звук [а], хто довше». Експериментатор показував правильність виконання гри, пропонував розслабити верхній плечовий пояс і зробити глибокий вдих носом і на видиху заспівати звук [а] якнайдовше. Для зацікавлення дитини експериментатор пропонував влаштувати змагання: «Давай позмагаємося, хто довше заспіває звук [а]. Спочатку я заспіваю звук [а], а ти будеш дивитись на годинник і натиснеш ось цю кнопку, коли я закінчу співати звук [а]. Потім я візьму годинник і зафіксую як довго ти співаєш звук [а]».

Дитина шляхом наслідування виконувала запропоновану ігрову вправу.

Дослідження Д. Вільсона вказують, якщо у дитини 5-7 років час максимальної фонації укорочений до 5 секунд, то можна запідозрити патологію голосових складок.

Користуючись показниками, які були виділені для оцінки фонаційного дихання, ми визначили рівні його сформованості.

Високий рівень. Дитина розуміє пояснення експериментатора і правильність виконання вправи з першого разу. Експериментатор показує як виконувати вправу один раз, і дитина шляхом наслідування виконує вправу безпомилково з першого разу. Високий рівень характеризується вмінням дитини на видиху спокійно фонувати 6-8 сек., при цьому не залучаючи допоміжну мускулатуру до акту фонації.

Достатній рівень. Дитина розуміє пояснення експериментатора з першого разу. Експериментатор показує порядок виконання вправи один раз, і дитина шляхом наслідування виконує вправу безпомилково з першого разу. Достатній рівень характеризується вмінням дитиною на видиху фонувати 4-5 сек., не залучаючи допоміжну мускулатуру до акту фонації.

Середній рівень. Дитина не розуміє пояснення експериментатора і як правильно виконувати завдання з першого разу. Експериментатор показує декілька разів як виконувати вправу. Дитина шляхом наслідування виконує вправу, допускає помилки. Тривалість фонаційного дихання складає 2-3 сек., при цьому дитина залучає верхній плечовий пояс та іншу допоміжну мускулатуру до виконання завдання.

Низький рівень. Експериментатор показує та пояснює дитині порядок виконання вправи декілька разів, так як дитина з першого разу не розуміє як виконувати вправу. Дитина намагається виконати вправу, допускає при цьому помилки та активно залучає верхній плечовий пояс та іншу допоміжну мускулатуру до акту фонації. Фонаційне дихання майже не розвинуте, будь-які спроби експериментатора допомогти дитині є неефективними.

Для дослідження мовленнєвого дихання ми виокремили показники, які вказували на його сформованість:

- вміння виконувати завдання самостійно;
- кількість слів, які вимовляє дитина при одному видиху;
- вміння координувати вдих та видих.

Для перевірки мовленнєвого дихання дітям пропонувалася ігрова вправа для визначення стану його сформованості. Тривалість виконання вправи 5-7 хв.

Вправа. Експериментатор показував, як виконувати вправу, а потім пропонував дитині виконати її самостійно. Для цього підбирав слова, які може вимовити дошкільник за один видих. Звертали увагу на зупинки, придиhi, судомні прояви під час мовлення. Пропонували прості фрази, які

склалися з 4-5-6 слів, або до 12 складів.

Посадив дід ріпку, і виросла ріпка велика.

Ати-бати – йшли солдати,

Ати-бати – на базар.

Сорока-білобока

На припічку сиділа,

Кашку варила.

Провівши вправу і застосувавши показники ми виділили рівні сформованості мовленнєвого дихання.

Високий рівень. Дитина розуміє пояснення експериментатора і правильність виконання вправи з першого разу. Експериментатор показує як виконувати вправу один раз і дитина шляхом наслідування виконує вправу безпомилково з першого разу. Високий рівень характеризується вмінням дитини на видиху спокійно промовити фразу, яка складається з шести слів, при цьому не залучати допоміжну мускулатуру до акту мовленнєвого дихання. Дитина може координувати вдих та видих.

Достатній рівень. Дитина розуміє пояснення експериментатора з першого разу. Експериментатор показує порядок виконання вправи один раз і дитина шляхом наслідування виконує вправу безпомилково з першого разу. Достатній рівень характеризується вмінням дитиною промовити фразу, яка складається з чотирьох слів, не залучати допоміжну мускулатуру до акту мовленнєвого дихання. Дитина координує вдих та видих.

Середній рівень. Дитина не розуміє пояснення експериментатора і правильність виконання завдання з першого разу. Експериментатор показує декілька разів, як виконувати вправу. Дитина шляхом наслідування виконує вправу, допускає помилки. За один видих може промовити фразу, яка складається із двох слів, при цьому дитина залучає верхній плечовий пояс та іншу допоміжну мускулатуру до виконання завдання та не диференціює вдих та видих.

Низький рівень. Експериментатор показує та пояснює дитині порядок виконання вправи декілька разів, оскільки дитина з першого разу не розуміє як виконувати вправу. Дитина намагається виконати вправу, допускає при цьому помилки та активно залучає верхній плечовий пояс та іншу допоміжну мускулатуру до спроби промовити слова, не диференціює вдих та видих. Мовленнєве дихання майже не розвинуте або може вимовити одне слово, будь-які спроби експериментатора допомогти дитині є неефективними.

Велике значення для отримання більш позитивних результатів при обстеженні пацієнта має участь психолога, оскільки діти, які знаходяться тривало у стінах лікарень, мають емоційні порушення, що підтверджено проведеними нами дослідженнями. Страх, тривога, прискорення серцебиття та частоти дихання, судомні посмикування у групах дихальних м'язів можуть підсилитись у дитини, особливо перед черговим обстеженням, і дослідження функцій зовнішнього та фонаційного дихання не дадуть бажаних результатів.

Отже, для покращення якості життя дітей з патологією голосоутворення органічного генезу необхідні корекційні програми та спеціальні методики, які повинні створюватися з урахуванням результатів проведеного обстеження та поставленого діагнозу. Це можливо здійснити залучивши спеціалістів всіх напрямів для забезпечення злагодженої командної роботи.

2.2. Аналіз експериментальних матеріалів

Провівши детальне обстеження дітей з органічною патологією голосоутворюючого апарату, ми отримали експериментальні дані, що були детально опрацьовані та проаналізовані.

На першому етапі (клініко-психологічному) було виявлено 126 пацієнтів, які мали органічну патологію гортані та мешкали в різних регіонах України. За нашими підрахунками найбільший відсоток органічних захворювань гортані зустрічався в Київській області (9,7 %) та місті Києві

(8,7 %) – це може бути пов'язано із своєчасним виявленням даних порушень голосу на поліклінічному рівні і наявністю сучасної діагностичної апаратури. Спостерігався також великий відсоток захворювань в Автономній Республіці Крим (8,2 %), Хмельницькій (7,6 %), Полтавській (6,1 %), Дніпропетровській (5,6 %) та інших областях.

Причини великого відсотку патологій гортані у даних місцевостях різноманітні, але спеціальні дослідження з даної проблеми не проводились.

При проведенні інструментальних методів обстеження ЛОР-органів у 59 (46,8 %) дітей ми застосовували знеболення, так як у цієї кількості дітей спостерігалися істерикоформні реакції і провести обстеження без знеболення було неможливо. У 67 (53,2 %) дітей провели обстеження без знеболення.

При аналізі проведених діагностичних досліджень згідно МКХ-10 (міжнародна класифікація хвороб) ми виявили у дітей наступні органічні захворювання гортані, що призводили до порушення голосоутворюючої та дихальної функцій: ХРСГ, ЮРПГ, фіброма гортані, кіста гортані, гемангіома гортані, вузлики голосових складок.

Розподіл хворих за нозологіями представимо у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл хворих за нозологіями

| Нозологічні форми | Кількість дітей (n) | % |
|---------------------------|---------------------|------|
| Папіломатоз гортані | 72 | 57,2 |
| ХРСГ | 39 | 30,9 |
| Кіста гортані | 5 | 3,9 |
| Фіброма гортані | 4 | 3,2 |
| Гемангіома гортані | 2 | 1,6 |
| Вузлики голосових складок | 4 | 3,2 |
| Всього | 126 | 100 |

Отже, найбільший відсоток складала діти з папіломатозом гортані, він становив 57,2 %, на другому місці перебували діти з ХРСГ, що складало

30,9 %, інші нозологічні одиниці становили невеликий відсоток. Значний відсоток дітей (88,1 %) з ЮРПГ і ХРСГ пов'язаний, на нашу думку, з тим, що лікарі інших регіонів не мають належної діагностичної апаратури, інструментарію, досвіду лікування вищезазначених патологій, і тому саме ця категорія дітей направлялась для подальшої діагностики і лікування в спеціалізовану лікарню.

Значна кількість досліджуваних нами дітей мали трахеостомічну трубку, їх кількість становила 39 (30,9 %). Як уже наголошувалось, основною скаргою у 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 22 (56,4 %), а повна відсутність дихання та голосу при закритій трахеостомі – у 17 (43,6 %).

Діти, які госпіталізувались в отоларингологічне відділення з дихальною недостатністю, потребували особливої уваги. ДН 1 ступеню, що характеризувалась задишкою, яка виникала при фізичному навантаженні, тиск кисню в артеріальній крові становив 80-65 мм. рт. ст., спостерігалася у 27 (21,5 %) дітей; ДН 2 ступеню, що характеризувалась задишкою при незначному фізичному навантаженні, тахікардією, незначним ціанозом губ, роздуванням крил носу, втягненням міжреберних проміжків при диханні. Дитина в'яла, роздратована, тиском кисню в артеріальній крові 65-50 мм.рт.ст., була присутня у 15 (11,9 %) дітей. У більшості обстежуваних нами дітей (66,6 %, n=84) дихальної недостатності не спостерігалось. Це може бути пов'язане з обізнаністю батьків з проявами захворювання та своєчасним зверненням до лікувальних закладів.

Крім ДН, у досліджуваних нами дітей в доопераційний період були виявлені порушення голосової функції. Результати обстеження представлені на рис. 2.2.

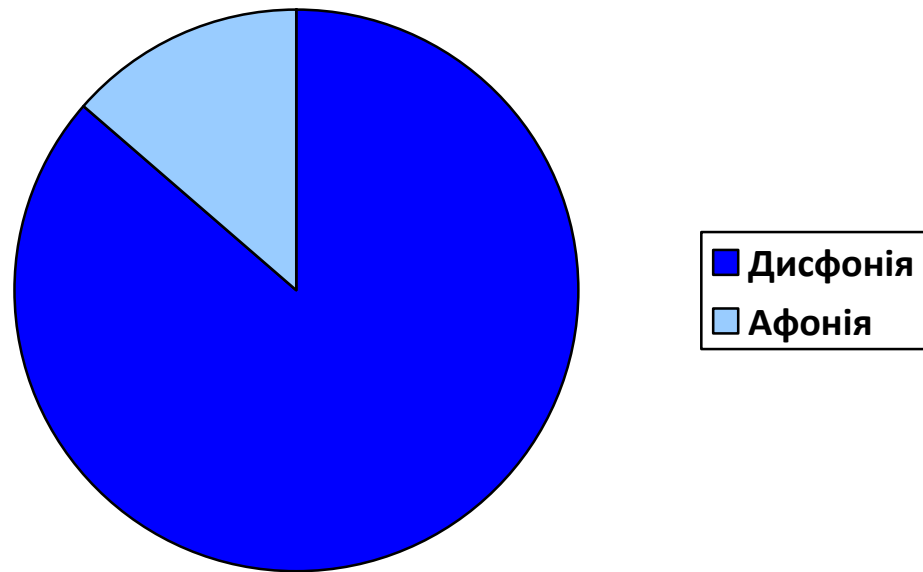


Рис. 2.2. Співвідношення кількості дітей з порушенням голосу

Як видно з отриманих результатів, дисфонія спостерігалася у 109 (86,5 %) дітей, афонія – у 17 (13,5 %).

При оцінці дисфонії за ступенем захриплості дитини в доопераційний період одержані наступні результати: легка захриплість спостерігалась у 7 дітей (6,4 %), помірна – у 35 (32,1 %), виражена захриплість – у 67 (61,5 %). Згідно класифікації N. Yanagihara визначення ларингеального шуму, відповідно отримали у цієї ж кількості дітей II, III, IV типи спектрів голосу.

Консультативні заключення інших спеціалістів, таких як педіатра, гастроентеролога, кардіолога показали, що у більшості дітей спостерігалася супутня патологія: хронічний трахеїт – у 21 (16,6 %) хворих, хронічний трахеобронхіт з частими рецидивами – у 12 (9,5 %) хворих, пневмонія – у 4 (3,2 %) хворих, аденоїдні вегетації 2-3 ступеня та аденоїдит – у 32 (25,4 %) хворих, гіпотрофія – у 7 (5,5 %), хронічний холецистит і панкреатит – у 5 (4 %) хворих, бронхіальна астма – у 3 (2,4 %) хворих, секреторний отит – у 11 (8,7 %) хворих, вегето-судинна дистонія – у 15 (11,9 %) хворих, наявність якої треба враховувати при розробці корекційних програм для відновлення голосу. У 16 (12,8 %) хворих супутньої патології не спостерігалось.

Як правило, отоларингологічна супутня патологія погіршує тембр, силу, висоту, мелодико-інтонаційну сторону мовлення, але не є першочерговою причиною змін голосу у досліджуваних нами дітей з органічною патологією гортані. Ми передбачаємо, що після проведеного лікування супутніх патологій, а саме: видалення аденоїдних вегетацій, консервативного лікування секреторних отитів та аденоїдитів, що впливають на зміни голосу, він не нормалізується одразу, але його зміни не будуть глибоко виражені.

Отже, проаналізовані нами результати клінічного обстеження дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу показали різноманітність захворювань гортані, що призводять до змін її архітекtonіки, голосової та дихальної функцій. Тому, знання логофонпедами органічних захворювань гортані у дітей, перших симптомів хвороби допоможуть своєчасно направити дитину до лікаря.

Психологічне обстеження ґрунтувалося на аналізі результатів, отриманих нами та психологом Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Спостерігаючи за дитиною при вступі до отоларингологічного відділення в залежності від реакції на госпіталізацію нами було виділено три групи дітей. До першої групи віднесли дітей з негативною реакцією на госпіталізацію. Вони були збуджені, плаксиві, відмовлялися від сну та іграшок, госпіталізувались у лікарню по декілька разів на рік. Кількість таких дітей становила 67 (53,2 %).

До другої групи віднесли в'ялих, загальмованих дітей, у яких спостерігався депресивний настрій, вони спокійно реагували на госпіталізацію. Неодноразово знаходилися на лікуванні в отоларингологічному відділенні, і їх кількість становила 34 (26,9 %) дитини.

Врівноважених дітей, які спокійно реагували на госпіталізацію, віднесли до третьої групи. Діти неодноразово госпіталізувались у лікарню, а також серед них були такі, які первинно потрапили на стаціонарне лікування.

Кількість таких дітей 25 (19,9 %).

Отже, відмітимо, що більший відсоток (80,1 %) обстежуваних дітей мали негативну реакцію на госпіталізацію і лише незначний відсоток дітей (19,9 %) усвідомлювали необхідність у стаціонарному лікуванні. Проблеми, що виникають при госпіталізації у дітей, полягають не лише у відокремленні дитини від сім'ї, вони включають також проблеми впливу хвороби і лікувальних маніпуляцій на дитину. При госпіталізації дитина потрапляє в нове середовище, де є чітко встановлені норми і правила поведінки, яких вона повинна дотримуватись. Вищезазначені фактори необхідно враховувати при розробці і проведенні психокорекційних занять у лікувальному закладі.

Після проведеного тесту «Неіснуюча тварина», аналізуючи отримані малюнки обстежених дітей разом з психологами Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», тривожність спостерігалася у 74 (58,7 %) дітей, страх – у 27 (21,5 %) дітей, відчуття незахищеності – у 15 (11,9 %) дітей, 10 (7,9 %) дітей не мали емоційних порушень.

Оскільки, ми виявили великий відсоток (58,7 %) дітей з тривожністю, для зменшення її проявів шляхом застосування психокорекційних вправ, нам необхідно виявити рівень тривожності. З цією метою був проведений тест «Вибери потрібне обличчя». Отримані дані представлені у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл дітей за рівнями тривожності

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | 56 | 75,6 |
| Достатній | 10 | 13,5 |
| Низький | 8 | 10,9 |
| Всього | 74 | 100 |

Аналізуючи результати, представлені в таблиці, відмітимо, що із 74 дітей, у яких спостерігалась тривожність, високий рівень її прояву становив 75,6 %. Менший відсоток становив достатній і низький рівень, відповідно

13,5 % та 10,9 %.

Беручи до уваги класифікацію О. Алмазової поділу дітей на групи з урахуванням тяжкості захворювання та виявлених порушень з боку емоційної сфери, застосовуючи бесіду, метод спостереження, збору анамнезу, аналізу проведених нами проєктивних методик, які використовувались у дітей дошкільного віку, було виділено 3 групи дітей з порушенням емоційної сфери в залежності від довготривалості та тяжкості захворювання.

I група – діти, які хворіють з раннього дитинства з частими рецидивами хвороби, довготривало перебувають у лікувальних закладах. У них наявна трахеостомічна трубка, вони соматично ослаблені. До своєї хвороби відносяться байдуже, не вірять, що голос відновиться. Ці діти тривожні, плаксиві, замкнені, у них наявні страхи. В контакт вступають важко.

II група – це діти, які, в порівнянні з першою групою, хворіють не так довготривало, вони байдуже відносяться до своєї хвороби, вони звикли спілкуватися жестами і потреби у відновленні голосу не мають. У контакт вступають легко, відмічається тривожність, страх при спілкуванні з лікарями, безпосередньо перед медичними маніпуляціями та оперативними втручаннями.

III група – це діти, які мають бажання видужати і відновити голос. У них не спостерігаються зміни з боку емоційної сфери або ці зміни незначні і можуть спостерігатися у будь-якої дитини, яка знаходиться у лікувальному закладі. Ця група дітей до медичних маніпуляцій відноситься терпляче, в контакт вступає легко.

До першої та другої груп ми віднесли дітей з наявною трахеостомічною трубкою (ХРСГ, папіломатоз гортані) які багаторазово і довготривало знаходились на госпіталізації в отоларингологічних відділеннях, вони склали 80,2 % (n=101) серед обстежених дітей. Третя група – це діти, які знаходились недовготривало в лікувальному закладі (не часто рецидивуючий папіломатоз гортані, фіброми, кісти голосових зв'язок та інше), вона була

малочисельною і складала 19,8 % (n=25).

Розподіл дітей на групи необхідний для подальшого психокорекційного впливу з урахуванням тяжкості захворювання, довготривалості його перебігу, соматичної ослабленості дитини та наявності емоційних порушень.

Таким чином, на клініко-психологічному етапі ми виявили велику кількість дітей (126) дошкільного віку з органічною патологією гортані, що призводить до грубих змін не лише голосової функції, а й дихальної. У ,обстежуваних дітей спостерігаються порушення з боку емоційної сфери, і ці зміни залежать не тільки від змін голосу дитини (дисфонія, афонія), але й кількості оперативних втручань, довготривалості знаходження в лікувальних установах, відірваності дитини від сім'ї, негативних емоцій з боку батьків. Тому, ми вважаємо необхідним залучати психолога до супроводу дитини протягом всього перебігу захворювання.

На другому *логофонеopedичному етапі ми* мали на меті дослідити артикуляційний апарат дитини, основні акустичні характеристики голосу, фонаційне, мовленнєве дихання та тип дихання у дітей, які мали органічні захворювання гортані до оперативного втручання.

Для кращого дослідження голосової та дихальної функції при проведенні дослідження на другому етапі ми виділили два блоки: перший – голосовий, другий – дихальний.

Отримані нами дані були детально проаналізовані та систематизовані.

Провівши детальне обстеження органів артикуляції логофонеopedом, ми відмітили, що у 85 дітей із 126 досліджуваних нами пацієнтів відмічались наступні зміни: пластке піднебіння – у 4 дітей, прогнатія – у 2 дітей, укорочена під'язикова вуздечка – у 8 дітей, скутість в роботі артикуляційного апарату а саме: рухливість губ, нижньої щелепи, язика, м'якого піднебіння відмічалася у всіх дітей канюлярів – 39. Такі порушення пов'язані з тим, що органи артикуляції довготривало не приймали участі у мовленні, були порушені рефлекторні зв'язки між ЦНС і органами артикуляції. Це

розцінювалось нами як мінімальні дизартричні порушення.

Порушення назалізації (закрита гугнявість), ринофонія, відмічалась у 32 дітей.

Отже, обстеживши дітей, ми отримали наступні результати порушення звуковимови, які призводять до змін характеристик голосу: ринофонія відмічалась у 32 (25,4 %) дітей, мінімальні дизартричні порушення – у 39 (30,9 %) дітей.

Наявність ринофонії у дітей носила тимчасовий характер. Після зникнення явищ аденоїдиту та проведеної аденотомії у пацієнтів ми відмічали зникнення симптомів назалізації.

Розвиток мовлення у досліджуваних нами дітей відповідав віку і лише у дітей-канюлярів пасивний словник превалював над активним, що пов'язане з особливостями перебігу захворювання.

Перцептивну оцінку висоти голосу визначали вмінням дитини змінювати висоту голосу за зразком експериментатора, отримані дані відобразили у табл.2.4.

Таблиця 2.4

Стан сформованості висоти голосу

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | - | - |
| Середній | 6 | 4,8 |
| Низький | 120 | 95,2 |
| Всього | 126 | 100 |

Результати, наведені у таблиці, показали, що більшість дітей (95,2 %) виконували завдання на низькому рівні. Лише 4,8 % дітей шляхом наслідування могли доводити висоту голосу до середнього діапазону. Аналізуючи якість та уміння дитини виконувати запропоновані вправи на зміну висоти голосу, прийшли до висновку, що для цієї вікової категорії дітей легше підвищувати голос, ніж знижувати. Це може бути пов'язане з

фальцетним механізмом голосоутворення. У дітей-канюлярів, навпаки, за рахунок спрацювання псевдоскладкового механізму голосоутворення відмічали невміння підвищувати голос, і голос набував більш монотонного характеру звучання.

Діти з голосовими порушеннями з цим завданням практично не справлялись, причиною було новоутворення на голосових зв'язках, яке заважало щільному змиканню останніх. Деякі діти з труднощами доводили голос до верхнього діапазону, що пов'язано зі слабкістю голосових складок. Що стосується дітей-канюлярів, то вони взагалі не змогли виконати дане завдання.

Оцінюючи виконання запропонованих вправ на вміння дитиною змінювати силу голосу, отримали наступні результати, представлені у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Стан сформованості сили голосу

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | - | - |
| Середній | 8 | 6,4 |
| Низький | 118 | 93,6 |
| Всього | 126 | 100 |

Таким чином, у більшості дітей 118 (93,6 %) спостерігалися труднощі під час виконання завдання, що, на нашу думку, може бути пов'язане з підвищеною напругою голосових зв'язок, дихальних та артикуляційних м'язів. Необхідно також враховувати малий звуковий діапазон даної вікової категорії, а наявність новоутворень у гортані теж ще зменшує цей діапазон. Тому під час розробки корекційних програм для цієї категорії дітей необхідно пропонувати вправи на розширення голосового діапазону.

Наступним етапом нашого експерименту було дослідження тембру

голосу, в якому ми з'ясували особливості тембру голосу та ступені захриплості у дітей.

Виділяли рівні сформованості тембру голосу у дітей та результати фіксували у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Стан сформованості тембру голосу

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | 11 | 8,8 |
| Середній | 32 | 25,4 |
| Низький | 83 | 65,8 |
| Всього | 126 | 100 |

Тембр голосу залежав від того, наскільки глибоко змінена архітектоніка гортані, а саме голосові складки. Найбільше дітей спостерігалось із вираженою захриплістю голосу – 83 (65,8 %), також відмічалися придихання у дітей, голос шепітний та глухий. Це діти з діагнозом папіломатоз гортані, гемангіома гортані та ХРСГ. Найменша кількість дітей (8,8 %) була з легкою захриплістю та глухим голосом. Це діти з вузликами та кістами на голосових складках.

Результати, отримані під час визначення рівня сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення, представлено у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Стан сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|-----|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | - | - |
| Середній | 5 | 4 |
| Низький | 121 | 96 |
| Всього | 126 | 100 |

Як видно з отриманих даних, більша кількість дітей 121 (96 %) не могла

відтворити питальне чи окличне речення, могла лише відтворити шляхом наслідування розповідне речення, голос був погано модульований. Спостерігалось 4 % дітей, які інтонаційно могли виділяти лише перше слово в реченні, у них голос був погано модульований. Враховуючи, що дошкільникам важко диференціювати форми речень, ми намагались допомагати виконувати завдання, пропонуючи лише відтворювати шляхом наслідування питальне, розповідне, окличне речення.

До другого системного блоку завдань (дихального) було віднесено клінічні методи дослідження та вправи, що дозволили з'ясувати ступінь дихальної недостатності у дитини, тип дихання та сформованість мовленнєвого і фонаційного дихання.

Прояви ДН у дітей ми описали у клініко-психологічному етапі. Дослідження типу дихання у дітей показало наступні результати: у 116 (92,1 %) дітей спостерігався ключичний тип дихання та несформованість диференціації вдиху та видиху, грудний тип дихання – у 10 (7,9 %) дітей. Відмітимо, що несформованість дихальних рухів і короткий вдих спостерігалися майже у всіх досліджуваних нами дошкільників, що в подальшому також впливало на недостатність фонаційного дихання та голосоутворення.

Функцію зовнішнього дихання досліджували за допомогою пневмографа у 39 дітей-канюлярів із 126 досліджуваних до пластики гортані та в післяопераційний періоди (при умові зникнення набряку слизової оболонки гортані). Відмітили, що у 66,7 % дітей-канюлярів площа просвіту гортані становила 50 % від норми. Цим дітям неодноразово проводилась пластика гортані, вони поступали у отоларингологічне відділення для оперативних втручань з метою розширення просвіту гортані. Для деканюляції дитини враховували площу просвіту гортані (деканюляція можлива з площею просвіту гортані 50 % і 100 %) та загальний стан дитини.

Досліджуючи фонаційне та мовленнєве дихання ми отримали

результати, представлені в табл. 2.8. та 2.9.

Таблиця 2.8

Стан сформованості фонаційного дихання

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | 4 | 3,2 |
| Середній | 6 | 4,7 |
| Низький | 116 | 92,1 |
| Всього | 126 | 100 |

Аналізуючи результати, наведені в таблиці, можна стверджувати, що 92,1 % дітей з органічними змінами у гортані у доопераційному періоді мали низький рівень сформованості фонаційного дихання, середній і достатній рівні спостерігалися відповідно лише у 4,7 % і 3,2 % дітей.

Таблиця 2.9

Стан сформованості мовленнєвого дихання

| Рівні | Доопераційний період | |
|-----------|----------------------|------|
| | N | % |
| Високий | - | - |
| Достатній | 4 | 3,2 |
| Середній | 4 | 3,2 |
| Низький | 118 | 93,6 |
| Всього | 126 | 100 |

Результати, наведені в таблиці, вказують на низький рівень сформованості мовленнєвого дихання у 93,6 % дітей, середній і достатній рівні спостерігалися відповідно лише у 3,2 % і 3,2 % дітей.

Провівши логофонетичне обстеження та проаналізувавши показники порушень основних характеристик голосу та дихальної системи, дійшли висновку, що більшість дітей мали низький рівень сформованості акустичних характеристик голосу, мовленнєвого та фонаційного дихання.

Наступний етап нашого дослідження – прогностичний.

Провівши обстеження дітей, ми дійшли висновку, що для подальшої

роботи нам необхідно спрогнозувати, як буде виглядати методика комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу для подолання і усунення виявлених порушень голосомовленнєвого апарату та емоційної сфери на всіх періодах перебігу захворювання. Необхідно також з'ясувати, залучення яких спеціалістів необхідне для дієвості цієї методики на кожному із періодів перебігу хвороби (доопераційний, післяопераційний, реабілітаційний).

Прогностичний етап – це важлива ланка в системі будь-якого обстеження дитини: клінічного, логопедичного, психологічного та ін. Провівши повне обстеження дитини фахівцем і отримавши певні результати обстежень медичним працівником, логофонопедом, психологом вибудовується прогноз подальшого розвитку захворювання з метою досягнення успішних результатів або подолання передбачених негативних наслідків шляхом підбору індивідуально-корекційних програм для дитини.

Науковці Т. Боровкова та І. Морев наголошують, що метою даного етапу є прогнозування подальших тенденцій і можливостей розвитку обстежуваної дитини в залежності від поставленого діагнозу і причинно-наслідкового аналізу стану об'єкту даного моніторингу та розробка плану педагогічних корекційних мір [27].

Будувати прогноз можна лише після повного обстеження дитини, чого ми і намагались досягнути на клініко-психологічному та логофонопедичному етапах нашого дослідження. Ми впевнелись у тому, що остаточне заключення про хворобу дитини і можливі наслідки цього захворювання можна передбачити лише при повному обстеженні дитини різними спеціалістами: лікарями, психологами, педагогами та іншими. Враховували стресову ситуацію, в якій знаходилась дитина, помилки, які вона могла припускати, відволікання, самопочуття на момент обстеження та інші фактори, які могли призвести до зниження результативності діяльності.

Отже, прогностичний етап дає можливість, у залежності від прогнозу,

очікувати негативні або позитивні результати та спрогнозувати ефективність методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу, враховуючи рівень сформованості навички голосоведіння та емоційні порушення.

Для безперервної допомоги дітям з органічними захворюваннями гортані необхідно залучення всіх спеціалістів на кожному етапі діагностики і прогнозування ефективності їх лікування і реабілітації. З цією метою ми повинні покладатися на загальнодидактичні і спеціальні принципи розроблені І. Кузавою, О. Усановою, Л. Шипіциною [87; 101; 199], які були адаптовані для нашого дослідження:

1. Принцип комплексності.

Комплексне обстеження дитини різними спеціалістами: медиками, педагогами, психологами дає можливість виявити причину захворювання, структуру порушень голосової функції та вплив цих змін на розвиток дитячого організму в цілому. З іншого боку, комплексний вплив передбачає відновлення нормальної архітекτονіки гортані, або ж спроби наблизити її до того рівня, який би в подальшому сприяв нормальному голосоведінню; активізацію мовленнєворухового апарату дитини; розвиток функції зовнішнього, мовленнєвого та фонаційного дихання; усунення страху, тривожності, особливо для своєчасної декануляції дитини; попередження ЗПР у дітей, які часто перебувають в лікувальних закладах; надання можливості дітям-канюлярам у період лікування користуватися невербальними засобами спілкування та ін. Принцип комплексності полягає у співдружній праці лікарів, психологів, педагогів на будь-якому із етапів перебігу захворювання дитини, робота даних фахівців взаємопов'язана та доповнює один одного.

Саме принципом комплексності у діагностиці, підтримці та допомозі під час корекційної роботи визначається необхідність скоординованої роботи та тісного взаємозв'язку психологів, лікарів, дефектологів.

2. Принцип системного структурно-динамічного вивчення особливостей порушення голосу органічного походження у дитини на кожному з етапів захворювання (доопераційний, післяопераційний та реабілітаційний періоди), його вплив на інші органи і системи.

Як засвідчує аналіз спеціальної літератури, порушення голосоутворення будь-якого генезу носить «системний характер», тому що в процес можуть залучаються не тільки органи і системи, а й вищі психічні функції людини. Так, власні спостереження та літературні дані підтверджують, що неправильне голосоведіння (наприклад, псевдоскладковий механізм голосоутворення) настільки швидко відображається в корі головного мозку дитини, що без втручання корекційних педагогів та психологів позбутися цього механізму дуже важко.

Структурно-динамічний характер потребує використання великої кількості гнучких методик для дошкільників, а дотримання принципу системного структурно-динамічного вивчення захворювання забезпечить ефективність медико-психолого-педагогічного впливу в цілому.

3. Принцип якісного аналізу отриманих результатів.

Головним критерієм цього принципу є якісні показники виконання дитиною запропонованих нами завдань. Оцінюючи результати, які отримали медики, педагоги, психологи при дослідженні даної категорії дітей, ми повинні розумітись на тому, наскільки якісно їх виконала дитина, який шлях, процес обрала для виконання завдань, які помилки при цьому спостерігалися, як дитина намагалася їх подолати, як ставилася до зауважень людей, які проводили з нею дане дослідження. Якісний аналіз отриманих результатів дає можливість спеціалістам визначити чи є дане порушення первинним, або є наслідком якогось захворювання. Ендоларингоскопічні зміни в гортані (пухлини, кісти, гемангіоми) пояснюють наявні зміни голосу у дитини і є доказовою базою, що дисфонія чи афонія у дитини виникла саме з причини зміни архітекτονіки гортані. Якісно зібраний анамнез у пацієнта, якому

проводилось радикальне оперативне втручання з приводу раку щитовидної залози, підвищує діагностику післяопераційних ускладнень – це може бути ушкодження поворотного гортанного нерва, клінічними проявами якого будуть порушення фонації, дихання, ковтання, стеноз гортані різного ступеня вираженості, що призводить до подальшої інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих.

Тому, логофонеда повинен знати, що невдалі оперативні втручання на щитовидній залозі можуть призвести до порушення фонації.

Отже, отримання якісно інтерпретованих результатів обстеження хворих є підґрунтям для правильного діагнозу та призначення їм лікування і корекційної програми.

4. Принцип цілісності аналізу результатів.

Усанова О. наголошує, що пошук шляхів, зв'язків, які призвели до дисгармонії дитячого організму, потребує цілісного аналізу. Вміння ретельно зібрати скарги пацієнта, анамнез захворювання, охарактеризувати психічний та фізичний розвиток дитини, соматичний стан, тощо потребує цілісного аналізу і є важливим матеріалом для вірно поставленого діагнозу та можливості розробки корекційних методик індивідуально для кожної дитини. Кожен із спеціалістів (психолог, логопед, отоларинголог) повинен комплексно вивчити дитину та розумітися у документації своїх колег. Вміти виділяти для себе ті необхідні результати інших спеціалістів, які б слугували йому основою для складання повної картини історії розвитку хвороби. Отримати результати перебігу хвороби дитини, заключення суміжних спеціалістів, результати аналізів обстеження можливо з історії хвороби дитини або із виписки з історії хвороби. У заключенні педіатра описується загальний стан дитини, психофізичний розвиток, супутня патологія; отоларинголога – стан вуха, горла, носа та органів, які приймають участь у артикуляції та голосоутворенні; психолог дає характеристику всіх психічних функцій дитини; логофонеда характеризують стан голосомовленнєвого апарату.

Необхідне також ретельне вивчення продуктів діяльності дитини: малюнків, аплікації, що дозволить оцінити сформованість у неї зорових уявлень, дрібної моторики, ставлення до реальності, рівень розвитку інтелекту, сенсорних і моторних навичок тощо. Важливим є ще те, що у продуктах діяльності може відобразитись відношення дитини до свого дефекту, а саме, до порушення голосової функції.

Для цілісного аналізу отриманих результатів необхідно використовувати метод спостереження, який допоможе здійснювати аналіз психічних функцій дитини під час гри і спілкування з однолітками. Метод бесіди допоможе зрозуміти, наскільки дитина орієнтується в просторі, часі, відношення її до своєї сім'ї, друзів, відношення до порушення голосової функції. Метод експерименту має на меті чітко проаналізувати причину, з приводу якої батьки звертаються до спеціаліста. Анамнез захворювання, отримані результати обстеження, а також бесіди з дитиною допоможуть побудувати уявлення про подальшу стратегію і розробку корекційних програм.

Висновки до другого розділу

Провівши експериментальне дослідження, ми дійшли висновку, що до обстеження дитини з порушенням голосу органічного генезу на всіх етапах перебігу захворювання необхідно залучати наступних спеціалістів: отоларингологів, фоніатрів, логофонедів, психологів, педіатрів та ін.

При діагностиці голосових порушень, причинами яких є органічні ураження гортані, нами було виділено три етапи: клініко-психологічний, логофонедичний та прогностичний.

На клініко-психологічному етапі було виявлено, що найбільший відсоток серед досліджуваних нами дітей з порушенням голосу склали пацієнти з ХРСГ (30,9 %) та ЮРПГ (57,2 %). При первинній перцептивній оцінці голосу в доопераційному періоді було встановлено, що у більшості

дітей спостерігалася дисфонія – 86,5 %, а у 13,5 % дітей голос був відсутній. У 34,1 % від загальної кількості дітей виявлена супутня патологія, яка могла впливати на основні характеристики голосу.

При проведенні психологічного обстеження відмітили, що у дітей, які госпіталізуються або знаходяться на лікуванні в отоларингологічному відділенні з приводу органічних захворювань гортані, відмічаються емоційні порушення, що проявляються страхом у 21,5 %, тривожністю – у 58,7 %, потребою у захисті – у 11,9 % пацієнтів.

Логофопедичний етап обстеження складався з двох блоків: голосового і дихального. Результати, отримані в голосовому блоці, показали, що у дітей з органічними захворюваннями гортані присутні логопедичні проблеми, які призводять до змін основних характеристик голосу. Так, ринофонія спостерігалася у 25,4% обстежених, мінімальні дизартричні порушення – у 30,9 %.

Дослідження характеристик сформованості голосової функції у обстежених нами дітей виявили тяжкі порушення акустичних характеристик голосу. Так, на низькому рівні виконання завдань на зміну висоти голосу було 120 (95,2 %) дітей; сформованості сили голосу – 118 (93,6 %); сформованості тембру голосу, якому надавалась особлива увага, – 83 (65,8 %); мелодико-інтонаційної сторони мовлення – 121 (96%). До другого системного блоку завдань (дихального) було віднесено клінічні методи дослідження та вправи, що дозволили визначити ступінь дихальної недостатності у дітей, тип дихання, сформованість фонаційного та мовленнєвого дихання. Отримані результати показали, що ДН I ступеню спостерігалася у 27 (21,5 %) дітей, ДН II ступеню – у 15 (11,9 %), у 84 (66,6 %) обстежуваних нами дітей дихальної недостатності не спостерігалася. Зазначимо, що у 116 дітей (92,1 %) відмічався ключичний тип дихання, у 10 (7,9 %) – грудний. Результати дослідження фонаційного та мовленнєвого дихання показали низький рівень виконання завдань у більшості дітей, що складало відповідно

116 (92,6 %) і 118 (93,6 %) випадків.

Отже, значна кількість досліджуваних нами дітей мала низькі показники сформованості акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання. Таким чином, ми впевнились, що існує необхідність у комплексному обстеженні дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу та в розробці методики комплексного (медичного, логофонеopedичного, психологічного) супроводу з метою подолання виявлених голосових та психологічних порушень у досліджуваних дітей.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Осадча Т. М. Діагностика та лікування функціональної дисфонії у дітей / А. А. Лайко, Ю. В. Гавриленко, Т. М. Осадча // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – № 3-с. – 2012. – С. 130.

2. Осадча Т. М. Клініко-фонеopedична діагностика голосової функції у дошкільників з органічними ураженнями гортані / Т. М. Осадча // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. – № 24. – С. 179-183.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

3.1. Методичні основи експериментальної роботи

На сьогоднішній день у вітчизняній медицині та корекційній педагогіці зустрічаються деякі фрагментарні сучасні дослідження та комплексні корекційні методики з відновлення голосової функції у дітей з органічною патологією гортані, в тому числі у дітей дошкільного віку. Аналіз наукових джерел свідчить, що в Україні у спеціальній освіті недостатньо розроблені методологічні, науково-теоретичні, практико-орієнтовані основи організації та забезпечення безперервної комплексної корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми з порушенням голосу органічного генезу [19; 84; 90; 169; 178].

Провівши констатувальний етап дослідження ми дійшли висновку, що сучасні медичні технології, які забезпечують своєчасну і достовірну діагностику, висока кваліфікаційна досвідченість медичного персоналу є базою для подальшого забезпечення кваліфікованої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями голосу, пов'язаними зі зміною архітекtonіки гортані. Проте, наш практичний досвід показав, що існує лише одновекторний підхід до обстеження та реабілітації таких дітей. Тільки лікарі приймають участь у вирішенні існуючих проблем у пацієнтів, а саме – порушення дихальної та голосової функцій гортані, що стосується логопедів, фонопедів, то вони залишаються осторонь допомоги дітям з даною патологією в лікувальних закладах, і лише поза їх межами здійснюється нерегулярна логопедична допомога. Вищезначена проблема існує і, на нашу думку, насамперед, пов'язана із відсутністю залучення логопедів до реабілітаційної роботи у ранньому післяопераційному періоді та з необізнаністю і небажанням батьків звертатись до фахівців цього профілю.

Інколи діти у лікувальних закладах знаходяться декілька місяців, а надання логокорекційної допомоги в пізні строки реабілітаційного періоду можуть призвести до відсутності позитивних результатів.

Приймаючи участь в обстеженні дітей та аналізуючи результати медичного, психологічного, логофонопедичного обстежень, ми дійшли висновку про необхідність застосування мультидисциплінарного підходу для подальшого надання допомоги дітям, які мають порушення голосу органічного генезу, та розробки методики комплексного супроводу для даної категорії дітей. З цією метою ми використовували загальнодидактичні та спеціальні принципи. Для отримання достовірних результатів, позитивної динаміки з відновлення голосової функції та емоційних порушень необхідно дотримуватися і керуватися наступними принципами: індивідуального підходу, активації компенсаторних процесів, активності, комплексного впливу, послідовності і наступності, позитивності емоційного почуття.

1. Принцип комплексного впливу передбачає залучення і взаємозв'язок медичного персоналу, корекційних педагогів та психологів, всебічне обстеження і поєднання декількох методів корекційного впливу на дитину з метою відновлення голосової функції та уникнення патологічних станів.

2. Принцип послідовності та наступності. Психологічні особливості дітей дошкільного віку, а саме нестійкість уваги, швидка втомлюваність не дають можливості дитині опанувати одразу велику кількість запропонованих вправ, тому корекційна робота базується на поступовому ускладненні, лише після опанування і закріплення запропонованої вправи дитиною можливий послідовний перехід на більш складні рівні.

3. Принцип активності. При госпіталізації дитини у стаціонарне відділення батьки та діти повинні вірити у видужання. Батьки мають усвідомлювати необхідність у діагностично-лікувальній роботі, намагатись разом з психологами впевнити дитину у важливості для неї обстеження,

вселити в неї віру, що втрачений голос відновиться завдяки активним і кропітким щоденним заняттям. Ефективність корекційної дії напряму залежить від бажання дитини отримати ліпші результати. Залучення дитини дошкільного віку до активності базується на її інтересі, який досягається шляхом підбору вправ, що зацікавлять дитину, та вмінні їх активно використовувати.

Отже, формування активності у дитини сприятиме розвитку перспективи на видужання.

4. Принцип активації компенсаторних процесів.

Метою цього принципу є подолання виявлених голосових порушень або відновлення втраченої голосової функції не лише шляхом комплексного впливу (медичної допомоги, логофонеopedичних та психокорекційних занять), а й включенням компенсаторних можливостей дитячого організму.

Дослідження, проведені П. Анохіним, О. Леонтьєвим про теорію функціональних систем, стверджують, що компенсація втрачених функцій можлива лише при мобілізації значної кількості фізіологічних компонентів, які розташовані у різних відділах ЦНС і робочої периферії, але завжди функціонально об'єднані для отримання кінцевого пристосувального ефекту [10]. Опираючись на дослідження з питань фізіології та патології голосового апарату людини (В. Єрмолаєв, А. Косаковський, А. Лайко, А. Циганов), теорій голосоутворення (R. Husson, Г. Фант) та враховуючи швидкий механізм включення компенсаторних властивостей організму, особливо у дітей, вважаємо, що принцип активізації компенсаторних процесів буде доцільно використовувати.

5. Принцип індивідуального підходу. Кожна дитина – це особистість зі своїм психічним розвитком та індивідуальними особливостями. Враховується вік, стать. Хвора дитина, особливо, якщо у неї інвалідизуюче захворювання, по різному ставиться до своєї хвороби, лікувальних закладів, медичного персоналу, у кожного по різному проявляється бажання на

видужання або взагалі його не існує. Тому цей принцип визначає розробку індивідуальної корекційної програми для дитини.

6. Принцип формування позитивних емоцій. Створення у лікарні позитивного мікроклімату для того, щоб дитина себе почувала спокійно, врівноважено, на заняття йшла з позитивним емоціями та була налаштована на видужання є необхідним. Застосування цікавих занять під музичний супровід або з імітацією голосу тварин допомагає дитині відчувати себе задоволеною, життєрадісною, що буде сприяти нівелюванню страхів, тривожності, замкненості у дітей. При наявності позитивних емоцій у дитини покращується контакт з педагогами та при виконанні вправ підвищується їх результативність.

Теоретичною основою розробки методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу були наступні теоретично-методологічні положення: вчення про фонаторну функцію гортані як моторного феномену з умовно-рефлекторними механізмами, що діють на різних рівнях ЦНС і підкоряються сигнальним системам на різних рівнях керування умовно-рефлекторною діяльністю (Д. Вільсон, І. Максимов, Т. Шидловська та ін.) та є основою для утворення численних модуляцій голосу, можливостей керувати силою, тембром, інтонацією; вчення про взаємоузгодженість і функціонування у роботі всіх органів і систем, які приймають участь у голосоутворенні (А. Буров, Т. Зубарева, В. Михальцев, Т. Шидловська); теорій голосоутворення (R. Husson, Г. Фант); фізіології та патології голосового та дихального апаратів людини; акустичні характеристики голосу; вчення Д. Ельконіна про періодизацію дитячого віку та особливості психофізичного розвитку дітей дошкільного віку; основні науково-методичні положення в галузі логопедії, фонопедії (О. Алмазова, І. Єрмакова, С. Конопляста, О. Лаврова, О. Орлова, Є. Соботович, В. Тарасун, Л. Телеляєва, С. Таптапова, М. Шеремет) та ін.

Метою експериментальної методики є:

- формування фізіологічного типу дихання, характерного для дітей дошкільного віку;
- розвиток фонаційного та мовленнєвого дихання;
- покращення або відновлення акустичних характеристик голосу;
- формування правильного голосоведіння у власному мовленні;
- нівелювання або зниження емоційних розладів;
- командна робота спеціалістів у кожний період перебігу захворювання.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання:**

- визначити напрями та послідовність комплексного супроводу для нормалізації акустичних характеристик голосу;
- провести повторну діагностику змін акустичних характеристик голосу, фонаційного і мовленнєвого дихання;
- діагностувати емоційні порушення у дітей;
- оцінити ефективність розробленої методики комплексного супроводу дітей з порушеннями голосу органічного генезу.

Проаналізувавши існуючі методи і методики відновлення голосової функції [8; 62; 90; 105; 116; 167; 201], ми дійшли висновку, що для розробки методики комплексного супроводу відновлення голосової функції у дітей з органічною патологією гортані більш доцільним є метод фонічної ортопедії, який ми адаптували для досліджуваних нами дітей, запропонований О. Алмазовою. За даною методикою при відновленні голосової функції повинна працювати команда фахівців, робота яких взаємопереплітається та доповнює один одного.

Методика комплексного супроводу дитини може проводитися як в індивідуальній, так і в груповій формі. Індивідуальна комплексна робота передбачає безпосередній вплив на конкретну дитину з урахуванням причини захворювання, довготривалості, кількості оперативних втручань, характеру

змін голосової та дихальної функцій та психологічних особливостей. Індивідуальна робота дає можливість проконтролювати зміни (голосу, дихання, емоційної сфери), які відбуваються у дитини, та своєчасно попередити виникнення небажаних станів.

Групова комплексна робота повинна проводитися з дітьми, які мають подібні прояви захворювання, однакового віку. Безпосередній комплексний вплив на дитину відбувається шляхом дії організованого спеціального процесу взаємодії учасників групи, і тому у якості комплексного впливу можуть виступати учасники цієї групи. Індивідуальна і групова форми роботи повинні застосовуватися як при логофоноведичному, так і психологічному супроводах.

Дані констатувального експерименту вказують на те, що у дітей з порушенням голосової функції за весь період перебігу захворювання спостерігаються голосові і психологічні порушення. Тому, враховуючи тривалість перебування дітей у лікувальних закладах і реабілітаційних центрах, кожний період повинен включати медичний, логофоноведичний та психологічний супроводи із залученням до процесу відновлення голосової функції не тільки лікарів і логофоноведів, а й психологів.

Логофоноведичний вплив передбачає використання методів та методик, в тому числі альтернативних методів комунікації, спрямованих на покращення чи відновлення акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання.

Слід зазначити, що у ранньому дошкільному віці у дітей відбувається активний розвиток мовлення, але дитина все ще продовжує користуватися експресивно-мімічним (поглядом, посмішкою, мімікою, рухами рук та ніг, вокалізацією знайомих звуків), предметно-руховим (поза, вручення предметів, відштовхування дорослих і дітей від себе) невербальними засобами спілкування [26; 93, с.16]. Дуже важливо у дошкільному віці розвивати мовлення дитини, особливо у дітей, у яких з народження мовлення не було

сформоване, що пов'язано з наявністю від народження трахеостомічної трубки і змінами архітекτονіки гортані. Діти настільки швидко звикають спілкуватися невербальними засобами, що навіть у деяких випадках не мають потреби у розвитку голосу. Тому перед нами виникло питання, яким чином можливо розвивати дитину у суспільстві, яка не має змоги спілкуватись за допомогою органів, що відповідають за процес мовлення. Пошук альтернативних методів комунікацій, які можна використовувати не тільки в лікувальних закладах, а й в домашніх умовах у дітей дошкільного віку з відсутністю голосу (афонією) з нормальним слухом, зором та збереженим інтелектом, є необхідним. Саме недостатня мовленнєва активність в дошкільному віці може негативно позначитись на навчальному процесі дітей молодшого та старшого шкільного віку.

Аналізуючи наукові джерела, ми зрозуміли, що застосування альтернативних методів комунікації є одним із необхідних та важливих методів для розвитку та ранньої реабілітації дітей, у яких відсутнє мовлення, особливо з патологією голосоутворюючого апарату [7; 119; 120].

Альтернативна комунікація – це форма спілкування за допомогою жестів, міміки, малюнків, фотографій, піктограм, технічних засобів, яка допомагає дитині адаптуватися у соціумі.

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки в Україні можливості застосування альтернативних та допоміжних засобів спілкування у дітей з аутистичним спектром відображені у роботах К. Островської, Т. Скрипник, Г. Хворової, Д. Шульженко, а вчені Р. Левіна, І. Мартиненко, І. Марченко, Т. Філічева, М. Шеремет велику увагу приділяли використанню ААС (з англійської «альтернативна та допоміжна комунікація») у дітей з тяжкими мовленнєвими порушеннями коркового генезу [119; 120]. Однак, у сучасній вітчизняній літературі немає робіт, присвячених методикам використання альтернативної комунікації дітьми з порушеннями голосу органічного генезу.

При проведенні занять з використанням ААС необхідно керуватися принципами, запропонованими О. Аксьоною, І. Мартиненко та М. Чернишовою [7; 119; 120].

1. Принцип «Від більш реального до більш абстрактного». Необхідно враховувати інтелектуальний та психофізичний розвиток дитини, а не її біологічний вік. Роботу починали з використання реальних предметів та явищ, потім переходили на фотографії. Схема використання графічних стимулів мала наступний вигляд: фотографії → малюнки із зображенням реальних предметів → малюнки → символи → піктограми → схеми.

2. Принцип «Надмірності інформації» передбачає одночасне використання декількох комунікативних засобів (наприклад, жест, слово, піктограма), орієнтування на індивідуальність, можливість вибору засобу комунікації самою дитиною.

3. Принцип «Мотивації». Вибір комунікативного засобу залежав від комунікативних можливостей дитини і кола її інтересів. Основна ідея даного принципу полягала у визначенні шкали інтересів кожної дитини і вмінні дорослого включити її у процес спілкування.

4. Принцип «Функціонального використання» передбачав індивідуальний підбір комунікативного засобу в залежності від функціональних можливостей дитини: слуху, зору, руху, нюху, чуттєвості. Утворення комунікативного середовища навколо дитини: рівень пред'явлення символу або засобу, поза дитини, можливість участі асистента [7; 119; 120].

На сьогоднішній день існує велика кількість засобів альтернативної комунікації:

- комунікативні графічні символи (альбоми з малюнками та фотографіями), завдяки яким у дитини формуються навички вибору за проханням і співвіднесення графічного предмета з реальним;

- використання жестів в ігровій формі із застосуванням віршів, пісень, пальчикових ігор, в яких використовуються найбільш часто вживані в житті

соціальні жести, ці заняття повинні проводитись емоційно, кількість дітей до 5 у групі, можливе залучення до занять батьків;

- використання «мови» звуків (двінок – хочу їсти, плескіт у долоні – лягати спати та інше);

- плакати з розпорядком дня (день розподілений за годинами, а також показано на малюнках розпорядок дня дитини, завдяки чому дитина співвідносить свої дії протягом дня, дивлячись на малюнки);

- піктограми – використовуються чорно-білі зображення, які замінюють слова, за допомогою піктограм дитина може навчитися будувати цілі речення, і таким чином це допоможе їй висловлювати свої побажання і прохання;

- букво-сполучення (карточки), їх використання готує дитину до фразового мовлення;

- леб-система – використання 60 символів;

- засоби комунікації з використанням простої техніки – магнітофони з записом іграшок зі звуками, співу птахів, казок.

Всі ці засоби допомагають дитині розвивати комунікативні здібності.

Альтернативні методи і засоби комунікації, як ми уже відмічали, включають цілий спектр невербальних засобів комунікацій, які умовно діляться на дві групи:

- перша група – це невербальні засоби, які при дії на організм людини викликають у неї вегетативні реакції (підвищене потовиділення, слинотечу, гіперемію обличчя, підсилення частоти серцевих скорочень та інше), міміку, погляд, рухи тілом;

- друга група – це тактильні символи, що сприймаються дитиною (реальні предмети, їх частини), графічні (піктограми, фотографії, Бліс-символи, леб-система), технічні засоби (кнопки, системи, що говорять) та ін.

Для дітей з порушенням вербального спілкування, актуальним є розумне включення засобів ААС у практику реабілітації, що дозволить не

тільки задовольнити їхню комунікативну потребу, але й розширити їхні функціональні можливості, підвищуючи при цьому якість життя [146].

Наявність великої кількості засобів альтернативної комунікації ставить перед нами вибір їх застосування та використання, постійно чи тимчасово необхідно застосовувати засоби комунікації або, власне, як допомогу у розвитку власного мовлення.

Комунікація буде ефективною для дитини при наявності в сукупності наступних параметрів:

- властивість розуміти і використовувати рух тіла в процесі комунікації (міміка, рухи тіла та інше);

- властивість розуміти і вміти використовувати жести у відповідності з їх значенням;

- наявність допоміжних комунікативних засобів, що включають об'єкти, про які іде мова (фотографії, малюнки із зображенням об'єктів);

- вміння слухати співрозмовника;

- вміння використовувати мовлення і вокалізацію у різних комунікативних ситуаціях [112; 120, с. 113].

Увага спеціалістів все більше спрямована на пошук і необхідність використання альтернативних методів і засобів комунікації для даної категорії дітей, щоб вони могли про щось повідомити, на щось вплинути, мали можливість розподілити свій день, отримати необхідний запас знань, легко адаптуватися у суспільстві і в своєму розвитку не відставати від однолітків.

Проаналізувавши існуючі альтернативні методи і засоби комунікації, відмітимо, що ці методи можна застосовувати у дітей, яким заборонені деякий час голосові навантаження перед та після оперативного втручання на гортані, а також тим, у яких присутня трахеостомічна трубка і (чи) тампон-дилататор у гортані. Ми вважаємо за необхідне застосовувати графічні символи, жести, міміку, «мову» звуків, плакати з розпорядком дня,

пiктограми, карточки з букво-сполученнями, леб-систему, просту технiку. Велике значення для отримання позитивних результатiв у роботi з дiтьми має спiвпраця з батьками, тому iснує необхіднiсть в обiзнаностi батькiв з методами i засобами альтернативної комунiкацiї. Методи, на нашу думку, повиннi бути легкими у використаннi та зрозумiлими для батькiв, адже постає питання в необхідностi їх використання i в повсякденному життi, поза стiнами лiкарнi.

Органiзацiя волонтерських практик, семiнарiв, майстер-класiв для батькiв сприяє пiдвищенню їх обiзнаностi в значимостi для дитини вiдновлення не тiльки дихальної, а й голосової функцiї, а також необхідностi застосування для цих дiтей додаткових методiв комунiкацiї. Такi заняття допоможуть батькам використовувати альтернативнi методи комунiкацiї i в домашнiх умовах.

Одним iз дiєвих методiв, який може застосовуватись при логофонopedичному супроводi, є аудіовокалотерапiя. Цей метод лiкування заключається у прослуховуваннi академiчного спiву чи голосу диктора-дитини. Дослiдження, проведенi Л. Дмiтрiєвим та А. Митронович-Моджиєвською, показали, що пiд час прослуховування спiву чи мовлення м'язи гортанi вiдчувають тонус, гортань реагує активно, голосовi зв'язки змiнюють напруження, зближуються чи натягуються в залежностi вiд думок про мелодiю. Таким чином гортань реагує незалежно вiд волi пацiєнта. Навiть вокалiсти вiдмiчають, що пiсля прослуховування високопрофесiйного спiву спiвати стає легше, так як i пiсля прослуховування гарного диктора легше говорити. При прослуховуваннi спiвакiв чи дикторiв гортань включається в роботу за допомогою iдеомоторного зв'язку мiж внутрiшнiм мовленням чи спiвом та голосовим апаратом. Науковцi також пiдкреслюють, що коли ми уважно слухаємо розмову iнших людей, наш язик здiйснює мiкрорухи, тобто в процес сприймання включаються м'язи артикуляцiйного апарату [21]. Заняття є, на нашу думку, дуже важливими, особливо для дiтей-

канюлярів, коли вони довготривало мовчать (наявність канюленосійства та тампона-дилататора у гортані, який розташовується між голосовими складками). Це призводить до того, що гортань втрачає рефлекторні зв'язки з корою головного мозку, які необхідні для голосоутворення. За допомогою аудіокалотерапії гортань ніби приймає участь у голосоутворенні і таким чином зберігаються рефлекторні установки та відбувається підготовка голосових складок до фонетичних вправ.

Психологічне втручання передбачає використання методів психологічної корекції, які тісно взаємопов'язані з психотерапією. Велика кількість методів психологічної корекції, що розроблені на знанні соціально-психологічних закономірностей міжособистісної взаємодії, призвели до розвитку і застосування немедичних моделей психотерапії. Саме психотерапевтичний вплив буде позитивно діяти на дитину з психологічними порушеннями.

Для досліджуваної категорії дітей, на нашу думку, доцільним є застосування індивідуальної психокорекції, яка полягає у переконанні, роз'ясненні та умовлянні. Дитині розповідають причини хвороби, чому вона знаходиться в лікарні, чому їй необхідні медичні маніпуляції та ін. Умовляння – це прямий вплив психолога на підсвідомість пацієнта з урахуванням його емоційного стану та почуттів. Бесіда та умовляння є простими і легкими у використанні психокорекційними методами, які є дієвими для дітей дошкільного віку. Хворі діти, яким надається більше інформації перед і під час лікування, менше відчувають тривогу, дискомфорт, страх, краще ставляться до медичних маніпуляцій і швидше одужують у порівнянні з дітьми, з якими подібна робота не проводилась [73, с.321].

Психокорекцію емоційних порушень у дітей дошкільного віку доцільно проводити за методикою арт-терапії, методом ігротерапії, тому що під час арт-терапії, ігротерапії дитина має можливість звільнитись від негативних почуттів, за допомогою малюнків повідомити дорослих, що її бентежить.

Арт-терапія – це вид психотерапії та психологічної корекції, в основі якої є образотворче мистецтво і його дія на психоемоційний стан пацієнта. З іншого боку, арт-терапія – це використання засобів мистецтва для передачі відчуття та інших проявів психіки людини з метою змін структури його світосприймання [91]. Терапія мистецтвом в сучасному світі дуже широко використовується не тільки в лікарнях, психіатричних клініках, а й в інших умовах як додаток до інших видів групової терапії.

Виділяють наступні види арт-терапії: власне арт-терапія (малюнкова терапія), казкотерапія, музикотерапія, драматерапія, танцювальна терапія, куклотерапія, скульптуротерапія та ін. Основними рекомендаціями до застосування арт-терапії виділяють наступні: порушення емоційного розвитку, стрес, депресія, знижений настрій, емоційна лабільність, імпульсивність емоційних реакцій, ревності, підвищена тривожність, страхи, фобії та інш [91; 110; 136].

Застосовуючи арт-терапію, у дітей можна вирішити наступні проблеми: вступити в контакт з дитиною; допомогти дитині звільнитися від агресії та інших негативних відчуттів; відпрацювати та уникнути пригнічених думок і відчуттів; розвинути навичку самоконтролю; сконцентрувати увагу на видужанні; полегшити процес лікувально-діагностичної та фонopedичної корекції та інше. Арт-терапія може бути активна і пасивна. В активній арт-терапії пацієнт сам безпосередньо стає учасником занять, а при пасивній – сприймає і усвідомлює інформацію, яку доносить психолог. Отже, для психокорекційної роботи з метою уникнення чи розвитку психологічних порушень можливо використовувати для досліджуваних нами дітей арт-терапію, а саме: казкотерапію, музикотерапію, ігротерапію, що підвищить можливість спілкування у дітей, зменшить прояви емоційної напруги, замкненості.

Термін психотерапевтичних занять для кожної дитини визначається індивідуально. Так, за тривалістю арт-терапевтичні заняття бувають

короткотерміновими (до 12 занять); середньотерміновими (до 1 року), довготермінові (декілька років). Загалом, арт-терапевтичні заняття не повинні тривати більше 3-х годин на день [110]. Існують вікові обмеження до застосування арт-терапії – це малюнки і живопис, які не рекомендують використовувати до 6 років, так як діти цього віку лише засвоюють матеріали та способи зображення предметів і явищ. Тому образотворча діяльність не є формою психотерапевтичної корекції, а її використання у дітей цієї вікової категорії можливо лише з діагностичною метою.

Однією із ефективних, на нашу думку, психокорекційних методик, що можна застосовувати у лікувальних закладах, є казкотерапія, якій надавалася особлива увага. Казка є одним із доступних для дітей дошкільного віку засобів формування творчої уяви і словесної творчості [78]. Особливостями сприймання та розуміння казок дітьми дошкільного віку займались В. Андросова, Л. Гурович, М. Єрмолаєва, М. Лепетченко, В. Пабат та ін [9; 64; 111; 141; 200].

Багато науковців вбачають казку як один із методів психотерапії у дітей, про це у своїх дослідженнях наголошувала С. Черняєва, яка пропонує методичні особливості психологічної роботи з казкою, а також підкреслює, що казкотерапія вирішує проблеми страхів, тривожності, агресивності, боязні та ін [78; 215]. О. Хухлаєва теж відзначає у своїх роботах, що казки допомагають дитині подолати психологічні труднощі [210]. У терапевтичній казці є прихована проблема, вирішення якої залежить від самої людини. В. Пабат вказує, що казки, які систематично використовують у роботі з дошкільниками, формують і розвивають у них сприймання, пам'ять, уяву, інтереси, почуття, активне ставлення до життя, почуття любові до природи, що є також актуальним для досліджуваних нами дітей [141].

Використання ігор у казкотерапії, як відмічає у своїй праці О. Набойкіна, розвиває здібності дитини, робить її спокійнішою та створює позитивний фон для розвитку дитини в цілому [126].

Як відомо з вікової психології, у дітей дошкільного віку провідною діяльністю є гра, тому її використання перед призначеним лікуванням і маніпуляціями буде доцільним, оскільки це зменшить відчуття страху та тривожності у дитини.

Ігротерапія – це метод психотерапевтичного впливу на дітей з використанням гри, яка зменшує відчуття страху, тривожності, регулює емоційний стан дитини, зближує учасників гри [6]. Ігрову терапію використовують у дітей з різними хворобами.

Під час ігрової терапії дитина переносить негативні емоції на ігровий образ і наділяє своїх персонажів власними негативними емоціями. Позитивний психокорекційний ефект буде у тому випадку, коли досягається емоційний контакт між дітьми та дорослими.

Одним із ефективних методів корекції психологічних порушень у дітей є музикотерапія – метод психотерапії, заснований на емоційному сприйманні музики, спрямований на заспокоєння, зниження напруги, розслаблення. Активно використовується музична терапія при невротичних розладах, психосоматичних порушеннях, функціонально-вегетативних та органічних захворюваннях [91; 235]. Музикотерапія може бути як основним фактором впливу на психоемоційний стан дитини, так і доповненням інших корекційних прийомів для підсилення їх впливу.

Слід зазначити, що в залежності від мелодії, її ритму, музика може впливати на організм людини по різному – від відчуття внутрішньої гармонії до агресивної поведінки. Тому необхідно правильно підбирати музику для психокорекції. Музикотерапію можна проводити як в активній формі, коли дитина сама є учасником, так і пасивній, коли пацієнт лише прослуховує музичні твори.

При застосуванні будь-якої корекційної методики, в тому числі і арт-терапії, заняття повинні мати свою структуру: початок, основну частину та завершення (підведення підсумків, обмін враженнями).

Отже, запропоновані нами методи арт-терапії можна використовувати у лікувальних закладах з дітьми, у яких спостерігаються голосові зміни та психологічні порушення. Описані методи психокорекції зменшать відчуття страху, тривожності у дитини, допоможуть легко вступати в контакт з медичним персоналом, сприятимуть уникненню психологічних травм під час деканюлювання дитини, розвиватимуть комунікативні здібності.

Таким чином, для розробки методики комплексного супроводу дітей з органічними пошкодженнями гортані, які призводять до порушення голосомовленнєвої функції, необхідне залучення команди спеціалістів, кожний з яких здійснює корекційний та лікувальний вплив, методи якого доповнюють та переплітаються один з одним. Методика повинна включати індивідуальні та групові заняття, кількість яких визначається складністю та тривалістю захворювання дитини, рівнем сформованості акустичних характеристик голосу, фонаційного і мовленнєвого дихання, наявністю та вираженістю емоційних порушень.

3.2. Розробка та апробація методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушеннями голосу органічного генезу

Проаналізувавши дані, отримані під час проведення обстеження дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу на констатувальному етапі нашого дослідження, ми дійшли висновку, що для відновлення порушеної голосової функції необхідно розробити та застосувати методику комплексного супроводу дитини протягом всього перебігу захворювання.

Для ефективності та послідовності застосування методики комплексного супроводу нами виділено три періоди: доопераційний, післяопераційний та реабілітаційний.

Перший – доопераційний період, має на меті виявити причини, що призвели до порушень голосової та дихальної функцій, оцінити стан

сформованості акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання, підготувати дитину до обстеження, оперативного втручання, знизити відчуття страху, тривожності, занепокоєння перед госпіталізацією, що дозволить у подальшому в післяопераційному періоді сформувати підґрунття для відновлення голосової функції та емоційної сфери. У цей період найбільше повинні бути задіяні медичні працівники, логофонеда та психологи.

На другому – післяопераційному періоді, комплексний супровід передбачає раннє комплексне втручання спеціалістів після проведеного оперативного лікування гортані та підготовку дитини до своєчасної деканюляції, формування основних акустичних характеристик голосу і нівелювання психологічних порушень. У цьому періоді, з метою попередження післяопераційних ускладнень, активно повинні бути залучені до роботи медичні працівники, а також логофонеда і психологи для роботи з відновлення голосової функції.

Третій – реабілітаційний період, передбачає продовження консервативного лікування, профілактику ЛОР-захворювань, закріплення, автоматизацію отриманих навичок правильного голосоведіння та контроль відсутності емоційних порушень.

Методика комплексного супроводу може проводитись як в індивідуальному, так і груповому порядку. Основними тимчасовими протипоказаннями для комплексного психологічного та логофонедичного супроводу можуть бути гіпертермічний синдром, гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ), виражені астено-вегетативні прояви, ускладнення раннього післяопераційного періоду.

Перший період – доопераційний.

Комплексний супровід дитини в доопераційному періоді проводиться паралельно медиками, психологами та логофонедями. Кожен фахівець займає певне місце в цій системі і має свої певні функції.

Медичний супровід здійснюється медичними працівниками. При госпіталізації дитини в отоларингологічне відділення основною скаргою батьків є захриплість чи відсутність голосу у дітей, а також у деяких випадках порушення дихання, тому дуже важливим є комплексний підхід до обстеження дитини. Медичними працівниками здійснюється комплексна діагностика на предмет виявлення причин порушень голосу та інших супутніх захворювань. З цією метою використовуються об'єктивні методи обстеження, а саме: загальний ЛОР-огляд, ендоскопія гортані, аудіометрія, УЗД гортані, МРТ гортані та інше. Ми відчували необхідність залучення на цьому періоді логофонедів та психологів і впевнились ще під час проведеного констатувального експерименту в тому, що тільки один медичний супровід не є достатнім у доопераційному періоді. Тому, до роботи в цьому періоді залучаються психологи, логофонеди, які проводять бесіду з дитиною, намагаються пояснити та впевнити її у необхідності госпіталізації, пояснюють причини її захворювання, керуються наочними прикладами, пояснюючи необхідність обстежень та маніпуляцій, оперативного втручання та готують безпосередньо до операції. Суб'єктивну оцінку голосу дитини ЛОР-лікар проводить разом з фонопедом та паралельно вивчає ларингоскопічну картину ураженої гортані. Медичні працівники роз'яснюють фонопедом, як буде виглядати гортань після оперативного втручання, у яких місцях можуть з'явитись рубці і як це може впливати на голосову функцію. У свою чергу, фонопеди, знаючи анатомо-фізіологічні особливості гортані в нормі та при патології у дітей дошкільного віку і основні теорії голосоутворення, планують, які корекційні вправи в майбутньому будуть ефективними та сприятимуть видужанню дитини.

Психологічний супровід. Робота психолога розпочинається від моменту госпіталізації дитини на стаціонарне лікування, а саме в приймальному відділенні, де працює практичний психолог, і якому допомагають студенти-волонтери.

В доопераційному періоді робота психолога спрямована на: формування позитивної реакції на госпіталізацію; пояснення дитині причин хвороби та необхідності у лікуванні; формування і усвідомлення необхідності медичних обстежень; формування мотивації на відновлення голосу; попередження або виявлення емоційних порушень.

Загальновідомо, що у дітей дошкільного віку відбувається формування особистості, у них обмежений соціальний досвід, незавершене формування морально-ціннісної сфери, а також анатомо-фізіологічні особливості ЦНС дітей цієї вікової групи, призводять до того, що дитячий організм дуже чутливий до негативних факторів навколишнього середовища. Спостереження за дітьми дошкільного віку вказують на те, що вони по-різному ставляться до своєї особистості, хвороби, перебування у лікувальних закладах, медичного персоналу. У дитини, яка тривало хворіє і перебуває в лікувальному закладі, можуть спостерігатися порушення емоційної сфери та сформуватися затримка психічного розвитку соматогенного походження. Емоційні порушення у хронічно хворих пацієнтів залежать від віку дитини, довготривалості і кількості госпіталізацій на стаціонарне лікування. У дітей страх, тривога підсилюються при кожній наступній госпіталізації, і тим більше вони виражені, чим триваліше хворіє дитина [219].

Психолог визначає можливі шляхи подолання проблем, що заважають дитині відчувати себе захищеною, життєрадісною. Психолог виступає у ролі помічника, який створює всі умови для позитивної ситуації навколо дитини та робить усе необхідне для забезпечення задоволення її потреб, які є основою для успішної корекції. Такі умови повинен створювати не лише психолог, а й логопед, медичний працівник та батьки дитини.

Спираючись на теорію потреб для відчуття гармонії всередині свого організму, дитину необхідно задовольнити наступними п'ятьма базовими потребами: фізіологічні потреби (їжа, сон, прогулянки та інше); потреба у безпеці (відсутність принижень, насильства, тривоги, страху, внутрішнього

дискомфорту); потреба у любові, спілкуванні, бажання дружніх стосунків; потреба у визнанні та повазі, що породжує в особистості почуття впевненості в собі та корисності у світі; потреба у самоактуалізації, людина повинна бути тим, ким вона може бути [101]. Для забезпечення вищезначених потреб необхідно створювати всі умови для їх реалізації не тільки в стінах лікарні, де перебуває дитина, а й поза її межами. Дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил у стінах лікарні та задоволення потреб дитини є основним фундаментом для позитивної корекційної роботи з дитиною.

Вирішення завдань досягалося за допомогою бесіди, умовлянь, переконань, а, якщо дозволяв загальний стан та терміни перед оперативним втручанням, застосуванням методів ігротерапії та арт-терапії.

За допомогою бесіди формують у дитини бажання виправити свій голос, впевнюють у безболісності медичних маніпуляцій, показують та розповідають дітям про апаратуру, за допомогою якої буде проводитись її обстеження (апарат для УЗД, ендоскопи, імпедансометри, аудіометри та ін). Безпосередньо перед оперативним втручанням, в неопераційні дні, знайомлять дитину з апаратом для штучного дихання, монітором для контролю частоти серцевих скорочень, артеріального тиску. Разом з анестезіологом проводять бесіди, впевнюють дитину, що крізь маску, яку будуть підносити до обличчя, вона відчуватиме запах цукерок та жувальних гумок, а монітор – це телевізор, на якому під час сну вона буде дивитися мультфільми.

Важливо не тільки створити позитивний мікроклімат у лікарні, забезпечити позитивне емоційне самопочуття дитини, а й своєчасно попередити та виявити можливі емоційні порушення.

Відомо, що довготривалі порушення голосу – це психотравмуюча ситуація для людини, тому схильність до психологічних змін, астенизація організму можуть призвести не лише до емоційних порушень, а й до граничних психічних порушень. Оскільки деякі діти постійно звертають

увагу на свій змінений голос, вони соромляться його, а дисфонія взагалі характеризується не тільки швидкою втомою голосу, а й загальною слабкістю, лабільністю психіки, тривогою, зниженим настроєм, безсонням та ін. Тому методом психологічної корекції ми прагнули звести їх до мінімуму чи взагалі нівелювати, а також сформувати у пацієнта активність та бажання видужати. У дитини дошкільного віку самостійно цей принцип активності не сформується, тому перед психологам постає завдання розвивати у хворій дитини мотивацію на видужання. На цьому етапі психологи можуть залучити до активної роботи батьків та всіх спеціалістів, які оточують дитину.

Таким чином, психологічний супровід дитини в лікувальних закладах необхідно проводити комплексно з іншими фахівцями і спрямовувати його на створення оптимальних умов розвитку емоційного й інтелектуального потенціалу дитини, її соціально-побутової адаптації та комунікативних здібностей. Психологічний супровід дитини дає велику можливість підвищувати ефективність медичної, логофонеopedичної роботи спеціалістів.

Логофонеopedичний супровід. Робота логофонеopedа була спрямована на: з'ясування причин порушення голосу; інформування пацієнтів щодо виникнення порушення голосу; дослідження типу дихання; виявлення мовленнєвих порушень, що призводять до змін голосу; виявлення змін основних акустичних характеристик голосу, стану фонаційного та мовленнєвого дихання; формування у дитини бажання у необхідності відновлення голосової функції; необхідність корекційних занять; розвиток психічних процесів шляхом застосування альтернативних методів комунікації.

Під час логофонеopedичного обстеження дітей в доопераційному періоді виявили, що діти, які мають дисфонію чи афонію, не можуть повноцінно спілкувались. Тому, якщо дозволяв загальний стан, логопед застосовує альтернативні методи комунікації перед оперативним втручанням.

Провівши інтерв'ю з дитиною, зібравши анамнез захворювання, а також

отримавши дані обстежень інших фахівців (отоларинголога, фонопеда, психолога, педіатра та ін.) ми приймаємо рішення про тривалість використання ААС (постійно чи тимчасово) і вид альтернативної комунікації. Для дітей дошкільного віку з порушеннями голосу органічного генезу ми використовуємо тимчасові засоби альтернативної комунікації, оскільки тенденція «соматично здорова дитина» існує, а відновлення голосової функції (мовлення) та психічних функцій дитини залежить від співпраці всіх спеціалістів, що приймають участь у корекційній роботі.

Застосовуючи заняття з альтернативної комунікації, необхідно дотримуватися таких принципів: індивідуальний підхід, поступовість, доступність для дитини, систематичність, постійність комунікативного партнера (змінюючи комунікативного партнера, ми вводимо дитину у стан стресу), командна робота з іншими фахівцями.

Перед застосуванням ААС з дітьми, які перебували у лікувальних закладах з приводу ХРСГ, ЮРПГ та інших нодозних утворень гортані, необхідно встановити контакт з дитиною, заповнити картки обстеження дитини (спілкуючись з батьками). Наступним етапом повинно бути використання малюнків з улюбленими стравами та іграшками дитини, розпорядком дня, що дасть можливість дитині вказати на свої проблеми чи свої улюблені заняття. Після засвоєння цих картинок дитина може вказувати на свої потреби і просити про допомогу оточуючих, якщо це є необхідним. Обов'язково повинні бути у лікувальних закладах картинки, що вказують на головний біль, біль у горлі, підвищення температури тіла, важкість дихання, наявність трахеостомічної трубки, так як це надасть можливість виявити у дитини нагальні проблеми.

Для того, щоб дитина швидко і легко засвоювала малюнки чи символи, необхідно спочатку вводити по одному чи два символи (малюнки) кожного дня. Присутність батьків на перших заняттях є необхідною, оскільки вдома з дітьми вони будуть закріплювати вивчену символіку.

Демонструючи символи, логопед повинен проговорювати його значення вголос для того, щоб дитина чула і засвоювала значення слів-символів. Звернути на себе увагу, щоб виразити прохання, дитина може використовуючи дзвіночок чи іграшку зі звуком.

У подальшому важливо досягти взаєморозуміння з дитиною, щоб вона сама проявляла ініціативу до комунікації та вміла пов'язувати свою потребу чи проблему з картинкою. Тривалість занять 5-10 хв.

Другий період – післяопераційний – починається після проведеного оперативного лікування гортані та підготовки дитини до своєчасної деканюляції. В цьому періоді активно залучаються до роботи медичні працівники з метою попередження післяопераційних ускладнень, логофонеда і психологи робота яких спрямована на відновлення голосової функції. В післяопераційному періоді комплексна робота спеціалістів повинна починатися якомога раніше, коли дитина переводилась з палати інтенсивної терапії у загальну палату та у неї зникали астеновегетативні прояви, що спостерігалось в середньому на 6-7 добу після операцій. Заняття можна проводити (особливо, дихальну гімнастику) в залі лікувальної фізкультури або ігровій кімнаті і, навіть, у межах ліжка хворого.

Методика комплексного супроводу розрахована на весь період перебігу хвороби дитини – від початку захворювання до покращення, або відновлення акустичних характеристик голосу дитини, та термін її проведення залежить від тривалості захворювання дитини. Незважаючи на те, що дітям проводиться раннє оперативне втручання (до 6 років) та робота з відновлення голосовою функції є важкою і кропіткою, результати комплексного впливу можуть давати позитивний ефект і за рахунок компенсаторних можливостей дитячого організму.

Практичний досвід показує, якщо не активізувати негайно комплексну реабілітацію дитини і не активізувати її компенсаторні можливості, процес реабілітації матиме затяжний перебіг, голос не наблизатиметься до своїх

фізіологічних характеристик. Коротченко В. наголошує, що реабілітація голосової функції повинна починатись в ранній післяопераційний період на 3-4 день з метою попередження фіксації патологічних навичок голосоведіння [92]. Відновлення голосу після ларингектомії можливо починати на 10 день після оперативного втручання, наголошує Г. Шимкус [227].

В післяопераційному періоді застосовувати методику комплексного супроводу починають якомога раніше, якщо дозволяє загальний стан пацієнта, навіть у межах ліжка. Власне фонопедичні вправи застосовують на 7-10 день після операції, оскільки післяопераційний набряк в гортані не дозволяє в повному обсязі виконувати вправи.

Комплексний супровід повинен бути безперервний, систематичний, дозований, індивідуальний, заняття прості у використанні та доступні і недовготривалі. Кожний супровід (медичний, логофонопедичний, психологічний) має підготовчу частину, основну та заключну, свою мету і завдання. Логофонопедичному супроводу повинно відводитись 15-20 хв на день, психологічний супровід (казкотерапія, музикотерапія) повинен проводитись протягом дня в ігровій формі; медичний супровід повинен проводитись протягом дня.

Для кожної дитини розробляються заняття, в основу яких покладений принцип дидактики – принцип зростаючих труднощів, і лише при засвоєнні попередньо запропонованих вправ дитина переходить до виконання більш складних.

Медичний супровід у післяопераційному періоді спрямований на зняття післяопераційного набряку (інгаляції із застосуванням протинабрякових сумішей, антигістамінні препарати), зменшення слизових виділень з гортані; включає протизапальну терапію із застосуванням антисептичних препаратів, комплексних гомеопатичних препаратів; зміну трахеостомічних трубок та щоденну санацію трахеобронхіального дерева у дітей-канюлярів. В подальшому проводиться медичне лікування з приєднанням

фізіотерапевтичних процедур, спрямованих на розслаблення чи стимуляцію м'язового тону органів, які відповідають за процес голосоутворення; курс масажу за призначенням лікаря (дренажний – для кращого відходження мокротиння, загальний розслабляючий – для зняття тону в плечовому та шийному відділах та ін.). Ще Р. Шоппе у 1888 році для відновлення голосу пропонував використовувати «щадну» терапію, яка полягала у необхідності проведення масажу, який позитивно діє на м'язи гортані і на слизову оболонку, покращує кровообіг, зменшує кількість слизу та запалення, а також він застосовував інгаляції з масляними речовинами, які добре діють на голосові зв'язки та розчиняють слиз.

У віддалені терміни післяопераційного періоду призначають підтримуюче лікування та профілактичні засоби для попередження розвитку хронічної патології ЛОР-органів у дітей.

Отже, медичний супровід проводиться паралельно з іншими супровадами і є базою для подальшої логофоноведичної та психологічної корекції, але чіткої межі між початком та закінченням немає, і тому він може проводитись, при необхідності, з іншими видами супроводу.

Психологічний супровід у післяопераційному періоді розпочинається після зникнення симптомів астенизації дитячого організму. Психологи проводять бесіди з дитиною, намагаються пояснити необхідність відновлення голосової функції. При цьому демонструють малюнки з анатомією гортані, розповідають, як голосові складки коливаються при мовленні, і робота яких анатомічних утворень залучається до процесу голосоутворення. По можливості, показують дані відеоларингоскопії здорової гортані дитини, де чітко видно рухи голосових складок, що викликає особливий інтерес у дітей. Це підтверджувалось малюнками, які малювали діти у вільний для себе час.

Виявлені під час констатувального експерименту психологічні порушення у дитини підвели нас до того, що для кращих результатів відновлення голосової функції необхідно позбутися або зменшити відчуття

страху, тривожності, фобій та інших емоційних порушень у дитини. Це досягається використанням методів казкотерапії, ігротерапії та музикотерапії. Заняття проводяться в індивідуальному порядку або можуть бути груповими, у групі по 5-6 дітей. Групи підбираються в залежності від тяжкості захворювання дитини (канюленосій чи ні) та проявів астенізації у неї. Індивідуальні заняття тривають 10 хв, а групові – 20 хв. Якщо дитина відмовляється від групових занять, її переводять на індивідуальні заняття. Кількість занять 25-30, але, якщо психолог вбачав необхідність у продовженні занять, їх продовжували. Кратність проведення занять становила 2-3 рази на тиждень.

Включені до комплексу заняття з казкотерапії мали на меті ознайомити дитину з відомими народними і авторськими казками. Перевагу надавали казкам, у яких відображалися зміни характеристик голосу, і як ці зміни впливали на самопочуття героя. Казки формують у дитини уміння боротися зі страхом, тривожністю, агресивністю, замкненістю; розвивають потребу у необхідності покращити чи відновити основні характеристики голосу. Систематичне недовготривале проведення занять сприятиме покращенню емоційної сфери дитини, стимулюватиме потребу у видужанні.

Для того, щоб діти поступово і безперервно оволодівали навчально-методичним матеріалом, психологу було необхідно створювати ситуацію «входу, супроводу та виходу» з казки, яка повторювалася під час проведення занять.

Підготовча частина занять передбачає створення робочої атмосфери, зацікавленості дітей, зосередження. Повідомляється, яку казку будуть вивчати та яка її мета. В основній частині зосереджують увагу на головних героях казки, існуючих у них проблемах. В заключній частині обговорюють, чому у героїв існують ці проблеми, на що вони впливають та наголошують на тому, як їх позбутися.

Використовують читання казки вголос психологом, логопедом,

фонопедом чи батьками, а також казки з аудіоносія, які мають музичний супровід і читаються професійним диктором. Дитина з дисфонією звертає увагу на дзвінкий чистий мелодичний голос казкаря. Після прослуханої казки надають можливість дитині виділити і розказати, по можливості, основну проблему у казці. Дітям з відсутністю голосу пропонують використовувати картки з героями, набір іграшок-фігурок казкових персонажів, якими вони користуються для інсценування казкових сюжетів.

Для занять психолог заздалегідь готує дидактичний матеріал для казки, яку на даний момент вивчають діти. Якщо дитина відчуває труднощі у переказі казки, психолог задає додаткові запитання.

Для оптимізації корекційної роботи психологом підбираються казки, де герої змінюють свій голос. Прикладом слугує казка «Івасик-Телесик». Дитині намагаються пояснити, що у Баби-Яги був голос сиплий, грубий, а вона його хотіла змінити на ніжний і голосний, тому звернулася до коваля, який їй міг допомогти змінити голос, але для цього необхідно було її бажання, терпіння, відсутність страху «кувати свій голос». Наступним прикладом є казка «Коза та семеро козенят», де у Вовка для досягнення мети і результатів є бажання змінити свій голос. Для дітей-канюлярів, у яких спостерігається афонія, показовою є казка «Русалочка», завдяки якій психолог намагається донести до дитини, що відсутність голосу не дає можливості людині висловити свої почуття, розповісти про щось цікаве, вона не може гарно розповідати вірші та співати, тому Русалочка довгий час страждала від того, що не має голосу.

Отже, казкотерапія допомагає нам впевнити дитину у необхідності щоденних занять і тренувань і важливості наявності голосу.

Не менш важливими є психотерапевтичні ігри, які допомагають дитині контролювати свою поведінку, емоційний стан, покращують самопочуття. Якщо дозволяє фонопед, психолог у свої ігри включає елементи фонopedичних вправ на розвиток функції зовнішнього дихання, мовленнєвого та фонаційного дихання. Розкриємо на прикладі.

Гра «Лікар Ай-болить»

Мета: зняти психоемоційне напруження у дитини, сформувати правильний тип дихання.

На початку гри психолог пропонує дітям вибрати роль хворих звірят, а сам є Лікарем. Створюється атмосфера лікарні, де на прийом до лікаря приходять хворі звірята (діти). Лікар приставляє фонендоскоп до грудної клітки дитини, просить дихати з різною частотою та глибиною, при цьому сам показує, як це необхідно робити, звертає особливу увагу на те, щоб дитина не напружувала верхній плечовий пояс.

Отже, казкотерапія допомагає впевнити дитину у необхідності щоденних занять і тренувань та важливості наявності голосу. Під час казкотерапії діти можуть імітувати звуки казкових героїв, при цьому стимулюючи артикуляційний апарат, вокальні зв'язки та дихальну систему, тому метод казкотерапії, на нашу думку, є дієвим.

Музикотерапію застосовують перед початком логофонопедичних занять. Психолог підбирає для дітей музику, яка б сприяла загальному розслабленню організму, заспокоювала, знімала емоційну напругу, відчуття тривоги та невпевненості, роздратованості, нервового збудження, що досягається шляхом прослуховування співу пташок, шелесту листя, звуків дельфінів та ін.

Вправа «На лісовій галявині».

Мета: навчити дитину релаксації, зняттю психоемоційного напруження, сформувати фізіологічний тип дихання.

Психолог пропонує дитині лягти на килимок і зайняти комфортне положення, бажано розкинути руки, розвести ноги та заплющити очі. Потім психолог монотонним, приємним голосом під музичний супровід пропонує дитині уявити, що вона знаходиться в лісі, де є галявина з різнокольоровими квітами, навкруги літають і співають птахи; уявити, що вона лягає на цю галявину, при цьому розслабляє групи м'язів, які пропонує психолог.

Під час музикотерапії вчать дитину розслабляти різні групи м'язів, починають від мімічних м'язів обличчя, потім шиї, тулуба, рук і ніг. Враховуючи дошкільний вік, перед заняттям психолог демонструє і коментує дітям, як має відбуватись розслаблення м'язів. Релаксаційні вправи поєднуються з елементами дихальної гімнастики, тому є можливим залучення логопеда чи фонопедя до проведення занять. Дитині пропонують покласти руку на грудну клітку і спокійно та рівно дихати.

Заняття можуть бути груповими, тривають 15-20 хвилин. Для оволодіння навичками м'язової релаксації застосовують від 15 до 30 вправ.

Кімнати для занять повинні бути добре провітреними, затишними, діти можуть сидіти у кріслах або навіть лежати на килимках із заплющеними очима.

При систематичних заняттях у дітей корегується не лише емоційна сфера, а й відбувається паралельно підготовка нервово-м'язового апарату до фонопедичних вправ.

Отже, проаналізувавши основні підходи до психологічного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу, ми дійшли висновку, що у лікувальних закладах психокорекційні вправи не бажано самостійно використовувати для даної категорії дітей, оскільки дошкільний вік характеризується швидкою виснаженістю, нестійкістю уваги, а у хворих дітей наявні астеновегетативні прояви, соматична ослабленість організму, тому заняття повинні бути легкі у використанні, недовготривалі і, по можливості, змінювати один вид діяльності на інший. Тому ми пропонуємо використовувати психокорекцію із залученням лікарів та логофонедів. Перед казкотерапією можна застосовувати музикотерапію, щоб дитина розслабилась, налаштувалась на прослуховування казки, в свою чергу, в кінці казкотерапії можна підключити ігротерапію з основними героями казки, включаючи елементи фонопедичних занять (діти імітують звуки героїв казок), якщо це дозволяють медичні працівники. Таким чином і логофонед

підключався до роботи.

Основні підходи до змісту проведення корекційних занять і залучення основних спеціалістів ми відобразили в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Методика (зміст) проведення корекційних занять

| Методика/вправа | Мета вправи | Фахівці, які брали участь у проведенні вправ |
|---|--|--|
| Казкотерапія Вправа «Івасик-телесик» | вміти змінювати і виділяти голос та копіювати голос казкових героїв для покращення власного голосу; вміти боротися зі страхом, тривожністю, замкненістю. | психологи, логопеди, фонопеди |
| Ігротерапія Гра «Лікар Ай-болить» | зняти психоемоційне напруження; формувати фізіологічний тип дихання, мовленнєве та фонаційне дихання | психологи, логопеди, фонопеди |
| Музикотерапія Вправа «На лісовій галявині» | релаксація організму; зняти психоемоційне напруження; розвивати фізіологічний тип дихання | психологи, логопеди, фонопеди |

Таким чином, психологічний супровід дитини з порушенням голосової функції органічного генезу в післяопераційному періоді передбачає, з одного боку, покращення її емоційного стану, а з іншого – відновлення або покращення основних характеристик голосу і формування фізіологічного

типу дихання, мовленнєвого та фонаційного дихання.

Важливу роль у післяопераційному періоді надають відновленню голосової функції у дітей, що досягається за допомогою *логофонопедичного супроводу*. Зусилля логофонопедів повинні бути спрямовані на:

- розвиток психічних процесів за допомогою використання альтернативних методів комунікації;
- подолання скутості у роботі артикуляційного апарату у дітей, особливо канюлярів;
- зменшення проявів назалізації (ринофонії);
- подолання мінімальних дизартричних порушення у дітей-канюлярів;
- використання психотерапевтичних методів, спрямованих на покращення проведення фонопедичних занять;
- розслаблення м'язової мускулатури та верхньої частини плечового поясу з подальшою активізацією нервово-м'язового апарату гортані;
- розвиток функції зовнішнього дихання, фонаційного та мовленнєвого дихання;
- розвиток слухового сприймання;
- розвиток висоти, сили, тембру голосу та формування навичок правильного голосоведіння.

З практичної точки зору вправи підбираються відповідно до вирішення завдань. Більш активні дії з дитиною розпочинаються за умови відсутності медичних протипоказів до цих активних дій за станом її здоров'я. Використовуються жести, вправи в ігровій формі, вірші, пісні, піктограми, леб-системи, карточки із буквосполученнями, застосовували просту техніку із записом звуків, голосів дітей та власного голосу дитини, з якою проводиться робота, до моменту її захворювання. Саме на цьому етапі до роботи можливе застосування методу аудіокалотерапії.

При засвоєнні дітьми вищезапропонованих завдань ми поступово розширяли використання засобів альтернативної комунікації, які сприяли

самостійно і без перешкод вступати в контакт з комунікаторами, батьками та своїми однолітками, висловлювати свою думку, будувати речення за допомогою засобів альтернативної та допоміжної комунікації.

Впровадження альтернативних комунікацій у комплексному лікуванні дітей з органічним ураженням гортані, а саме, після оперативного втручання на гортані з приводу даної патології, може бути ефективним методом для розвитку дитини, здатності її накопичувати словниковий запас і, в подальшому, при відновленні голосової функції стає основою для розвитку фразового мовлення.

На нашу думку, не включення альтернативних методів і засобів комунікації в методику комплексного супроводу в подальшому може негативно вплинути на очікувані позитивні результати у пацієнта від застосованої методики. Впровадження альтернативних методів комунікацій у дітей з органічною патологією гортані може бути ефективним методом пробудження і розвитку у них когнітивних властивостей. Це розширює уяву дітей про оточуюче середовище, підвищує їх інтелектуальний рівень, збільшує обсяг пам'яті, уваги, розширює та поповнює словниковий запас і в подальшому при відновленні голосової функції стане основою для розвитку фразового мовлення і соціалізації у суспільстві.

Логофонопедичний супровід застосовують і починають паралельно з психологічним супроводом, вправи плавно переплітаються одна з одною. Важливо до логофонопедичних вправ підключати ігри. Слід зазначити, що заняття за відсутності медичних протипоказів потрібно починати одразу після оперативного втручання або після постановки трахеостомічної трубки, яка забезпечує дитині життєвоважливу функцію організму – дихання. Власне логофонопедичні заняття (дихальні та вокальні вправи) можливі на 7-10 день після оперативного втручання, чим раніше розпочата робота, тим кращою буде позитивна динаміка та успішніше попередження розвитку псевдоскладкового механізму голосоутворення.

Під час логофонопедичних занять першочергову увагу звертають на правильну поставу дитини, адже правильна постава впливає на нормальне функціонування внутрішніх органів, особливо серцево-судинної системи та дихальної. Аналіз медичних джерел свідчить, що навіть незначні зміни в поставі призводять до викривлення хребта, грудної клітки, результатом чого є порушення функції органів дихання, що негативно відобразатиметься на логофонопедичній корекції.

До першої групи вправ ми віднесли вправи на розслаблення м'язової мускулатури та верхньої частини плечового поясу з подальшою активізацією нервово-м'язового апарату гортані. Паралельно проводили психологічний супровід, при якому дитину вчили розслаблятися.

Вправа 1. Включають релаксуючу музику, пропонують дитині вихідне положення стояти рівно (можна лежачи, так краще досягається розслаблення всіх груп м'язів), м'язи обличчя розслаблені, плечовий пояс розслаблений, руки розслаблені, опущені донизу, можна закрити очі та спокійно дихати. Для кращого досягнення розслаблення м'язів м'язової мускулатури та ший можливе паралельне застосування розслабляючого масажу.

Разом з музичним супроводом можливе застосування тихого голосу експериментатора, який буде нагадувати дитині, що плечі повинні бути опущені і дихання спокійне.

У подальшому для стимуляції нервово-м'язового апарату гортані пропонують комплекс вправ для підвищення тону м'язів та стимуляції рубцево змінених голосових зв'язок. Фізичні вправи, запропоновані дітям, покращують кровообіг у всіх органах та тканинах, стимулюють обмінні процеси в організмі, іннервацію та гуморальний механізм у всіх групах м'язів, у тому числі, нервово-м'язового апарату гортані.

Тривалість вправи з масажем: 10-15 хв.

Вправа 2. Вихідне положення стоячи, руки опущені, розслаблені, дихання спокійне. Стопи на ширині плечей. На рахунок «раз» – руки підняти

догори, на рахунок «два» – опустити. Повторювати 3-5 разів. Потім руки в сторони – потягнутися вправо, а потім – вліво та приєднати повернення тулуба, вправо та вліво. Потім підняти плечі, опустити. Повторити: 3-5 разів. Нахилити голову вправо, вліво, вперед, назад та по колу. Повторити: 3-5 разів.

Тривалість вправи: 3-5 хв.

Вправа 3. Стоячи, руки в замок на потилиці, нахилити голову назад, а руки чинять опір. Далі – кисті зігнути в кулак та підперти підборіддя, голову нахилити вперед, при цьому руки чинять опір. Рухи нижньою щелепою вниз, в сторони, вперед, надувають щоки. Вправу повторити: 3-5 разів.

Тривалість вправи: 3-5 хв.

У результаті виконання вправ діти набувають навичок доволіно розслабляти, напружувати м'язи, координувати рухи свого тіла. Після того, як дитина закріпила вищезначені навички, переходили до вправ на розвиток дихання.

Робота над розвитком функції зовнішнього дихання, фонаційного та мовленнєвого дихання.

Враховуючи, що у дітей-канюлярів ніс та рот виключаються із процесу дихання, трахеостомічна трубка є єдиним шляхом, крізь який поступає основний потік повітря у нижні дихальні шляхи, забезпечуючи організм необхідною кількістю кисню. У цієї категорії дітей спостерігається атрофія артикуляційного апарату, тому що він не приймає активної участі у зовнішньому, фонаційному та мовленнєвому диханні.

У процесі констатувального дослідження виявлені порушення функції дихання, результатом яких є ДН, скутість верхнього плечового поясу, зниження життєвої ємності легень, порушення ритму дихання; порушення фонаційного та мовленнєвого дихання (відсутність його у дітей канюлярів та недостатній розвиток у дітей з іншими органічними змінами у гортані) підвели нас до необхідності розробки і застосування занять для розвитку дихальної системи.

В дитячому віці ЦНС найбільш пластична, тому швидше утворюються нові умовнорефлекторні зв'язки, патологічні рефлекси згасають, але при цьому й навпаки – за відсутності корекційної роботи закріплення патологічних рефлексів може бути довготривалим. Проведення дихальних вправ з дитиною сприяє відновленню нервової регуляції процесів дихання. Кількість повітря, яка проходить крізь голосову щілину, викликає подразнення рецепторів гортані і трахеї, в свою чергу, імпульси від цих рецепторів надходять до міжреберних м'язів, діафрагми, регулюючи при цьому процес дихання [115]. Проходження повітря крізь трахеостомічну трубку не сприяє подразненню рецепторів гортані, тому наші корекційні заняття спрямовані на вироблення у дитини умінь регулювати надходження повітря крізь верхні дихальні шляхи, що стане базою для подальшого розвитку фонаційного, мовленнєвого дихання та вокальної функції. Оволодіння навичками правильного фізіологічного дихання є основою для подальших фонопедичних вправ.

Метою комплексних занять було:

- оволодіння дітьми фізіологічним типом дихання;
- розвиток фонаційного та мовленнєвого дихання.

Досягти поставленої мети можливо за допомогою спеціальних корекційних засобів, що сприяють формуванню співдружньої та координаційної роботи периферичного та центрального апаратів дихальної і мовленнєвої систем, а також розвитку загальної та дрібної моторики дитини.

Керувалися теоретичним та методичним положенням про формування найбільш ефективного змішаного (грудного та черевного) типу дихання, під час якого необхідна активізація діафрагмального м'яза. Про це наголошували вчені Т. Лактюшина, Л. Логвинова, О. Попова та відмічали, що дітей необхідно навчити контролювати ступінь участі діафрагми під час виконання дихальних вправ, і кращі результати очікуються при сформованому вмінні дитини затримувати дихання на фазі повного вдиху або видиху [109].

Методики включали загальновідомі методичні прийоми та елементи дихальної гімнастики за О. Стрельніковою.

Підготовку до розвитку грудочеревного типу дихання починали з вправ, які навчали дитину носовому диханню, а потік повітря спрямовувати та видихувати через рот. Особливо звертали увагу на дітей-канюлярів, які довготривало звикли дихати через трахеостому, тому при виконанні вправ трахеостому закривали і вчили дитину вдих робити носом, а видих ротом.

Вправа 1. Вихідне положення сидячи чи стоячи. Дітям-канюлярам, якщо дозволяв лікар, закривають трахеостомічну трубку. Просять робити вдих носом, а видих ротом на свічку, мильні кульки, вату. Сформованість правильного потоку повітря оцінюють шляхом дуття на вату або дзеркальце, яке запотівало.

Кратність дихальних вправ 4-5 разів. Протягом дня можливо повторювати вправу 4-5 разів.

Після того, як дитина оволоділа вмінням правильно спрямовувати потік повітря, переходять до розвитку грудочеревного типу дихання. Враховуючи, що дихальні вправи інколи можуть у астеноїзованої дитини викликати запаморочення, починати постановку грудочеревного типу дихання у дітей дошкільного віку можливо з вихідного положення лежачи.

Вправа 2. Дитину кладуть на кушетку спиною. Одну руку необхідно покласти на ділянку живота, іншу – на грудну клітку. Просять дитину зробити повільний вдих носом, при цьому передня стінка живота рухається вперед разом з рукою, а потім видих ротом плавний та подовжений. Потім цю вправу виконують сидячи, стоячи. Кратність дихальних вправ 4-5 разів, темп повільний. Протягом дня вправа повторюють 3-4 рази.

Розвиток та автоматизація кінестетичних відчуттів допомагають дитині запам'ятати та відтворити грудочеревний тип дихання. Для дітей з порушенням голосоутворення цей період займає багато часу, так як засвоєння грудочеревного типу дихання є основою для подальшої корекційної роботи з

формування правильних навичок голосоведіння.

У подальшому вправи для розвитку грудочеревного типу дихання ускладнюються з включенням дихальної гімнастики за О. Стрельніковою, що передбачає формування правильної постави у дитини, фізіологічного дихання, розвиток артикуляторно-резонаторної системи, формування слухового самоконтролю.

Відпрацьовують навички швидкого вдиху носом. Для цього пропонують робити завдання в ігровій формі .

Вправа 3. Бджілка прилетіла і сіла на квіточку та зробила два вдихи носиком, ось так – експериментатор показує правильність виконання вправи. Вдих і видих через ніс. Потім вправа ускладнюється – вдих через одну половину носа, видих через другу, по черзі. Поступово поєднують цю вправу з рухами голови та ніг. Експериментатор показує, як робити вправу, і діти повторюють за ним. Кратність повтору вправи 4-5 разів. Тривалість вправи 4-5 хв.

Грудочеревний тип дихання в подальшому розвивають у процесі ходьби, поступово ускладнюють фізичне навантаження та засвоюють оптимальний темп. Застосовують різні ігрові прийоми у розвитку діафрагмального дихання, його сили, тривалості.

Розвиток та контроль грудочеревного типу дихання повинен підпорядковуватися наступним прийомам: слідкувати за самопочуттям дитини; вимірювати (при необхідності) частоту дихальних рухів, при цьому поклавши руку на пульс дитини (для відволікання уваги), а експериментатор рахує екскурсії грудної клітки з метою своєчасної діагностики небажаних наслідків з боку дихальної системи дитини; слідкувати, щоб вправи виконувались без зусиль, і верхній плечовий пояс не напружувався, був розслаблений; не акцентувати надмірну увагу на процес дихання, відволікати дитину; вправи бажано проводити в ігровій формі, щоб дитина робила глибокий вдих і тривалий видих; навчити дитину закривати трахеостому і

робити вдих носом, видих ротом.

Вправи необхідно починати із положення лежачи, поступово переходити до занять у положенні сидячи, стоячи та в русі з контролем носового вдиху (не дуже глибокий) та безшумного ротового видиху, видих намагались поєднувати з артикуляцією голосних. Тренування мають бути систематичними, з індивідуальним підходом, урахуванням віку дитини, хвороби та астеновегетативних проявів.

У наукових доробках Р. Абизова, О. Ромась відмічено, що використання дихальних вправ в комплексі фонопедичної корекції в ранньому післяопераційному періоді сприятиме швидкому відновленню голосової функції у хворих, які перенесли оперативні втручання на гортані [2].

Як уже відмічалось, парадоксальна гімнастика О. Стрельнікової включає вправи на розвиток слухового контролю. На формування голосу великий вплив чинить правильне слухове сприймання і контроль цього сприймання та кінестетичне відчуття. Завдяки кінестетичному контролю можливо внести «поправку» при невірному промовлянні звуку. Зворотні імпульси йдуть від периферичного органа (голосового апарату) до центральних відділів, звідки йдуть імпульси, які зумовлюють правильну артикуляцію. Зворотні зв'язки функціонують по колу до того часу, поки не буде досягнуто бажаного результату. Система зворотніх зв'язків забезпечує автоматичне регулювання роботи голосового і артикуляційного апаратів (Т. Філічова, Н. Чевельова, Г. Чиркіна) [223; 225]. Означені зв'язки добре спрацьовують при нормальному функціонуванні слухового аналізатора.

Отже, нормальна функція голосоутворення неможлива без постійної участі слухового аналізатора, саме ця взаємодія забезпечує постійний контроль за голосом.

Для розвитку слухового сприймання використовують комплекс вправ, пропонують аудіозаписи з нормальним і патологічним голосом і просять дитину спробувати відмежувати і порівняти їх [204].

Перед початком корекційної роботи з визивання голосу велика увага приділяється артикуляційній гімнастиці, яка поєднується з дихальними вправами.

Основною метою артикуляційної гімнастики є вироблення чітких координаційних рухів з дихальним та голосовим апаратом. Методичні прийоми артикуляційної гімнастики широко висвітлені у роботах О. Алмазової, С. Таптапової, В. Тарасун, Т. Філічевої, О. Федорової [8; 112; 114; 192; 194; 202]. Артикуляційна гімнастика поєднується з гігієнічним масажем. У одних дітей необхідно зняти напруження м'язів артикуляційного апарату (мінімальні дизартричні прояви), а у інших, навпаки, стимулювати їх. З цією метою застосовують гігієнічний масаж обличчя та шиї. Масаж розрахований на 10-15 сеансів тривалістю 5-7 хв., при необхідності курс масажу повторюють.

Загальновідомо, що масаж активізує обмінні процеси у м'язах, покращує кровообіг, лімфодренаж та венозний відтік, а також покращує тонус голосових м'язів.

Масаж проводять лежачи або сидячи під музичний супровід із застосуванням основних прийомів масажу. Паралельно з масажем починають проводити артикуляційну гімнастику.

Артикуляційним вправам надається особлива увага у дітей-канюлярів, у яких спостерігається довготривале виключення мимічних м'язів з акту артикуляції. Вправи направлені на розвиток рухливості губ, язика, щелеп, м'якого піднебіння.

Отже, вправи на розвиток функцій артикуляційного апарату, грудочеревного типу дихання є базою для підготовки голосового апарату (як в до так і післяопераційний період) до фонації. Під час вправ покращується кровообіг у гортані, зменшується кількість слизу, зменшується відчуття стороннього тіла в гортані та ін.

Розвиток фонаційного дихання. Метою цих вправ є навчити дитину під

час видиху вимовляти голосний звук, змінюючи його силу і висоту.

Вправа. Зробити вдих ротом, а потім видих ротом промовляючи голосний звук [А] (аналогічно повторювали зі звуком [О], [І], [У], [Е]). А-А-А-А, О-О-О і т.д.

Експериментатор жестом руки контролює вдих і видих дитини, формуючи таким чином умовно-рефлекторний зв'язок у неї.

Розвиток мовленнєвого дихання. Метою роботи зазначеного напрямку є навчити дитину в процесі видиху ротом промовляти спочатку склади, потім слова та короткі речення з 3-4 слів. Контроль вдиху дошкільником через ніс та видиху через рот з одночасною вимовою складів, слів, речень здійснюється рухом руки експериментатора, що сприяє формуванню умовно-рефлекторного зв'язку. Для розвитку фонаційного та мовленнєвого дихання керувалися методиками, відображеними у роботах Л. Беякової, Т. Лактюшиної, Н. Новікової, О. Янушко [23; 108; 132; 238].

Вправа. Вимовити склади: ма, ба, мо, бо і т.д.

Вимовити слова: ма-ма, ба-ба, та-то і т.д

Вимовити речення: Мама пасе гусей. Кіт грається з м'ячем.

Слід відмітити, що у дітей з афонією вправи на розвиток фонаційного та мовленнєвого дихання потрібно застосовувати після закріплення дитиною навички звуковимови.

Після підготовки артикуляційної і дихальної системи до вправ з визивання звуків переходять до основної роботи, яка передбачає постановку голосу. Слід відмітити, що логофоноведичні заняття переплітаються одне з одним.

Перед початком вправ на розвиток голосу заняття починають з аудіовокалотерапії, яка триває протягом всього періоду логофоноведичних вправ.

Робота над розвитком голосу. Практичний досвід показав, що дітям з органічними порушеннями голосу для відновлення вокальної функції гортані

не достатньо лише оперативного та медикаментозного лікування, а виникає потреба у наданні фонopedичної допомоги. Для вибору вправ дошкільникам необхідно притримуватись знань про вимову яких звуків як себе поводить артикуляційний апарат, і яке навантаження чинять на себе голосові зв'язки. Для того, щоб виникли звукові коливання, необхідна для кожного звуку своя кількість дихальної енергії. Що стосується приголосних звуків, то вони потребують характерної роботи артикуляційного апарату з паралельною координацією дихання. Голосні ж звуки формуються на рівні голосової щілини і чинять навантаження на голосові зв'язки, що особливо потрібно враховувати при розробці корекційних програм і навантажень на прооперовану гортань [8; 70].

Визивання голосу проводять після закріплення дитиною елементарних артикуляційних вправ, потім логопедичні заняття поступово переплітаються з фонopedичними. Керувалися дослідженнями О. Алмазової щодо органічних порушень голосоутворень та методик відновлення голосової функції, запропонованих науковцем [8].

Починати роботу необхідно зі звуку [М], оскільки він чинить незначне навантаження на голосові складки, полегшуючи тим самим їх роботу за рахунок невеликого імпедансу; потік повітря, що проходить крізь ротову порожнину, невеликий, більше навантаження йде на артикуляційний апарат, при вимові приголосних звуків, об'єм резонаторів зменшений, тому звук голосний (при вимові [М] резонує носова порожнина); наявність тактильно-вібраційного відчуття, яке проявляється у вигляді дрижання губ, щік, язика, крил носу, гортані. Наведемо приклад вправи.

Вправа. Спочатку логофонедад проводить імітацію звуку [М], показуючи дитині, як можна стогнати чи мичати, при цьому рот закритий. Звук необхідно спрямовувати в носогубну ділянку і паралельно розвивати тактильно-вібраційні відчуття, поклавши долоню дитини на проекцію гортані. Дитина намагається наслідувати дії експериментатора та на видосі

повільно тихо намагається мичати чи стогнати. Вправи роблять спокійно і звук повторюють під оплески експериментатора з частотою, якої дитина може дотримуватися. Коли логофонеда почне відмічати, що дитина самостійно, без перешкод може виконувати вправи, переходить до вимови звуку [М] з голосними.

Далі роботу проводять зі звуком [У], так як гортань при вимові займає найнижче положення і голосові складки працюють з найменшими затратами енергії і з найбільшим акустичним ефектом; власне вимова звуку [У] призводить до значного імпедансу ротоглоткового резонатора, і таким чином підвищується активність голосових складок. При вимові звуку [М] імпеданс незначний і лише при багаторазовій вокалізації [М] підвищується рухливість голосових складок, тому при вимові складу – му, не спостерігається сильного навантаження на голосовий апарат. При вимові звуку [У] потік повітря вузький, сильний, холодний, що сприяє збільшенню тактильно-вібраційного відчуття і сили голосу. Після досягнення автоматизації при вимові складу – му переходять на склади – ум, мум.

Наступним голосним звуком, який приєднують до звуку [М] є [О] – мо, ом, мом; [А] – ма, ам, мам; [І] – ім, мі, мім;

Вправи на визивання та закріплення голосу у дітей дошкільного віку проводяться в ігровій формі з можливим застосуванням персонажів казкових героїв. Відмітимо, що проводити заняття можливо під час казкотерапії, ігротерапії з визиванням та імітуванням голосу казкових героїв дітьми. Враховуючи нестійку увагу у дітей дошкільного віку, заняття необхідно переключати та задіювати слуховий, зоровий, руховий аналізатори.

Слід зазначити, що перше отримане голосове звучання у дитини може дещо її збентежити (особливо, у дітей з афонією), оскільки перші звуки грубі, захриплі, здавлені. Це може призвести до замкнутості дитини і в подальшому небажанні вчитися визивати звуки. Тому зазначимо, що психологічний супровід є актуальним під час основного етапу логофонетичної роботи з

дитиною.

Крім казкотерапії, можливо використовувати аудіозаписи голосу дітей (з порушеним чи нормальним голосом), акцентуючи увагу дитини на те, як може покращитись голос після занять з логофонопедом.

Закріплення отриманого голосу відбувається шляхом поступового ускладнення вправ. Починають із глухих приголосних [к], [т], [п]. Як наголошує О. Алмазова, ці звуки з анатомо-фізіологічної точки зору є найбільш простими у вимові, і на голосові складки при цьому не чиниться сильне навантаження. До приголосних приєднували голосні звуки: [ка], [та], [па]; [ко], [то], [по], [ак], [ап], [ат], [ата], [апа], [ака] та ін. Потім використовували чотирьохскладові слова, зрозумілі і неважкі у вимові для дошкільника: така, мама, тато, Маша.

Поступово переходили до роботи над дзвінкими приголосними [в], [з], [ж], [б], [д], [г] та довівши їх до автоматизму, приєднували голосні звуки, склади, слова.

Провівши констатувальний експеримент визначили, що більшість дітей не могли відтворювати ту чи іншу висоту голосу, були не здатні довільно підвищувати та знижувати голос, у них спостерігалась сильна захриплість чи афонія. Голосовий (тоновий) діапазон визначався як монотонний чи не модульований. Тому закріпивши вимову звуків розпочинали роботу над розвитком та вдосконаленням **сили, висоти, тембру голосу та мелодико-інтонаційної сторони мовлення.**

Метою розвитку **сили голосу** було навчити дитину розмовляти голосно, вміти змінювати силу голосу від гучного до тихого і навпаки. Експериментатор пропонує починати вправи із голосних звуків, які дитина має проспівати, змінюючи силу голосу; поступово вправи ускладнюються: звуки вимовляються беззвучно (тільки правильна укладка органів артикуляції на звук), потім шепітною мовою, тихо та голосно і навпаки. Для зацікавлення дітей просять їх імітувати звуки тварин, експериментатор показує як це

робиться. Наведемо приклади вправ.

Вправа 1. Діти, як дзижчить муха? Ви спочатку чуєте, що вона летить десь далеко, а потім наближається до вас: ж-ж -ж-Ж-Ж-Ж

Вправа 2. Діти, біля вас близько пролетів літак, потім він поступово віддаляється, озвучте як летить літак: У-У-У-у.

Запропоновані вправи діти виконують шляхом наслідування. Спочатку звуки можна повторювати окремо, а потім на довготривалому видосі, поступово приєднуються нескладні вірші, і дитина тренується змінювати силу голосу.

Отже, розвиваючи силу голосу, можливість його змінювати стане основою для виразного спілкування, а також зазначені вправи покращують фонаційне, мовленнєве дихання і фонематичний слух у дітей з порушенням голосу.

Розвиток висоти голосу.

Можливість змінювати висоту голосу впливає на мелодику тону слова, що надає йому певного відтінку, забарвлення, таким чином людина виражає задоволення чи гнів. Дітям пропонують вправи на розширення діапазону голосу, гнучкості та модуляції голосу.

Дитині пропонують малюнки, де графічно зображено, як підвищувати та понижувати голос при вимові звуків, складів.

Розвиток **тембру голосу** спрямований на координацію роботи всіх частин ротоглоткового резонатора з метою отримання звучного, політного, рівного голосу. Наведемо приклад вправи.

Вправа. Вимова звуків [м], [н] з голосними [mmo], [мме], [ммі], [нну], [нне], [нна], [нно]; підвищення звуків [м], [н] з голосними; вимова простих слів спочатку тихо, а потім змінюючи силу голосу: мак, мед, ніс, нам; вимова простих віршів (спочатку експериментатор озвучує вірш, а потім надає таку можливість дитині).

Розвиток **мелодико-інтонаційної** сторони мовлення досягається шляхом розповіді дітьми віршів, казок, співу пісень. Ми надаємо можливість

дитині імітувати звуки тварин, про яких розповідається у казці, голоси тварин можуть бути радісними, дзвінкими чи навпаки – грубими, сумними. Таким чином, дитина поступово опановує можливостями змінювати мелодико-інтонаційну сторону мовлення.

Наведемо приклади вправ.

Вправа 1. Намагатись вимовити речення у питальній формі шляхом наслідування експериментатора та самостійно.

- Як тебе звати?
- Скільки тобі років?
- Який твій улюблений казковий герой?

Речення повинні складатися із небагатьох слів, враховуючи особливості мовленнєвого дихання дошкільників.

Вправа 2. Намагатись вимовити речення в окличній формі (питальній), з радісною інтонацією.

- Я дуже люблю цукерки!
- Я хочу заспівати пісню!

Вправу можливо ускладнити використовуючи питальне речення, а потім розповідне. Експериментатор може задавати питання, а дитина відповідати, чи навпаки.

- Куди, Хомо, їдеш?
- Куди поганяєш?
- Сіно косити.
- Нащо тобі сіно?
- Корівок кормити.
- Нащо тобі корови?
- Молоко доїти.
- Нащо тобі молоко?
- Діточок поїти.

Вправа 3. Вивчити вірш (рахівницю) і намагатись інтонаційно його

розповісти. Вірші можуть бути із застосуванням імітації звуків тварин. Якщо дитині важко запам'ятати, експериментатор озвучує, а дитина повторює.

Іде коза рогата,
 Іде коза пихата,
 За дітками-малятами.
 Ніжками: туп! Туп!
 Хто кашу не їсть?
 Хто молочко не п'є?
 Колю, колю рогами.

Качка – Мариська,
 Качур – Онисько,
 Кішка – Пушинка,
 Кіт – Мартинко,
 Свинка – Хаврюша,
 Кабан – Гаврюша,
 Теличка – Килинка,
 Кобила – Бистринка,
 Кінь – Микита
 Швидкі копита.

Тривалість фонопедичних занять 15-20 хв.

Реабілітаційний період комплексного супроводу продовжується в лікувальному закладі, якщо дитину виписують, заняття виконуються в поліклінічних та домашніх умовах. Батькам надаються рекомендації медиків, логофонедів, психологів. Проводяться бесіди, тренінги, майстер-класи, круглі столи з батьками для того, щоб вони могли в домашніх умовах правильно виконувати вправи з дитиною. Методика комплексного супроводу має продовжуватись до повного видужання дитини. Умовно реабілітаційний період можна поділити на ранній (до 2 місяців) та пізній (до 6 місяців і

більше). Для дітей з кістами, фібромами, вузликами, папіломами голосових складок реабілітаційний період продовжується до 2 місяців, а для дітей-канюлярів – 12 місяців, а при необхідності навіть більше. Методика комплексного супроводу повинна включати однакові вправи, але для дітей-канюлярів більше часу відводиться на дихальні вправи із закритою трахеостоמוю, артикуляційні та голосові вправи.

Медичний супровід включав продовження медикаментозної терапії (протівірусне лікування ЮРПГ для попередження рецидивів хвороби), фізіотерапевтичні заходи (особливо при рубцевих стенозах гортані фонофорез лікарських засобів на проекцію гортані), профілактику ЛОР-захворювань, особливо тих, які чинять негативний вплив на голосовий апарат дитини.

Психологічний супровід передбачав закріплення стабілізації емоційних розладів шляхом продовження застосування бесіди, казкотерапії, музикотерапії, ігротерапії. Враховуючи дошкільний вік, коли діти не можуть довготривало виконувати вправи, астенизацію організму після оперативного втручання, для їх зацікавленості застосовували вправи, які комплексно і позитивно впливають на дихальну систему, розвивають загальну моторику, фонаційне та мовленнєве дихання, стабілізують емоційний стан дитини. Використовують вправи із застосуванням дихальної гімнастики та паралельно пропонують дітям імітувати звуки тварин, що активно допомагає розвивати голосомовленнєвий апарат, фонаційне та мовленнєве дихання.

Гра. «Веселі звірята».

Мета: Гра сприяє зняттю м'язового напруження, нормалізує емоційний стан дитини, активізує артикуляційний апарат, розвиває зовнішнє, фонаційне та мовленнєве дихання.

Зміст: під музичний супровід експериментатор пропонує дітям уявити, що вони якісь тварини (кізочки, коровки, ведмежата, білочки) і гуляють в лісі та дихають свіжим повітрям. Потім звірята вирішують зупинитись і зробити

зарядку: голову опустити вниз, потім назад і по колу, плечі підняти, плечі опустити, руки підняти вгору і зробити глибокий вдих, руки опустити – видих. Звірята захотіли більше рухатись і тому вирішили походити по лісу і понюхати квіточки. Експериментатор підносить кожній дитині квіточку і пропонує робити вдих та видих носом, потім вдих носом, видих ротом (експериментатор показує як це робити та контролює, щоб діти не піднімали плечі). Проїшов деякий час і звірята захотіли їсти. Експериментатор просить імітувати звуки тварин, якими були діти, і це вказувало на те, що тварини хочуть їсти: «Му-му-му, бе-бе-бе, ме-ме-ме». Тварини поїли, експериментатор пропонує дітям зробити гімнастику артикуляційного апарату у вигляді причмокування губами, облизати губи язиком після їжі та ін. Задоволені звірята дякують за смачну їжу, експериментатор показує як це робити. Звірята, зробіть вдих і на видосі промовте: «Дякуємо за смачну їжу».

Отже, під час роботи психолога в реабілітаційному періоді можливо активно використовувати паралельно логофонетичні вправи.

Логофонетичний супровід в реабілітаційному (закріплюючому) періоді спрямований на:

- автоматизацію правильної артикуляції;
- контроль правильного типу дихання, фонаційного та мовленнєвого дихання;
- закріплення отриманих характеристик голосу та розширення діапазону їх звучання;
- підвищення стійкості до голосових навантажень – використання власного мовлення у побуті.

Пропонуються вправи більш складні ніж ті, які використовувались в післяопераційному періоді: для розвитку фонаційного та мовленнєвого дихання, більше вживають слова та речення; відпрацьовують фразове мовлення шляхом діалогу; активно використовують вірші, пісні, розповіді у повсякденному житті.

Методику комплексного супроводу в реабілітаційному періоді застосовують три рази на тиждень по 25-30 хв.

Необхідно відмітити, що при застосуванні комплексного супроводу між періодами немає чіткої межі, кожен супровід плавно переходить з одного періоду в інший та переплітається і, при необхідності, доповнює один одного.

Ефективність методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосу органічного генезу оцінювали за перцептивною оцінкою акустичних характеристик голосу, ларингоскопічним та стробоскопічним дослідженнями гортані, даними функції зовнішнього дихання, фонаційного та мовленнєвого дихання.

Зміни емоційної сфери дитини перевіряли шляхом використання проєктивної методики – малюнкового тесту – «Неіснуюча тварина». Рівень тривожності оцінювали за допомогою тесту «Вибери потрібне обличчя».

Отже, ми притримуємося думки, що лише командна робота спеціалістів, яка включає медичну, логофонопедичну та психологічну допомогу, дозволить в передбачені строки деканюлювати дитину, відновивши одну із найважливіших вітальних функцій – дихання, та сформувати або покращити правильні навички голосоведіння, покращити емоційний стан дитини та в подальшому уникнути рецидивів.

Застосовуючи методику комплексного супроводу дітей, які мають порушення голосу органічного генезу, виявили необхідність до залучення в робочий процес медиків, психологів, логопедів, фонопедів. Ми відчували нестачу спеціалістів на кожному із періодів перебігу захворювання (доопераційному, післяопераційному, реабілітаційному), тому розроблена нами методика комплексного супроводу дітей з метою відновлення голосової функції та зменшення чи нівелювання психологічних порушень у дітей передбачала командну роботу спеціалістів.

Слід зазначити, що методика проводилась паралельно з медикаментозним лікуванням та під контролем ендоскопічного та

стробоскопічного дослідження гортані, де акцентувалася увага на рухливість голосових складок. Кожен період методики комплексного супроводу мав свої особливості, де враховувався вік дитини (молодший, середній і старший дошкільний), кількість оперативних втручань та супутні захворювання. Тривалість курсу визначали індивідуально, в залежності від того, як дитина оволодівала навичками правильного голосоведіння. В середньому курс розрахований на 2-3 місяці, а для дітей-канюлярів – до 12 місяців і навіть більше (враховували тривалість носіння трахеостомічної трубки, визначені строки декануляції та пластики стоми). Ми вважаємо, що запропонована нами оригінальна методика комплексного супроводу дітей з порушенням голосу органічного генезу швидше сформує правильне фонаційне, мовленнєве дихання, голосоведіння та дозволить нівелювати виявлені психологічні зміни у дітей і зменшить терміни реабілітаційного періоду. Дієвість та позитивність комплексної корекційної роботи перевіримо, проаналізувавши отримані результати формувального етапу експерименту.

3.3. Аналіз ефективності застосування методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції органічного генезу

Ефективність проведення і застосування методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку оцінювали тими ж методами і методиками, які використовували при комплексному обстеженні дітей. З цією метою діти були розділені на експериментальну групу (ЕГ), кількість яких становила 64, і до них була застосована методика комплексного супроводу на всіх етапах перебігу захворювання, та контрольну групу (КГ), кількість яких становила 62, до них не застосовувалася методика комплексного супроводу, а надавалася медична допомога, нерегулярна логофонеopedична та при необхідності психологічна допомога. На жаль, про надання логофонеopedичної допомоги дитині (КГ) було вказано лікарем отоларингологом лише у виписці з історії

хвороби та у рекомендаціях. При повторному проходженні дітьми КГ стаціонарного лікування збирали анамнез життя пацієнтів і для себе відмічали, що всі діти після виписки зі стаціонару знаходились на диспансерному обліку у отоларинголога за місцем проживання та отримували відповідне лікування (протирецидивна вірусна терапія, фізіотерапевтичні методи лікування, масаж та ін.) і лише поодинокі діти проходили курс реабілітаційної допомоги у фонопеда або логопеда.

Для інтерпретацій та обробки отриманих даних користувалися методами описової статистики за ϕ^* критерієм Фішера (кутовим перетворенням Фішера).

Представимо розподіл дітей ЕГ і КГ за нозологічними формами у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл дітей за нозологіями на ЕГ і КГ

| Нозологічна форма | ЕГ | | КГ | |
|------------------------------|----|------|----|------|
| | N | % | N | % |
| ЮРПГ | 36 | 56,2 | 36 | 58,2 |
| ХРСГ(канюляри) | 20 | 31,2 | 19 | 30,6 |
| Кіста голосових складок | 3 | 4,6 | 2 | 3,2 |
| Фіброма голосових складок | 2 | 3,1 | 2 | 3,2 |
| Вузлики голосових складок | 2 | 3,1 | 2 | 3,2 |
| Гемангіома голосових складок | 1 | 1,5 | 1 | 1,6 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 |

Для виявлення причин порушень голосу у дітей застосовували спеціальні методи дослідження: ендоскопію гортані, пряму ларингоскопію, МРТ та ін. Слід зазначити, що діти, з якими проводилася психологічна робота, без значних зусиль і перешкод давали можливість проводити дослідження лікарям. Що стосувалося дітей, з якими подібна робота не проводилась, для проведення досліджень застосовували загальне знеболення.

До застосування методики комплексного супроводу медичні працівники проводили обстеження гортані без знеболення лише у 54,7 % дітей ЕГ, а після застосування методики кількість таких дітей збільшилась до 79,7 %. У цих дітей спостерігалось зниження страху, тривожності, для здійснення обстеження вони потребували незначної фіксації батьками або медичними працівниками з метою уникнення небажаного травматизму. Після застосування методики комплексного супроводу лише у 20,3 % дітей ЕГ проводили обстеження гортані із знеболенням. Дітям КГ не проводився психологічний супровід, тому здійснити їм повторні обстеження гортані без загального знеболення було неможливо, оскільки перед обстеженням у них спостерігалися істерикоформні реакції, плач, крик і зафіксувати і обстежити дитину не було змоги. Тому у 82,2 % дітей КГ проводили обстеження гортані під знеболенням.

Обстеження стану артикуляційного апарату дозволило відмітити значні позитивні результати у дітей ЕГ після застосування запропонованої нами методики. Отримані дані представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Стан сформованості мовлення та артикуляційного апарату

| Мовленнєві порушення | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|----------------------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Дизартрія | 20 | 31,2 | 19 | 30,6 | 3 | 4,7 | 13 | 20,9 |
| Ринофонія | 17 | 26,6 | 15 | 24,2 | 0 | 0 | 7 | 11,3 |
| Норма | 27 | 42,2 | 28 | 45,2 | 61 | 95,3 | 42 | 67,8 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Аналіз результатів дозволив виявити у дітей порушення в роботі

артикуляційного апарату, що спостерігалось у 31,2 % випадків ЕГ і проявлялося мінімальними дизартричними проявами. Після застосування методики комплексного супроводу спостерігалось значне зменшення таких дітей (до 4,7 %) за рахунок медичного (консервативного лікування, фізіопроцедур, масажу), логопедичного (проведення релаксаційних вправ та артикуляційної гімнастики), психологічного (казкотерапії, ігротерапії, музикотерапії) впливу. У 3 (4,7 %) дітей дизартричні прояви зберігалися, це були діти з довготривалим канюленосійством, з тяжкими супутніми соматичними хворобами, яким запропоновані логофонопедичні вправи виконувати було важко. У КГ за рахунок медичного впливу спостерігалось незначне зменшення кількості дітей з даними проявами і становило 20,9 %. Це пояснюється тим, що недостатньо лише медичного впливу для уникнення скутості в роботі артикуляційного апарату.

Ринофонія до застосування методики відмічалася в 26,6 % дітей ЕГ, а в КГ – у 24,2 % дітей. Діти ЕГ та КГ отримали належну хірургічну та консервативну допомогу, але прояви назалізації спостерігалися як в ЕГ, так і в КГ. З дітьми ЕГ проводилися належні логофонопедичні вправи, тому при обстеженні не виявлялося жодної дитини з проявами ринофонії. У 11,3 % дітей КГ спостерігалися прояви назалізації, і це пояснювалось як звичка у дитини, що потребувала як логопедичної, так і психологічної корекції.

Результати обстеження акустичних характеристик голосу у дітей, фонаційного і мовленнєвого дихання, отримані на констатувальному етапі, засвідчили, що більшість дітей мали низький рівень їх сформованості.

Після застосування методики комплексного супроводу оцінювали та аналізували стан та сформованість основних характеристик голосу: висоти, сили, тембру, мелодико-інтонаційної сторони мовлення, фонаційного та мовленнєвого дихання.

Отримані результати щодо сформованості висоти голосу представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Стан сформованості висоти голосу

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 2 | 3,1 | 1 | 1,6 |
| Достатній | - | - | - | - | 31 | 48,4 | 3 | 4,9 |
| Середній | 4 | 6,2 | 2 | 3,2 | 19 | 29,7 | 23 | 37,1 |
| Низький | 60 | 93,8 | 60 | 96,8 | 12 | 18,8 | 35 | 56,4 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Результати, наведені в таблиці 3.4., вказують на те, що у жодного пацієнта ЕГ і КГ не спостерігалось в доопераційному періоді високого та достатнього рівнів виконання завдань. Низький рівень виконання завдань спостерігався в ЕГ у 60 (93,8 %) дітей (серед них діти з ХРСГ – 20 (31,2 %) та ЮРПГ – 36 (56,2)). Після застосування методики кількість дітей з низьким рівнем виконання завдань в ЕГ зменшилась в 5 разів і становила 12 (18,8 %) дітей. Аналогічна тенденція прослідковувалась і в КГ, де кількість дітей з низьким рівнем виконання завдань в доопераційному періоді становила 60 (96,8 %), проте, в реабілітаційному періоді кількість дітей з низьким рівнем виконання завдань зменшилась лише в 2 рази і становила 35 (56,4 %). Комплексний супровід дітей ЕГ із застосуванням медикаментозного лікування, психокорекційних та логофонетичних вправ дозволив у післяопераційному періоді у 31 (48,4 %) дитини досягти достатнього рівня виконання вправ. У КГ цей результат був лише у 3 (4,9 %) дітей. Високого рівня як в ЕГ, так і в КГ досягли відповідно 2 (3,1 %) та 1 (1,6 %) дитина. Це пов'язане з АФО дихальної системи дітей дошкільного віку, у яких недостатньо розвинена висота та сила голосу.

Стан сформованості сили голосу наведений у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Стан сформованості сили голосу

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 1 | 1,6 | 1 | 1,6 |
| Достатній | - | - | - | - | 34 | 53,1 | 6 | 9,7 |
| Середній | 5 | 7,8 | 3 | 4,8 | 15 | 23,4 | 13 | 20,9 |
| Низький | 59 | 92,2 | 59 | 95,2 | 14 | 21,9 | 42 | 67,8 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Аналіз результатів, представлених в таблиці 3.5. щодо виконання дітьми вправ на сформованість сили голосу, показав великий відсоток дітей з низьким рівнем виконання завдань в доопераційний період як в ЕГ, так і в КГ, відповідно 59 (92,2 %) і 59 (95,2 %). Після застосування методики комплексного супроводу у дітей ЕГ показник низького рівня виконання завдань зменшився у 4 рази і становив 21,9%. У той час збільшилась кількість дітей з середнім і достатнім рівнем виконання завдань – відповідно 15 (23,4 %) та 34 (53,1 %), а в доопераційному періоді лише 5 (7,8 %) дітей досягали середнього рівня виконання завдань. Високого рівня виконання завдань досягла 1 (1,6 %) дитина, у якої спостерігалися вузлики голосових складок, після видалення яких дитині проводилась консервативна терапія, логофоноведична та психологічна допомога, завдяки яким вона змогла підвищувати та знижувати гучність голосу. Відсутність великої кількості дітей з високим рівнем виконання завдань пов'язаний зі слабкістю в дошкільному віці органів і систем, що відповідають за силу голосу.

У КГ в реабілітаційному періоді у 42 (67,8 %) дітей ми відмітили

низький рівень сформованості сили голосу. Необхідно зазначити, що велика кількість дітей з низьким рівнем виконання завдань пов'язана з тим, що до цього рівня входили діти з ХРСГ та часто рецидивуючим ЮРПГ, яким необхідна була не лише медична допомога, а й логофоноведична, психологічна для досягнення кращих результатів. Лише 6 (9,7 %) і 13 (20,9 %) дітей досягли відповідно достатнього і середнього рівня виконання завдань. Високого рівня досягла одна (1,6 %) дитина.

Слід відмітити, що краще піддавався корекції тембр голосу у дітей, отримані результати представлені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Стан сформованості тембру голосу

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 11 | 17,2 | 4 | 6,4 |
| Достатній | 5 | 7,8 | 6 | 9,7 | 27 | 42,2 | 14 | 22,6 |
| Середній | 17 | 26,6 | 15 | 24,2 | 20 | 31,2 | 21 | 33,9 |
| Низький | 42 | 65,6 | 41 | 66,1 | 6 | 9,4 | 23 | 37,1 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Результати, наведені у таблиці 3.6., свідчать про те, що до застосування методики комплексного супроводу у більшості дітей спостерігався низький рівень сформованості тембру голосу як в ЕГ, так і в КГ, відповідно 65,6 % та 66,1 %. Середній рівень визначався у 26,6 % дітей ЕГ та в 24,2 % КГ. Лише 7,8 % ЕГ та 9,7 % КГ мали достатній рівень виконання завдань. Високого рівня не досягла жодна дитина в обох групах. Застосування методики комплексного супроводу у дітей ЕГ значно покращило показники сформованості тембру голосу. Так, на низькому рівні виконання завдань

залишилося 9,4 % дітей, оскільки вони мали грубі порушення архітекτονіки гортані; збільшилася кількість дітей із середнім рівнем виконання завдань і становила 31,2 %; значно збільшився відсоток дітей з достатнім рівнем виконання завдань – 42,2 %. Високого рівня виконання досягли 17,2 % дітей. На відміну від ЕГ в КГ великий відсоток дітей залишився на низькому рівні і становив 37,1 %; на середньому рівні – 33,9 %. Достатнього рівня досягло лише 22,6 % обстежених, що майже в 2 рази менше, ніж в ЕГ. Високий рівень ми констатували у 6,4 % дітей КГ. Слід відмітити, що це були діти з кістами, фібромами та вперше виявленими папіломами на гортані, яким достатньо було хірургічного, консервативного лікування та нерегулярного логофоноведичного впливу.

Отримані результати сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення представлено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Стан сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 4 | 6,3 | 3 | 4,8 |
| Достатній | - | - | - | - | 35 | 54,7 | 17 | 27,4 |
| Середній | 3 | 4,7 | 2 | 3,2 | 18 | 28,1 | 19 | 30,7 |
| Низький | 61 | 95,3 | 60 | 96,8 | 7 | 10,9 | 23 | 37,1 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Аналізуючи отримані дані, визначили, що на початку нашого дослідження у 95,3 % дітей ЕГ та у 96,8 % дітей КГ голос був погано модульований. Після застосування методики комплексного супроводу відмічаємо, що у ЕГ 54,7 % дітей могли створити питальне речення, у них

було присутнє інтонаційне забарвлення речення; 28,1 % пацієнтів намагались створювати питальне речення і виділяли перше слово у реченні; 6,3 % дітей створювали питальне, розповідне та окличне речення, голос у них був гарно модульований. У КГ 37,1 % дітей залишились на низькому рівні, а середнього досягли лише 30,7 % дітей. Достатній рівень спостерігався у 27,4 % дітей, а високий – 4,8 %.

Ефективність методики оцінювалась і за станом та сформованістю дихальної системи.

Як уже відмічалось у констатувальному експерименті, у дітей, які госпіталізувались на стаціонарне лікування, діагностувалася ДН. У доопераційному періоді ДН I ступеню спостерігалася у 27 (21,5 %) дітей, ДН II ступеню – у 15 (11,9 %) дітей. У 84 (66,6 %) дітей при змінах голосової функції батьки своєчасно зверталися до лікарів, що попереджувало розвиток ДН. Після проведеного оперативного втручання у дітей КГ та ЕГ не відмічалось проявів ДН, тому що після операції просвіт гортані був достатнім для фізіологічного дихання.

При обстеженні дошкільників виділили у них наступні типи дихання: ключичний та грудний, дані представили у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Розподіл дітей за типами дихання

| Тип дихання | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-------------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Ключичний | 59 | 92,2 | 57 | 91,9 | 7 | 10,9 | 49 | 79,0 |
| Грудний | 5 | 7,8 | 5 | 8,1 | 57 | 89,1 | 13 | 21,0 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Таким чином, у більшості дітей як в ЕГ (92,2 %), так і в КГ (91,9 %) спостерігався ключичний тип дихання, який негативно впливає на розвиток фонаційного та мовленнєвого дихання. Запропоновані нами вправи з розвитку дихання спрямовані на подолання ключичного типу дихання. Проведення дихальної гімнастики для розвитку ФЗД з використанням психорелаксаційних вправ, масажу у ЕГ допомогли значно зменшити кількість дітей, які залучали верхній плечовий пояс до акту дихання, чого не спостерігалось у КГ, де подібна робота не проводилась. Після виконання дітьми ЕГ дихальних вправ ми відмітили, що в реабілітаційному періоді у 89,1 % дітей сформувався грудний тип, що є базою для розвитку фонаційного та мовленнєвого дихання. Проте, у дітей КГ в реабілітаційному періоді грудний тип дихання сформувався лише у 21 %.

Оцінку функції зовнішнього дихання методом пневмометрії з метою діагностики прохідності гортані та розуміння можливості розпочинати дихальні та голосові вправи у дітей-канюлярів проводили на 7-10 день після оперативного втручання, коли у пацієнтів проходив післяопераційний набряк слизової оболонки гортані. Провівши детальний аналіз отриманих результатів, впевнились, що у більшості дітей як в ЕГ, так і КГ, відповідно 45 % і 42,1 %, в післяопераційному періоді спостерігався достатній просвіт гортані (площа просвіту гортані 50%), що дозволяло дитині дихати при закритій трахеостомі. Слід відмітити, що трахеостому дитині закривали поступово, спочатку в день на 1 годину, на наступний день – на декілька годин, потім переходили на півдня і нічний час. Просвіт гортані 100 % в післяопераційному періоді спостерігався у пацієнтів як ЕГ, так і КГ, що становило відповідно 40 % і 47,4 %.

Лікарі дозволяли логофонедам проводити вправи на розвиток фонаційного, мовленнєвого дихання та голосові вправи пацієнтам при 100 % і 50 % збереженому просвіту гортані з урахуванням загального стану дітей.

У дітей, прооперованих з приводу інших нодозних утворень, ФЗД

оцінювали клінічно та враховували газовий склад крові, і при наявній позитивній динаміці з дозволу лікаря логофонеда розпочинав дихальні вправи.

Порівняльний аналіз отриманих даних дозволив виявити позитивну динаміку після застосування комплексного впливу на розвиток фонаційного та мовленнєвого дихання у дітей ЕГ. Отримані дані представимо в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Стан сформованості фонаційного дихання

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|-----|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 6 | 9,4 | 4 | 6,5 |
| Достатній | 2 | 3,1 | 2 | 3,2 | 38 | 59,4 | 19 | 30,6 |
| Середній | 3 | 4,7 | 3 | 4,8 | 17 | 26,5 | 20 | 32,3 |
| Низький | 59 | 92,2 | 57 | 92 | 3 | 4,7 | 19 | 30,6 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Результати, представлені в таблиці 3.9., дають нам змогу після застосування методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу виявити позитивну тенденцію розвитку фонаційного дихання. Так, у ЕГ достатнього рівня досягло 38 (59,4 %) дітей, хоча на початку дослідження їх кількість становила всього 2 (3,1 %). У КГ цей показник склав 19 (30,6 %) дітей, що майже в 2 рази менше, ніж в ЕГ. Низький рівень фонаційного дихання залишився лише у 3 (4,7 %) дітей ЕГ, в той час як у КГ – 19 (30,6 %) дітей.

Показники сформованості мовленнєвого дихання наведені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Стан сформованості мовленнєвого дихання

| Рівні | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-----------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | - | - | - | - | 3 | 4,7 | 3 | 4,8 |
| Достатній | 2 | 3,1 | 2 | 3,2 | 41 | 64,1 | 17 | 27,4 |
| Середній | 2 | 3,1 | 2 | 3,2 | 15 | 23,4 | 21 | 33,9 |
| Низький | 60 | 93,8 | 58 | 93,6 | 5 | 7,8 | 21 | 33,9 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

На початку нашої роботи переважна більшість дітей ЕГ та КГ мали низький рівень сформованості мовленнєвого дихання (відповідно 93,8 % і 93,6 %). Лише по 2 дитини в кожній групі показували достатній та середній рівень. Високий рівень взагалі був відсутній. По завершенню дослідження у ЕГ переважали діти, які досягли достатнього рівня сформованості мовленнєвого дихання. Їх кількість після застосування методики комплексного супроводу становила 41 (64,1 %), що в 2,3 рази більше, ніж в КГ. Відповідно, маємо значно менший показник дітей в ЕГ ніж у КГ з низьким рівнем (7,8 % і 33,9 %).

Доцільність психологічного супроводу дитини в доопераційний, післяопераційний та реабілітаційний періоди оцінювали шляхом бесіди, спостереження, малюнквого тесту «Неіснуюча тварина» і тесту тривожності «Вибери потрібне обличчя».

В констатувальному експерименті виявили групи дітей з різною реакцією на госпіталізацію. Отримані результати представимо у зведеній таблиці 3.11., в якій показані групи дітей та їх реакція на первинну та

повторну госпіталізацію після проведеної психологічної допомоги.

Таблиця 3.11

Групи дітей в залежності від реакції на госпіталізацію

| Групи | Первинна госпіталізація | | | | Повторна госпіталізація | | | |
|--------|-------------------------|------|----|------|-------------------------|------|----|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Перша | 34 | 53,1 | 33 | 53,2 | 6 | 9,4 | 44 | 70,9 |
| Друга | 17 | 26,6 | 17 | 27,5 | 7 | 10,9 | 11 | 17,7 |
| Третя | 13 | 20,3 | 12 | 19,3 | 51 | 79,7 | 7 | 11,4 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Провівши спостереження за дітьми ЕГ після застосування методики комплексного супроводу під час госпіталізації (передопераційний період) відмітили, що при повторній госпіталізації зменшилась кількість дітей до 6 (9,4 %), яких ми віднесли до першої групи, які негативно, бурно реагували на госпіталізацію, відмовлялися від іграшок, сну. Покращився також стан у дітей другої групи, і вони перейшли до третьої групи, де кількість їх становила 51 (79,7 %). Вони стали більш врівноваженими, відкритими, цікавились інструментарієм, медичною апаратурою та розповідали своїм одноліткам, які вперше госпіталізувались у відділення, про необхідність і безболісність лікування. Що стосувалося КГ, то, навпаки, збільшилась кількість дітей в першій групі і становила 44 (70,9 %) за рахунок пацієнтів, у яких спостерігалися загальмованість, в'ялість, замкненість. При повторній госпіталізації в стаціонар вони кричали, плакали, а також у них спостерігалися істерикоформні реакції. Це може бути пов'язано з тим, що з ними не займався психолог, а саме: їм не розповідали про причину госпіталізації у лікарню, необхідність у проведенні медичних маніпуляцій та відновлення голосу.

Отримані дані емоційних порушень представили у таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Наявність емоційних порушень у дітей

| Емоційні порушення | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|------------------------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Страх | 14 | 21,8 | 13 | 20,9 | 3 | 4,7 | 16 | 25,8 |
| Тривожність | 37 | 57,9 | 37 | 59,7 | 11 | 17,2 | 17 | 27,5 |
| Відчуття незахищеності | 8 | 12,5 | 7 | 11,3 | 2 | 3,1 | 11 | 17,7 |
| Не виявлено | 5 | 7,8 | 5 | 8,1 | 48 | 75 | 18 | 29,0 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Отже, після застосування методики комплексного супроводу відбулися позитивні зміни в емоційній сфері дітей у ЕГ. Більшість дітей намалювали неіснуючу тварину, що вказувало на відсутність тривожності, лінії плавні, без шипів, рогів, кігтів, відсутні штрихи, луска, панцирі в порівнянні з дітьми КГ, у яких на малюнках наявні штрихи, кігті, роги та ін. Діти ЕГ використовували більшу кількість кольорів. Зменшились кількість дітей ЕГ, які мали відчуття страху, і їх кількість становила 3 (4,7 %), а до застосування методики – 14 (21,8 %). Тривожність у ЕГ до корекції спостерігалась у 37 (57,9 %) дітей, а після корекції у – 11 (17,2 %) дітей. Відчуття незахищеності спостерігалось відповідно до корекції у 8 (12,5 %) дітей, після – у 2 (3,1 %) дітей. Зменшення страху, тривожності призводило до позитивної реакції дітей на медичний персонал, маніпуляції та необхідні методи обстеження у порівнянні з дітьми, які не отримували психологічного супроводу.

У КГ, навпаки, збільшилась кількість дітей, у яких спостерігався страх в реабілітаційному періоді, що становило 16 (25,8 %) пацієнтів, в порівнянні з доопераційним періодом, коли у 13 (20,9 %) дітей були наявні страхи.

Збільшилась кількість дітей, у яких спостерігалось відчуття незахищеності: було 7 (11,3 %), стало 11 (17,7 %).

Аналізуючи результати тесту «Вибери потрібне обличчя» відмітили значне зниження рівня тривожності в реабілітаційному періоді у дітей, з якими проводилась психокорекційна робота. Результати представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Розподіл дітей за рівнем тривожності

| Рівень | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-------------------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Високий | 29 | 78,3 | 27 | 73 | 0 | 0 | 9 | 24,3 |
| Середній | 5 | 13,6 | 5 | 13,5 | 2 | 5,4 | 3 | 8,2 |
| Низький | 3 | 8,1 | 5 | 13,5 | 9 | 24,3 | 5 | 13,5 |
| Не спостерігалось | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 | 70,3 | 20 | 54,0 |
| Всього | 37 | 100 | 37 | 100 | 37 | 100 | 37 | 100 |

Як видно з таблиці 3.13., після проведеної методики комплексного супроводу у дітей ЕГ не спостерігалось високого рівня тривожності, лише середній рівень у 2 (5,4 %) дітей та низький – у 9 (24,3 %), і це є нормальною реакцією дитячого організму, коли дитина перебуває у лікувальному закладі. У дітей КГ високий рівень тривожності наявний у 9 (24,3 %) дітей, та з середнім і низьким рівнем тривожності було відповідно 3 (8,2 %) та 5 (13,5 %) дітей. Слід відмітити, що у 26 (70,3 %) дітей ЕГ та у 20 (54,0 %) КГ не спостерігалось відчуття тривожності. Більший відсоток дітей ЕГ, у яких не спостерігалось тривожності, досягнуто завдяки проведеній психологічній допомозі.

Спираючись на класифікацію О. Алмазової, у констатувальному етапі

нашого експерименту було виділено 3 групи дітей у залежності від тяжкості захворювання, що призводили до емоційних порушень. Дані представимо у таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Групи дітей з емоційними порушеннями в залежності від тяжкості захворювання

| Групи дітей | До застосування методики комплексного супроводу | | | | Після застосування методики комплексного супроводу | | Без застосування методики комплексного супроводу | |
|-------------|---|------|----|------|--|------|--|------|
| | ЕГ | | КГ | | ЕГ | | КГ | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Перша | 19 | 29,7 | 17 | 27,4 | 3 | 4,7 | 15 | 24,2 |
| Друга | 38 | 59,4 | 38 | 61,3 | 13 | 20,3 | 32 | 51,6 |
| Третя | 7 | 10,9 | 7 | 11,3 | 48 | 75 | 15 | 24,2 |
| Всього | 64 | 100 | 62 | 100 | 64 | 100 | 62 | 100 |

Як видно з отриманих даних, продемонстрованих в таблиці 3.14., після застосування методики комплексного супроводу дітям КГ на всіх етапах перебігу хвороби значно зменшилась кількість дітей першої групи, які мали емоційні порушення, було 19 (29,7 %) стало 3 (4,7 %). У них з'явилась впевненість, що голос відновиться, зменшилися страхи, вони стали більш комунікабельними, з довірою відносилися до медичного персоналу. Зменшилась кількість дітей у другій групі, було 38 (59,4 %), стало 13 (20,3 %), тобто 15 дітей віднесено до третьої групи, і у них з'явилося бажання відновити свій голос, жести використовували значно менше, намагалися досконало виконувати фонопедичні заняття для покращення та відновлення голосової функції. У цих дітей відсутній страх при спілкуванні з медичним персоналом. Збільшилась кількість дітей до 48 (75 %) в третій групі, у яких спостерігалися незначні емоційні порушення. Це відбулося за рахунок того, що у дітей з вираженими та помірними емоційними порушеннями,

зменшилися прояви страхів, тривожності, відчуття незахищеності, але, все ж таки, ці прояви були незначні, що притаманне будь-якій дитині, яка знаходиться у стінах лікарні. Бажання видужати та відновити голос у третьої групи дітей було присутнє.

Кількість дітей КГ, яких віднесли до першої групи, становила 17 (27,4 %) в доопераційному періоді і 15 (24,2 %) – в реабілітаційному періоді. Незначно зменшилась кількість дітей в другій групі: було 38 (61,3 %), стало 32 (51,6 %). Підвищилась кількість дітей третьої групи: було 7 (11,3 %), стало 15 (24,2 %).

Слід також відмітити прямий зв'язок між своєчасною деканюляцією дитини і її емоційним станом серед досліджуваних нами 39 дітей-канюлярів. Завдяки застосуванню методики комплексного супроводу, яка включала психологічний супровід, ми мали можливість своєчасно деканюлювати дітей в ЕГ, що становило 17 (85 %), і лише 3 (15 %) не змогли своєчасно деканюлювати за медичними показаннями, оскільки просвіт гортані був недостатній, щоб дитина дихала без трахеостомічної трубки. Що стосувалося КГ, де психологічний супровід не проводився, лише 4 (21,1 %) дітей своєчасно деканюлювали. При спробі деканюляції у 15 (78,9 %) дітей спостерігався спазм дихальних шляхів, і вони не усвідомлювали те, що є можливість дихати природніми шляхами, без трахеостомічної трубки. Страх деканюляції був досить виражений. У цій ситуації медичний працівник вбачав за необхідне залучати до роботи психолога, який проводив заняття з дитиною, що в подальшому допомагало деканюлювати пацієнта, але в більш пізні терміни.

Таким чином, запропонована нами методика комплексного супроводу дитини з порушенням голосової функції органічного генезу в отоларингологічному відділенні на всіх етапах перебігу захворювання із застосуванням загальновідомих та легких у виконанні дітьми методів психокорекції (казкотерапії, ігротерапії, музикотерапії) суттєво позитивно

впливає на психоемоційний стан дитини. Пацієнти можуть контролювати свій емоційний стан, не проявляти незадоволення, роздратованості, гніву. У дітей з'являлася впевненість у можливості відновлення голосової функції. Також спостерігається прямий зв'язок між стабільним емоційним станом дитини і можливою своєчасною деканюляцією. У них швидше відбувається покращення голосової функції та скорочується термін реабілітаційного періоду.

Перевірка ефективності запропонованої нами методики можлива при порівнянні результатів констатувального та формувального етапів експерименту. З цією метою нами було здійснено оцінку і статистичне дослідження стану та рівнів сформованості основних характеристик голосу: висоти, сили, тембру, мелодико-інтонаційної сторони, розвитку фонаційного та мовленнєвого дихання до і після застосування методики комплексного супроводу.

Отже, аналізуючи отримані показники основних характеристик голосу у групі дітей, до яких була застосована оригінальна методика комплексного супроводу, ми відмітили досить чітку тенденцію їх покращення.

Для статистичного дослідження результатів нашої роботи використовували багатофункціональний статистичний критерій φ^* Фішера (кутове перетворення Фішера). Він дозволяє оцінити різницю між процентними частинами виявлення ознаки у досліджуваних групах (Додаток В).

Після проведеної статистичної обробки даних, отримані результати показали статистично значиму різницю між експериментальною та контрольною групами за всіма характеристиками голосу та фонаційного і мовленнєвого дихання, що розглянуті у роботі.

Отже, зміни в експериментальній групі дітей є наслідком дії комплексного супроводу, а не впливу випадкових чинників. Ми отримали математичне підтвердження гіпотези, описаної на початку нашого

дослідження, тобто, інновації, запропоновані в дисертації, сприяють позитивним змінам голосової функції і емоційного стану дошкільників після застосування методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції органічного генезу.

Висновки до третього розділу

Сучасні медичні технології, які забезпечують своєчасну і достовірну діагностику, висока кваліфікаційна досвідченість медичного персоналу є базою для подальшого забезпечення кваліфікованої реабілітації дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу. Проте, лише лікарі не можуть вирішити існуючі проблеми у пацієнтів, в цей процес повинні залучатися й інші спеціалісти: логофонеда, психологи. Для відновлення голосової функції та зменшення термінів реабілітаційного періоду необхідна командна робота спеціалістів на всіх етапах перебігу хвороби. З цією метою була розроблена методика комплексного супроводу цих пацієнтів.

Методика комплексного супроводу складається з трьох періодів: доопераційного, післяопераційного і реабілітаційного. Було встановлено, що в кожному періоді необхідно залучати до роботи наступних спеціалістів: медичних працівників, логофонедів та психологів з метою відновлення чи покращення акустичних характеристик голосу, фонаційного, мовленнєвого дихання та емоційних порушень. Кожний із періодів включав наступні види супроводу: медичний, психологічний та логофонедичний. Медичний супровід був спрямований на хірургічне та консервативне усунення причин порушення голосу, покращення загального стану, попередження післяопераційних ускладнень та ін. Психологічний супровід включав метод бесіди, казкотерапію, музикотерапію, ігротерапію, які сприяли загальній релаксації організму, зняттю м'язової напруги у м'язових м'язах, нормалізації

емоційного стану дитини. На чільне місце ставили логофоноведичний супровід, розроблений на основі методики, запропонованої О. Алмазовою. Робота у цьому напрямі сприяла подоланню скутості артикуляційного апарату в дітей, особливо канюлярів; зменшенню проявів назалізації (ринофонії); подоланню мінімальних дизартричних порушень у дітей-канюлярів; розслабленню м'язової мускулатури та верхньої частини плечового поясу з подальшою активізацією нервово-м'язового апарату гортані; розвитку функції зовнішнього, фонаційного та мовленнєвого дихання; розвитку слухового сприймання; формуванню акустичних характеристик голосу (висоти, сили, тембру, мелодико-інтонаційної сторони мовлення) та навичок правильного голосоведіння. Техніка і зміст супроводів перепліталися та доповнювали один одного протягом всього періоду захворювання дитини.

Встановлено, що після застосування методики комплексного супроводу, у дітей ЕГ відмічалася позитивна динаміка стану сформованості голосової функції та емоційного стану дитини. Значно зменшилась кількість дітей, які мали низький рівень сформованості акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання в порівнянні з дітьми КГ.

Таким чином, результати експериментального дослідження довели, що за рахунок впровадження розробленої методики комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу відбулося відновлення чи покращення голосової функції з суттєвими позитивними змінами якісних характеристик голосу та нівелювалися емоційні порушення, що сприяло в подальшому легкій адаптації дитині у суспільство.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Осадча Т. М. Психокорекційний вплив як складова частина комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції / А. А. Лайко, Ю. В. Гавриленко, Т. М. Осадча // Збірка тез XII з'їзду оториноларингологів

України. – 2015. – С. 83-84.

2. Осадча Т. М. Шляхи подолання псевдоскладкового механізму голосоутворення у дітей / Т. М. Осадча, І. М. Багірова, Ю. В. Гавриленко // Мат-ли ІІ наук-практ. конф. АДОУ «Актуальні питання дитячої оториноларингології». – Київ, 2014 – С. 48-49.

3. Осадча Т. М. Психологічний супровід дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу в отоларингологічному відділенні / Т. М. Осадча // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип XXIII, в двох частинах, ч. 2. Серія соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2013 – С. 320-327.

4. Осадчая Т. Н. Альтернативная коммуникация как метод коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения голоса органического генеза / Т. Н. Осадчая // Psihologie pedagogie specială asistentă socială. – Nr 1 (38). – Кишинев, 2015. – Р. 66-74.

5. Осадча Т. М. Застосування альтернативних методів комунікації у дітей з афонією / Т. М. Осадча, А. А. Лайко, Ю. В. Гавриленко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – № 5-с. – 2013. – С. 167.

ВИСНОВКИ

Визначення теоретичних засад комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу та узагальнення результатів проведеного експериментального дослідження дали змогу зазначити:

1. Аналіз спеціальної медичної, логопедичної, психологічної літератури засвідчив науковий і практичний інтерес фахівців до комплексного супроводу дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу. Наукові дослідження підтверджують, що спостерігається тенденція до збільшення кількості захворювань голосомовленневого апарату в дитячому віці як у світі, так і в Україні. Сучасні медичні методи дослідження голосомовленневого апарату дітей дозволяють своєчасно виявити причини порушення голосової функції та надати пацієнтам висококваліфіковану допомогу. Однак, дослідження, присвячені реабілітації голосової функції у дітей з органічною патологією гортані малочисленні і недосконалі. Відсутні методики комплексного обстеження та надання комплексної допомоги дітям дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу. Встановлено, що для комплексного обстеження дитини необхідно об'єднати поняття «логопедія» та «фонопедія» і застосовувати терміни «логофонопедичне обстеження», «логофонопедичний супровід», «логофонопедичний вплив» та розмежувати поняття «допомога» та «супровід», розуміючи під «допомогою» одномоментний вплив фахівців, а під супровідом – мультидисциплінарний метод, забезпечуваний єдністю зусиль педагогів, психологів, соціальних та медичних працівників.

2. Визначено стан сформованості акустичних характеристик голосу у дітей з органічною патологією гортані. Даний тип патології найчастіше зустрічається при ХРСГ, ЮРПГ, кістах, вузликах, фібромах, гемангіомах гортані. Встановлено, що в них порушені висота, сила, тембр, мелодико-інтонаційна сторона мовлення, а також фонаційне та мовленнєве дихання. На основі аналізу кожної характеристики визначено рівні (високий, достатній, середній, низький) сформованості основних голосомовленнєвих умінь у дітей дошкільного віку з органічною патологією

гортані. Більшість дітей у доопераційному періоді мали низький рівень сформованості основних акустичних характеристик голосу та фонаційного і мовленнєвого дихання: у 95,2% дітей низький рівень сформованості висоти голосу, у 93,6% – низький рівень сформованості сили голосу, у 65,8% – низький рівень сформованості тембру голосу, у 96% – низький рівень сформованості мелодико–інтонаційної сторони мовлення, у 92,1% – низький рівень сформованості фонаційного дихання та у 93,6% дітей – низький рівень сформованості мовленнєвого дихання. Високий рівень голосомовленнєвих умінь не відмічений в жодної дитини.

3. Доведено необхідність всебічного обстеження дітей, які мають порушення голосової функції органічного генезу. Підтверджено, що в них існують медичні, логофоноведичні та психологічні проблеми. Для подолання і зменшення цих проблем необхідна методика, яка б включала одночасну роботу всіх спеціалістів протягом всього періоду захворювання дитини. Обґрунтовано, що такою може бути методика комплексного супроводу зазначеної категорії дітей.

4. Розроблено методика комплексного супроводу, спрямовану на покращення та відновлення акустичних характеристик голосу, фонаційного та мовленнєвого дихання, нівелювання чи зменшення емоційних порушень у дітей.

Комплексний супровід складався з трьох періодів: доопераційного, післяопераційного і реабілітаційного та включав такі його складові: медична, психологічна та логофоноведична. Медичний супровід був спрямований на хірургічне та консервативне усунення причин порушення голосу, покращення загального стану, попередження післяопераційних ускладнень та ін. Психологічний супровід включав психокорекційні вправи, які впливали на загальну релаксацію організму, зняття м'язової напруги у м'язових м'язах, нормалізацію емоційного стану дитини. Логофоноведичний супровід сприяв подоланню скутості у роботі артикуляційного апарату в дітей, особливо канюлярів; зменшення проявів назалізації (ринофонії); подоланню

мінімальних дизартричних порушень у дітей-канюлярів; розслабленню м'язової мускулатури та верхньої частини плечового поясу з подальшою активізацією нервово-м'язового апарату гортані; розвитку функції зовнішнього, фонаційного та мовленнєвого дихання; розвитку слухового сприймання; формуванню акустичних характеристик голосу (висоти, сили, тембру, мелодико-інтонаційної сторони мовлення) та навичок правильного голосоведіння. Техніка і зміст супроводів перепліталися та доповнювали один одного протягом всього періоду захворювання.

5. Встановлено, що застосування методики комплексного супроводу у ЕГ дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу дозволило покращити рівні сформованості голосомовленнєвих умінь у порівнянні з КГ, в якій не застосовувалася експериментальна методика. Так, у ЕГ з'явилися діти, які досягли достатнього і високого рівня сформованості висоти голосу, відповідно 31 (48,4%) і 2 (3,1%), а в КГ – 3 (4,9%) і 1 (1,6%) дитини; сформованості сили голосу відповідно у ЕГ – 34 (53,1%) і 1 (1,6%) та у КГ – 6 (9,7%) і 1 (1,6%) дітей; сформованості тембру голосу відповідно у ЕГ 27 (42,2%) і 11 (17,2%) та у КГ – 14 (22,6%) і 4 (6,4%) дітей; сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення відповідно у ЕГ 35 (54,7%) і 4 (6,3%) та у КГ – 17 (27,4%) і 3 (4,8%) дітей.

Таким чином, запровадження експериментальної методики дало значні позитивні результати при комплексному супроводу дітей з порушенням голосової функції органічного генезу, але висунуті положення не розкривають усіх питань проблеми лікування та реабілітації хворих з порушенням голосової функції органічного генезу.

Водночас, проведене дослідження не вичерпує усі аспекти проблеми, що вивчалися. Зокрема, подальшої розробки вимагають питання удосконалення змісту методики комплексного супроводу дітей з порушенням голосу органічного генезу, а також особливості і методики надання логофонеopedичної допомоги дітям раннього дитинства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абизов Р. А. Відновлення голосової функції у хворих на рак гортані I-II ст. після хордектомії / Р. А. Абизов, Ю. І. Онищенко, О. Ю. Ромась // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3-с.– С. 6.
2. Абизов Р. А. Роль дыхательных упражнений в комплексе лечебных технологий восстановления голосовой функции у больных после частичной резекции гортани / Р. А. Абизов, Е. Ю. Ромась // Український пульмонологічний журнал : мат-ли Другого українсько-польського симпозиуму та Симпозиуму Європейського Респіраторного Товариства. – 2005. – № 3 (49) (додаток). – С. 76.
3. Абизов Р. А. Тактика комплексного лікування хворих на рак гортані I-II ст / Р. А. Абизов, Ю. І. Онищенко, О. Ю. Ромась // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. –С. 2-5.
4. Абизов Р. А. Диференційований підхід до оцінки якості голосу у хворих на рак гортані I-II ст., після хордектомії при комплексній медико-фонопедичній реабілітації / Р. А. Абизов, Я. В. Шкоба, Ю. І. Онищенко та інш. // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2014. – № 3-с. – С. 24.
5. Абизов Р. А. Застосування сучасних методів в діагностиці та лікуванні ранніх захворювань гортані та ротоглотки / Р. А. Абизов, Л. В. Савчук, Я. В. Шкоба, А. В. Бурда // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2014. – № 3-с. – С. 23.
6. Абрамян Л. А. Преодоление негативных эмоциональных состояний детей дошкольного возраста средствами игры / Л. А. Абрамян // Развитие социальных эмоций у детей дошкольного возраста / под ред. А. В. Запорожец, Я. В. Неверович. – М. : Педагогика, 1986. – 117 с.
7. Аксенова О. Ж. Использование простых средств дополнительной коммуникации в работе с маленькими детьми в отделении раннего

- вмешательства / О. Ж. Аксенова, М. С. Чернышова // Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию – Introduction into alternative and augmentative communication : сб. науч. трудов и мат-лов 7-ой Восточно- и Центрально- Европейской науч.-практ. конф. по проблемам альтернативной и дополнительной коммуникации и междун. семинара "Теоретико-методологические аспекты трандисциплинарных исследований проблем и технологий альтернативной и дополнительной коммуникации". – Архангельск, 2009. – С. 202-203.
8. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / под ред. Г. В. Чиркиной. – 2005. – М. : Айрис-пресс. – 192 с.
 9. Андросова В. Н. Обучение детей восприятию художественной литературы / В. Н. Андросова // Дошк. восп. – 1986. – № 2. – С. 14-20.
 10. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М. : Медицина, – 1975. – 306 с.
 11. Арендарук А. О. Логопедичний супровід дітей з ТПМ в умовах інтегративного навчання, як психолого-педагогічна проблема / А. О. Арендарук // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 21. – С. 3-6.
 12. Артемьева М. С. Характеристика разновидностей синдрома дисморфобии–дисморфомании с убежденностью в уродстве собственного голоса / М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманов, Ю. Б. Тихонравова // Ж-л неврологии и психиатрии. – Медиа сфера, 2007. – № 8. – С. 66-68.
 13. Асмолова А. Г. Психология личности / А. Г. Асмолов. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 367 с.
 14. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М. : Просвещение, 1994. – 136 с.
 15. Астапов В. М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и

- отклонениями развития : хрестоматия. 2-е издание / В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе. – Спб. : Питер, 2008. – 256 с. : ил.
16. Астахова Е. С. Роль эндоскопии в диагностике и лечении голосовых нарушений у детей [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / Е. С. Астахова ; Российский государственный медицинский университет. – М., 2004. – 25 с.
 17. Афузова Г. В. Розвиток та вдосконалення ігор дітей дошкільного віку як психодіагностичний критерій / Г. В. Афузова, В. В. Клименко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 289-291.
 18. Бабияк В. И. Экспримативные функции второй сигнальной системы: голос, пение, речь. Сообщение второе. Механизмы голосообразования / В. И. Бабияк // Российская оториноларингология. – 2007. – № 3 (28). – С. 3-9.
 19. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку : дисерт. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / Н. В. Базима ; НПУ імені М. П. Драгоманова. – К., 2014. – 176 с.
 20. Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у світі» / наук. кер. і заг. ред. О. Л. Кононко. – К. : Світич, 2009. – 430 с.
 21. Бегряров М. Э. Метод восстановления голоса при функциональных дисфониях у лиц голосоречевых профессий / М. Э. Бегряров // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 5. – С. 50-51.
 22. Бекбулатов Г. Т. К лечению дисфоний и некоторых доброкачественных образований голосовых складок речевой и вокальной постановкой голоса [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / Г. Т. Бекбулатов. – М., 1969. – 15 с.

23. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова – М. : Книголюб, 2005. – 55 с.
24. Бикбабаева А. И. Нарушение голоса при дисфункции щитовидной железы / А. И. Бикбабаева, Н. Т. Габдуллин – ЖУНГБ, 1986. – № 4. – С. 51-52
25. Богомильский М. Р. Ларингиты у детей: особенности течения и лечения / М. Р. Богомильский, Е. Ю. Радзиг // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 1. – С. 45.
26. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : монографія / А. М. Богуш. – К. : Видавничий дім «Слово», 2004. – 374 с.
27. Боровкова Т. И. Мониторинг развития системы образования / Т. И. Боровкова, И. А. Морев. – Ч. 1. Теоретические аспекты : учеб. пособие. – Владивосток : Изд-во Дальневосточного университета, 2004. – 150 с.
28. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб.: Питер, 2001. – 528 с. : ил.
29. Вансовская Л. И. Некоторые акустические характеристики слуха и голоса у больных открытой ринолалией на почве врожденных расщелин губы и неба / Л. И. Вансовская // Сб. науч. тр. Ленингр. НИИ ЛОР. – М., 1973. – Т. 18. – С. 199-203.
30. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты / Ю. С. Василенко. – М. : Энергоиздат. – 2002. – 480 с.
31. Василенко Ю. С. Дисфонии у детей и подростков / Ю. С. Василенко // 10 з'їзд оториноларингологів України – 22-25 травня. – 2005. – С. 175.
32. Василенко Ю. С. Комплексная реабилитация больных с патологией голосового аппарата в санаторно-курортных условиях / Ю. С. Василенко // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 1. – С. 59-60.
33. Василенко Ю. С. Коррекционно-педагогическое воздействие при

- функциональных нарушениях голоса : метод. реком. / Ю. С. Василенко, Л. Е. Гончарук, Г. Ф. Иванченко, О. С. Орлова. – М., 1990. – 22 с.
34. Василенко Ю. С. Нарушение голоса у детей и подростков / Ю. С. Василенко // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 6. – С. 46-48.
35. Василенко Ю. С. Нарушение голоса у детей и подростков / Ю. С. Василенко, С. Е. Уланов // Вестник оториноларингологии. – 1984. – № 6. – С. 13-16.
36. Василенко Ю. С. Определение времени максимальной фонации для оценки функционального состояния гортани / Ю. С. Василенко // Вопросы патологии верхних дыхательных путей. Тр. МНИИ уха, горла и носа. – М., 1973. – Вып. XIX. – С. 132-136.
37. Василенко Ю. С. Терапевтические возможности современной фониатрии / Ю. С. Василенко // Тез. докл. XVII Конгресса Союза Европейских фониаторов. – М., 1991. – С. 11-46.
38. Васильева В. П. Развитие голоса и интонационной выразительности речи детей с врожденной расщелиной губы и неба / В. П. Васильева, Е. В. Лаврова, Ад. А. Мамедов // Врожденная и наследственная патология головы, лица, шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М. : МГМСУ, 2006. – С. 36-39.
39. Вильсон Д. К. Нарушение голоса у детей. / Д. К. Вильсон. – М. : Медицина. – 1990. – 448 с.
40. Винников А. К. Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей / А. К. Винников, М. В. Гунчиков // Юбилей сб. научн. трудов симп., посвященного 10-летию ассоциации фониатров и фонопедов. Владимир. – М. : Владимир, 2001. – С. 103-104.
41. Вольф В. Е. Клинико-иммунологические характеристики детей, проживающих в зоне радиационного заражения, и из семей отцов участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС / В. Е. Вольф,

- М. А. Левкович, М. В. Дударев // Медицинские аспекты влияния малых доз радиации на детей и подростков. – Обнинск– Москва, 1992. – С. 100-104.
42. Вплив радіації, обумовленої Чорнобильською аварією, на слуховий аналізатор, нервову і серцево-судинну системи. / Д. І. Заболотний Т. В. Шидловська, О. І. Котов, О. В. Чернухіна, В. О. Бригідер // Ж-л ушных, носовых и горловых болезней. – 1992. – № 2. – С. 1-15.
43. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навч.-метод. посіб. / за ред. А. Г. Шевцова. – К. : ГЕРБ, 2007. – 288 с.
44. Вязьменов Е. О. Эндоскопическая диагностика нарушений голоса у детей грудного и раннего возраста / Е. О. Вязьменов, Е. Ю. Радзиг, С. Ю. Водолазов // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 6. – С. 50-53.
45. Галиуллина Л. К. Психические расстройства при нарушениях голоса / Л. К. Галлиуллина, Д. М. Менделевич // Неврологический вестник. – 2002. – Т. XXXIV, вып. 1-2. – С. 80-81.
46. Галущенко В. І. Використання комплексно-інноваційних заходів корекції дизартричних розладів у дітей старшого дошкільного віку / В. І. Галущенко // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох частинах, ч. 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори–2006, 2013. – С. 178-185.
47. Гаращенко Т. И. Наш опыт лечения функциональных дисфоний у детей // Т. И. Гаращенко, Е. С. Астахова, Е. Ю. Радзиг // Рос. Отоларингология. – 2002. – № 1. – С. 25-26
48. Гаращенко Т. И. Эндоскопическая хирургия папилломатоза гортани, трахеи и бронхов у детей / Т. И. Гаращенко // Хирургия трахеи и

- бронхов : Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. – М., 1986. – С. 66-67.
49. Герайн В. Молекулярно-биологические аспекты юношеского респираторного папилломатоза и его комбинированное лечение / В. Герайн, Д. Г. Чирешкин // Вестник оториноларингологии. – 1996. – № 4. – С. 3-8.
50. Герасимова И. Ю. Диагностика и комплексное лечение рецидивирующих нарушений голоса с применением вегетокоррекции [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00. 04 / И. Ю. Герасимова ; ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава». – М., 2009. – 20 с.
51. Гончарук Л. Е. Психотерапия в комплексном лечении больных с функциональными дисфониями и афониями / Л. Е. Гончарук // Вестник оториноларингологии. – 1981. – № 1. – С. 23-26.
52. Грачева М. С. Морфология и функциональное значение нервного аппарата гортани / М. С. Грачева. – М., 1956. – 164 с.
53. Грачева М. С. Рефлексогенные зоны гортани / М. С. Грачева // Вестник оториноларингологии. – 1950. – № 6. – С. 13-17.
54. Гречко Л. М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання : автореф. дис. на здоб. наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.08 / Л. М. Гречко ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К., 2008. – 20 с.
55. Гуляева Л. В. Постинтубационные стенозы гортани у детей в период новорожденности / Л. В. Гуляева, М. А. Золотарева, А. Л. Косаковский // Детская оториноларингология – 2012. – № 2. – С. 40-41.
56. Диференційний діагноз з клінічних симптомів в оториноларингології / за ред. Ю. В. Мітіна. – К. : Здоров'я, 2004. – 272 с.
57. Дмитриев Л. Б. Основы вокальной методики / Л. Б. Дмитриев. – М. : Музыка, 2000. – 368 с.

58. Дорошенко З. П. Психолого-педагогічний супровід дітей раннього віку: стратегічна необхідність / З. П. Дорошенко // Дошкільна освіта. – № 3. – 2006. – С. 23-28.
59. Евдощенко Е. А. О трудных деканюляциях у детей раннего возраста / Е. А. Евдощенко // Ж-л ушных, носовых и горловых болезней. – 1972. – № 5. – С. 17-21.
60. Евдощенко Е. А. Осложнения продленной интубации гортани и трахеи у детей / Е. А. Евдощенко, А. Л. Косаковский // Ж-л ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – № 5. – С. 49-53.
61. Евдощенко Е. А. Хронический стеноз гортани и трахеи у детей / Е. А. Евдощенко // 6-й съезд отоларингологов УССР : тез. докл. – Львов : Б. и., 1983. – С. 88-89.
62. Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И. И. Ермакова. – М. : Просвещение, 1996. – 143 с.
63. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков : кн. для логопеда / под ред. С. Л. Таптаповой. – М. : Просвещение, 1984. – 143 с.
64. Ермолаева М. В. Развитие творческого потенциала ребенка в ходе восприятия, переживания и сочинения сказки [Текст] / М. В. Ермолаева // Практическая психология детского творчества : учеб пособие. – 2005. – С. 235-277.
65. Жинкин Н. И. О теориях голосообразования / Н. И. Жинкин // Речь и мышление. – М., 1963. – С. 219-271.
66. Журавльова Л. С. Методичні аспекти подолання заїкання в практиці корекційної педагогіки / Л. С. Журавльова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох частинах, ч. 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2013. – С. 219-226.

67. Загальна психологія : підр. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук, Т. М. Лисянська. – К. : Либідь, 2005. – С. 464.
68. Загидулина Р. А. Этиология и патогенез функциональных дискинезий и методы коррекции / Р. А. Загидулина // Вопросы практической фониатрии. – М., 1997. – С. 112-115.
69. Зарицкий Л. А. Практическая фониатрия / Л. А. Зарицкий, В. А. Тринос, Л. А. Тринос. – К. : Вища школа. – 1984. – 168 с.
70. Захворювання голосоутворюючого апарату (діагностика та лікування). Методичні рекомендації / Д. І. Заболотний, Т. А. Шидловська, Л. А. Тринос, К. Ю. Куреньова. – К. : 2004. – 34 с.
71. Зимняя И. А. Педагогическая психология / И. А. Зимняя. – М. : Логос, 1999. – 382 с.
72. Ивановская Ф. А. Сборник логопедических упражнений при расстройствах голоса / Ф. А. Ивановская. – М., 1961. – 34 с.
73. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
74. Исхаки Ю. Б. Кисты верхних дыхательных путей / Ю. Б. Исхаки. – Душанбе, 1972. – 239 с.
75. Казакова Е. И. Система комплексного сопровождения ребенка: от концепции к практике / Е. И. Казакова // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. – СПб., 1998. – С. 4-6.
76. Казакова Е. И. Сопровождение развития – новая образовательная технология / Е. И. Казакова // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. – СПб., 2001. – Ч. I. – С. 9-14.
77. Калягин В. А. Организация психотерапевтической помощи детям с нарушениями голоса / В. А. Калягин // Актуальные проблемы фониатрии : Тез. доклад. междунар. симпоз. – М., 1996. – С. 26-27.

78. Капська А. Ю. Подарки фей. Развивающая сказкотерапия для дошкольников / А. Ю. Капская, Т. Л. Мироничик – СПб. : Речь ; М. : Сфера, 2008. – 96 с.
79. Карпищенко С. А. О медицинской реабилитации канюленосителей / С. А. Карпищенко, М. А. Рябова, О. И. Долгов // Мат-лы 3 Петербургского форума оториноларингологов России. – Санкт-Петербург, 2014. – С. 320-321.
80. Качуровська О. Б. Корекція мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими вадами мовлення засобами комп'ютерних технологій [Текст] : авторефер. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03. „Корекційна педагогіка” / О. Б. Качуровська ; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2006. – 20 с.
81. Кейко М. В. Строение детской гортани и ее значение для проведения интубации и бронхоскопии / М. В. Кейко // Медико-биологические проблемы Восточной Сибири. – Иркутск, 1988. – С. 27-28.
82. Кисличенко В. А. Емоційне спілкування, як основна умова мовленнєвого розвитку дитини / В. А. Кисличенко // Психолого-педагогічні умови організації розвивального середовища в закладах освіти : мат-ли Всеукр. наук.-практ. конф. – Херсон, 2010. – С. 117-119.
83. Кисличенко В. А. Логопедична допомога сім'ям, які виховують дитину-інваліда / В. А. Кисличенко // Проблеми реабілітації (матеріали науково-практичної конференції) : зб. наук. робіт НДПУ ім. К. Д. Ушинського . – Одеса : ХНУВС, 2007. – С. 102-106.
84. Кисличенко В. А. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / В. А. Кисличенко ; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2011. – 20 с.

85. Клесс Д.А. Реабилитация детей и подростков с нарушениями голоса [Текст] : автореф. дис. на соиск. науч. степени. канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / Д. А. Клесс. – М., 2003. – 16 с.
86. Князьков А. А. Техника речи и постановка голоса : метод. разработ. / А. А. Князьков. – М., 1985. – 36 с.
87. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / под ред. Л. М. Шипициной. – СПб. : Речь, 2003. – 240 с.
88. Коноплева А. Н. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития : моногр. / А. Н. Коноплева, Т. Л. Лещинская. – Мн. : НИО, 2003. – 232 с.
89. Конопляста С. Ю. Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини / С. Ю. Конопляста // Педагогіка та методики спеціальні : зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – 193 с.
90. Конопляста С. Ю. Ринологія від А до Я : моногр. / С. Ю. Конопляста. – К. : Книга-плюс, 2015. – 312 с.
91. Копытин А. И. Основы арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб. : Лань, 1999. – 256 с.
92. Коротченко В. В. Акустический анализ голоса у детей в норме и при заболевании гортани [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. спец. : 14.01.03 / В. В. Коротченко ; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздравсоцразвития России» – М., 2012. – 25 с.
93. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания : метод. пособие / под ред. Е. А. Стребелевой. – 2-е изд. – М. : Издательство «Экзамен», 2004. – 128 с. (Серия «Ранняя помощь»)

94. Косаковський А. Л. Дослідження прохідності гортані і трахеї вище трахеостоми методом пневмографії / А. Л. Косаковський, С. К. Скляренко // Ж-л вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – № 3. – С. 42-45.
95. 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.
96. Косаковський А. Л. Фонаторна функція у дітей з рубцевим стенозом та атрезією гортані / А. Л. Косаковський // Ж-л вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 3. – С. 110.
97. Кротенко В. І. Емоційні порушення в дітей, їх корекція та основні психокорекційні технології / В. І. Кротенко, К. М. Борсук // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 21. – С. 385-387.
98. Кротенко В. І. Роль малюнкових тестів у процесі психодіагностичного обстеження дітей з емоційними порушеннями / В. І. Кротенко, Н. Б. Власенко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 365-368.
99. Кротенко В. І. Роль проєктивних методик як психодіагностичного інструменту в роботі з дітьми дошкільного віку / В. І. Кротенко, Н. М. Ткаченко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 371-373.
100. Крылов Б. С. Физиология нервно-мышечного аппарата гортани / Б. С. Крылов, Р. А. Фельбербаум, Г. М. Экимова. – Л. : Наука, 1984. – 216 с.

101. Кузава І. Б. Теоретичні та методичні засади інклюзивної освіти дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку : дисерт. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук : спец. 13.00.03 / І. Б. Кузава. – К., 2015. – 457 с.
102. Кузава І. Б. Особливості медико-психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку / І. Б. Кузава // Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки». – Черкаси, 2013. – Вип. 3 (256). – С. 52-56.
103. Кузнецова Т. Д. Возрастные особенности дыхания у детей и подростков / Т. Д. Кузнецова. – М. : Медицина, 1986. – 120 с.
104. Лаврова Е. В. Восстановление голоса при парезах и параличах гортани, хронических ларингитах и функциональных нарушениях / Е. В. Лаврова // Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. – М. : Просвещение, 1984. – С. 21-35.
105. Лаврова Е. В. Восстановление голоса при парезах и параличах гортани / Е. В. Лаврова, Д. В. Уклонская, О. Д. Коптева // Сб-к трудов первого междунар. междисциплинар. конгресса «Голос». – М. : ООО «Центр информационных технологий в природопользовании», 2007. – С. 252.
106. Лаврова Е. В. Характеристика и классификация нарушений голоса / Е. В. Лаврова // Дефектология. – 1987. – № 1. – С. 13.
107. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія : підр. для лікарів-інтернів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / А. А. Лайко – К. : Логос, 2008. – 703 с.
108. Лайко А. А. Історія дитячої оториноларингології в Україні: присвяч. 40-річчю каф. дит. оториноларингології, аудіології та фоніатрії Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, А. Л. Косаковський. – К. : Логос, 2009. – 88 с. : іл. – Бібліогр. : с. 86-87.

109. Лактюшина Т. Л. Логопедична робота з розвитку фонаційного дихання у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення/ Т. Л. Лактюшина, Л. Л. Логвинова, О. М. Попова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох частинах, ч. 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2013. – С. 275-282.
110. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапії : підходи, діагностика, система занять / Л. Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003. – 256 с. Серія – психологічний практикум.
111. Лепетченко М. В. Формування здатності до творчого самовираження у дошкільників із порушеннями мовлення у процесі інсценування казки : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук : 13.00.03 / М. В. Лепетченко. – Київ : Б. в., 2012. – 19 с.
112. Логопедія : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. вузов. / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 677 с.
113. Логопедія : підр. / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Вид. дім «Слово», 2010. – 376 с.
114. Логопедія : підр. / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Вид. дім «Слово», 2015. – 768 с.
115. Максимов И. А. Фониатрия / И. А. Максимов. – М. : Медицина, 1987. – 272 с.
116. Малина Г. О. Методические указания по восстановлению голоса при различных его нарушениях / Г. О. Малина. – Л., 1968. – 8 с.
117. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : наук.-метод. посібн. / Н. В. Манько – К. : КНТ, 2008. – 256 с. – Бібліогр. : С. 208-228. – укр.

118. Манько Н. В. Методичні засади використання комп'ютерних технологій у логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку / Н. В. Манько // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – Вип. 18. – С. 151-154.
119. Мартиненко І. В. Особливості використання графічних символів комунікації у логопедичній роботі / І. В. Мартиненко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – Вип.18. – С. 154-158.
120. Мартыненко И. В. К проблеме использования альтернативных и дополнительных средств коммуникации в работе с детьми с тяжелыми речевыми нарушениями / И. В. Мартыненко // Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию – Introduction into alternative and augmentative communication : сб. науч. трудов и мат-лов 7-ой Восточно- и Центрально- Европейской науч.-практ. конф. по проблемам альтернативной и дополнительной коммуникации и международного семинара "Теоретико-методологические аспекты трандисциплинарных исследований проблем и технологий альтернативной и дополнительной коммуникации". – Архангельск, 2009. – С. 113-117.
121. Милоченко Т. Г. Восстановление голоса методом речевой фонопедии / Т. Г. Милоченко // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 5. – С. 184-187.
122. Митронович-Моджиевская А. Патофизиология речи, голоса и слуха / А. Митронович-Моджиевская. – Варшава : Польское гос. мед. изд-во, 1965. – 258 с.
123. Михайлова Г. Д. Причины и некоторые аспекты лечения дисфоний у детей по данным массового осмотра / Г. Д. Михайлова // Вестник

оториноларингологии. – 1987. – № 2. – С. 67-69.

124. Мозгова Г. П. Позитивний психологічний клімат – передумова психосоматичного здоров'я та поведінки дитини / Г. П. Мозгова // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – Вип. 18. – С. 172-176.
125. Морозов В. П. Биофизические основы вокальной речи / В. П. Морозов. – Л. : Наука, 1997. – 232 с.
126. Набойкина Е. Л. Сказки и игры с «особым ребенком» / Е. Л. Набойкина. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.
127. Нарушение речи и голоса у детей. / С. С. Ляпидевский, С. Н. Шаховская, И. И. Панченко и др. – М. : Просвещение, 1975. – 352 с.
128. Нарушение речи и голоса у детей : пособ. для студ. дефектол. фак. пед. ин-тов. / под. ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской – М. : «Просвещение», 1975. – 144 с.
129. Нейман Л. В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи / Л. В. Нейман. – М. : Просвещение, 1970. – 184 с.
130. Немов Р. С. Психология : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений : в 3-х кн. Кн. 3. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики / Р. С. Немов. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 640 с.
131. Немов Р. С. Психология : В 3 т. / Р. С. Немов. – М. : Просвещение, 1995. – Кн. 1 : Общие основы психологии. – 576 с.
132. Новикова Н. В. Способность регулировать силу и продолжительность выдоха у дошкольников-логопатов / Н. В. Новикова // Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. – Вип. 6. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. – С. 32-36.

133. Орлова О. С. Детский голос в норме и при патологии (Пособие для врачей) / О. С. Орлова. – М., 2002. – 24 с.
134. Орлова О. С. Нарушение голоса у детей (Учебно-методическое пособие) / О. С. Орлова. – М. : Астрель, 2005. – 125 с.
135. Орлова О. С. Междисциплинарный подход к комплексной реабилитации детей с нарушениями голоса, речи и слуха / О. С. Орлова, Г. Д. Тарасова // мат-лы III Петербургского форума оториноларингологов в России. – С. 68-69.
136. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие для студ. вузов / А. А. Осипова. – М. : ТЦ Сфера, 2004. – 512 с.
137. Основи дитячої патопсихології : навч. посіб. / Н. Ю. Максимова, К. Л. Мілютіна, В. М. Піскун. – К. : Перун, 1996. – 464 с. : іл. – (Трансформація гуманіт. освіти в Україні)
138. Особливості клінічної анатомії та фізіології ЛОР-органів у дітей / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, А. Л. Косаковський та ін. – К. : Логос, 2002. – 116 с. : іл.-Бібліографія : с. 114.
139. Оториноларингологія / за ред. Д. І. Заболотного, Ю. В. Мітіна, В. Д. Драгомирецького. – К. : Здоров'я, 1999. – 368 с.
140. Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С. С. Ляпидевского. – Вып. 3 – М. : «Просвещение», 1967. – 235 с.
141. Пабат В. В. Формування естетичних почуттів дітей дошкільного віку засобами української народної казки : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук : спец. 13.00.01 “Теорія і історія педагогіки освіти” / В. В. Пабат. – К., 1997. – 21 с.
142. Панченко С. І. К вопросу о раннем выявлении патологии гортани у профессионалов голоса / С. І. Панченко // Мат-ли ювілейної наук.-практ. конф., присвяченій 100-річчю з дня народження проф. О. С. Коломійченко. – К. : Просвіта, 1998. – С. 116-120.

143. Папіломатоз гортані та трахеї у дітей / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, В. В. Дячук, Д. Д. Заболотна [та ін.]. – К. : Логос, 2010. – 101 с. : іл.
144. Пахомова Н. Г. Попередження порушень мовлення у дітей дошкільного віку : метод. рекомендації. / Н. Г. Пахомова, О. В. Толстая. – Полтава, 2012. – 315 с.
145. Пахомова Н. Г. Теоретичні основи впровадження інноваційних корекційних технологій / Н. Г. Пахомова // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. – № 14. – С. 108-112.
146. Пахомова Н. Г. Формування невербальних засобів комунікації у дітей із затримкою психічного розвитку : метод. посіб. / Н. Г. Пахомова, Т. І. Литвиненко. – Полтава, 2009. – 144 с.
147. Пахомова Н. Г. Нейропсихолінгвістика : навч. посіб. для студ. спец. 7.01010501, 8.01010501 – «Корекційна освіта» / Н. Г. Пахомова ; Полт. нац. ун-т імені В. Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2010. – 280 с.
148. Пахомова Н. Г. Подолання стану тривожності у дітей молодшого шкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення : метод. рекомендації. / Н. Г. Пахомова, Я. В. Рой. – Полтава, 2011. – 102 с.
149. Покотиленко Е. А. Комплексный метод лечения стойких нарушений голосообразования / Е. А. Покотиленко, Т. И. Кучеренко // XVII Конгресс Союза Европейский Фониаторов : тез. докладов. – М., 1991. – С. 63-65.
150. Покотиленко Е. А. К вопросу комплексной диагностики функциональных афоний и дисфоний / Е. А. Покотиленко // Ж-л ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – № 2. – С. 28-31.
151. Покотиленко Е. А. Ранняя диагностика и патогенетическое лечение функциональных нарушений голоса : дис. на соиск. ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04./ Е. А. Покотиленко. – М., 1988. – 22 с.

152. Проблема рубцового стеноза гортани у детей / Л. В. Гуляева, М. А. Золотарева, А. И. Русакова, А. А. Бондаренко и др. // Ж-л вушних, носових і горлових хвороб. – № 3-с. – 2012. – С. 56-57.
153. Психология дошкольников : хрестоматия / под ред. Г. А. Урунтаевой. – М., 1997. – 272 с.
154. Радзиг Е. Ю. Особенности проведения видеостробоскопии и показатели нормальной стробоскопической картины у детей разного возраста / Е. Ю. Радзиг, Э. О. Вязьменов // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 1. – С. 51-54.
155. Радзиг Е. Ю. Респираторные аллергозы, их влияние на функцию голосообразования у детей / Е. Ю. Радзиг, Т. І. Гаращенко, М. Р. Богомилський // Вестник оториноларингологии. – 2004. – № 5. – С. 39-41.
156. Радзиг Е. Ю. Анатомические особенности гортани у детей / Е. Ю. Радзиг // Рос.отоларингология. – 2005. – № 2. – С. 79-81.
157. Радзиг Е. Ю. Нарушения голоса у детей и подростков и их лечение препаратом гомеовокс / Радзиг Е. Ю. // Педиатрия. – 2009. – Т. 88. – № 6. – С. 124-130.
158. Радзиг Е. Ю. Нарушения голоса у детей и подростков: этиология, клиника, диагностика и лечение : дис. на соиск. ученой степени докт мед. наук : спец. 14.00.04 / Е. Ю. Радзиг. – М., 2005. – 176 с.
159. Радзиг Е. Ю. Современные возможности диагностики нарушений голоса у детей и подростков / Е. Ю. Радзиг // Мат-лы науч.-практ. конф. «Коммуникативные нарушения голоса, слуха, речи» – М., 2003. – С. 169-170.
160. Радиационно-индуцированный адаптированный ответ как показатель неоднозначного действия низких доз излучения и один из критериев генетического гомеостаза // Е. К. Хандогина, С. В. Зверева, А. В. Якименко, Г. Р. Мутовин и др. // Медицинские аспекты влияния

- малых доз радиации на организм детей и подростков. – Обнинск–М., 1992. – С. 28-34.
161. Развивающая сказкотерапия / под ред. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой – СПб. : Речь, 2006. – 186 с.
162. Разумовский А. Ю. Хирургическое лечение хронических стенозов гортани у детей / А. Ю. Разумовский, З. Б. Митупов // Детская оториноларингология. – 2012. – № 3. – С. 25-30.
163. Райгородский Д. Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом “ Бахрах – М ”, 2008. – 624 с.
164. Розвиток дитини-дошкільника: сучасні підходи та освітні технології : моногр. / Г. В. Беленька, Н. М. Голота, А. М. Гончаренко [та ін] ; за заг. ред. І. І. Загарницької. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. – С. 6-27.
165. Романова Ж. Г. Реабилитация детей при хронических стенозах гортани и верхних отделов трахеи / Ж. Г. Романова, А. Д. Кухарчук // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1997. – № 6. – С. 58-59.
166. Романова Ж. Г. Функциональные нарушения голоса / Ж. Г. Романова, Н. С. Конойко// Оториноларингология. Восточная Европа : междунауч.-практ. Ж-л. – 2013. – № 3 (12). – С. 55-62.
167. Ромась О. Ю. Реабілітація голосової функції у хворих після часткової резекції гортані [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / О. Ю. Ромась ; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2010. – 22 с.
168. Ромась О. Ю. З історії вивчення проблеми втрати голосової функції та механізмів її відновлення / О. Ю. Ромась // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія» : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. – № 7. – С. 60-67.
169. Ромась О. Ю. Реабілітація голосової функції у хворих після часткової

- резекції гортані : дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / О. Ю. Ромась. – К., 2010. – 196 с.
170. Ромась О. Ю. Методи відновлення голосу у хворих після часткових та тотальних резекцій гортані / О. Ю. Ромась // Дефектологія. – 2007. – № 2. – С. 39-42.
171. Рябченко А. Т. Берегите голос / А. Т. Рябченко. – М. : Знание, 1974. – 60 с.
172. Рябченко А. Т. Функциональные нарушения голоса / А. Т. Рябченко. – М. : Медицина, 1964. – 104 с.
173. Савенко И. В. Клинико–иммунологическая характеристика детей с папилломатозом гортани [Текст] : автореф. дис. на соиск. ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / И. В. Савенко. – Санкт-Петербург, 1994. – 21 с.
174. Сагалович Б. М. Слух, голос и речь как единая функциональная система / Б. М. Сагалович // Тез. докладов XVII Конгресса Союза Европейских фонистров : тезы. докл. – М., 1991. – С. 50-52.
175. Сермеева Н. В. Особенности речевого дыхания у детей-логопатов. / Н. В. Сермеева // Мат-ли наук.-практ. конф. : зб. статей / М-во освіти і науки України, Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. – Одеса : ПДПУ ім. К. Д. Ушинського, 2005. – С. 64-65.
176. Сидоренко С. И. Опыт лечения ювенильного респираторного папилломатоза гортани в детском возрасте / С. И. Сидоренко // Вестник оториноларингологии. – № 6. – 2011. – С. 76-77.
177. Сийрде Э. К. О дыхании при фонации / Э. К. Сийрде // Развитие детского голоса / под ред. Шацкой В. Н. – М. : АПН РСФСР. – 1963. – С. 52-64.
178. Синева Е. П. Методологические принципы исследования в области коррекционной педагогики. / Е. П. Синева // Мат-лы междунауч.-

практ. конф. «Специальное образование : Пути развития за 20-лет независимости». – Алматы : «Центр САТР», 2012. – С. 25-41.

179. Синьов В. М. Корекційно-виховна спрямованість навчально-виховного процесу допоміжної школи / В. М. Синьов // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія : [навч. посіб.] / за ред. М. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський, 2004. – С. 125-129.
180. Синьов В. М. Методологічні принципи досліджень у галузі корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіка) / В. М. Синьов // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : [наук. метод. зб.]. – К., 2003. – Вип. 6. – С. 77-80.
181. Собо́тович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) : Учебное пособие для студентов. – М. : Классике стиль, 2003. – 160 с.
182. Солдатский Ю. Л. Структура охриплости в детском возрасте / Ю. Л. Солдатский, Т. А. Сорокина // Вестник оториноларингологии. – Медиа Сфера Москва, 2010. – № 2. – С. 28.
183. Солдатский Ю. Л. Хронические стенозы гортанной части глотки, гортани и шейного отдела трахеи у детей (этиология, клиника и методы устранения [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени окт. мед. наук : спец. 14.00.04 / Ю. Л. Солдатский. – М., 2002. – 22 с.
184. Степанова Ю. Е. Современная диагностика нарушений голоса у детей / Ю. С. Степанова // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – №3. – С. 47-49.
185. Степанова Ю. Е. Анатомо-физиологические особенности гортани у детей после хирургического лечения рубцовых стенозов [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / Ю. С. Степанова. – СПб., 1994. – 21 с.

186. Степанова Ю. Е. Состояние голосовой функции, внешнего и фонационного дыхания у детей с заболеваниями гортани / Ю. С. Степанова // Российская оториноларингология. – № 4. – 2008. – С. 170-173.
187. Степанова Ю. Е. Состояние дыхательной и голосовой функций у детей после хирургического лечения рубцовых стенозов гортани / Ю. Е. Степанова // IX съезд отоларингологов России : тез. докл. – Санкт-Петербург : Б. и., 1995. – Т. 2. – С. 262-268.
188. Степанова Ю. Е. Стандарты обследования детей с нарушениями голосовой функции / Ю. Е. Степанова, М. В. Дроздова, С. М. Мегрелишвили // Российская оториноларингология. Приложение. – 2007. – С. 203-208.
189. Степанова Ю. Е. Узелки голосовых складок / Ю. Е. Степанова // Российская оториноларингология. – 2008. – Приложение № 2. – С. 129-134.
190. Таптапова С. Л. Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани / С. Л. Таптапова. – М. : Медицина, 1985. – 91 с.
191. Таптапова С. Л. Опыт восстановления голоса при заболеваниях гортани различного генеза / С. Л. Таптапова, Т. А. Сергеева, С. В. Рябова. – М., 2003. – 19 с.
192. Таптапова С. Л. Коррекционно-педагогическая работа при нарушениях голоса / С. Л. Таптапова. – М. : Просвещение, 1984. – 112 с.
193. Тарасов Д. И. Бронхолегочные изменения при хронических стенозах гортани у детей / Д. И. Тарасов, Н. Л. Слободкина // Орловский областной отдел здравоохранения. Совет научно-медицинских обществ врачей. Наука и практика в здравоохранении Орловской области. – Орел, 1968. – 551с.
194. Тарасун В. В. Логодидактика : навч. посіб. / В. В. Тарасун . – К. : Видавничий Дім «Слово», 2011. – 392 с.

195. Тихеева Е. И. Развитие речи детей / Е. И. Тихеева – М. : Просвещение, 1981. – 159 с.
196. Ткачева В. В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. – М. : Изд-во Московского психолого-социального института, 2006. – 315 с.
197. Уваров В. К. Методика определения качества голоса детей путем спектрального анализа гласных / В. К. Уваров // Расстройство речи, клинические проявления и методы коррекции : сб. науч. тр. – СПбНИИ уха, горла, носа и речи. – СПб, 1994. – С. 115-119.
198. Уланов С. Е. Нарушение голоса у детей и подростков (особенности клиники, терапии и профилактики) [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / С. Е. Уланов. – М., 1988. – 20 с.
199. Усанова О. Н. Психологические основы взаимодействия субъектов практической помощи детям с проблемами в развитии : дис. на соиск. учен. степени. докт. псих. наук : спец. 19.00.07 / О. Н. Усанова. – М., 1996. – 311 с.
200. Федоренко С. В. Казкотерапія як засіб розвитку зв'язного мовлення дошкільників зі зниженим зором / С. В. Федоренко // Актуальные проблемы коррекционной педагогики и психологии : сб. науч. трудов / под общ. ред. В. Н. Синева, Л. А. Дружининой. – Челябинск, 2015. – С. 240-245.
201. Федорова О. Ю. Комплексный подход к устранению дисфоний у детей с узелками голосовых складок : дис. на соиск. учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.03. / О. Ю. Федорова. – М., 2007. – 163 с.
202. Федорова О. Ю. Логопедическая работа с детьми с узелками голосовых складок / О. Ю. Федорова // Мат-лы Всерос. симпозиума. – Ст-Петербург, 2006. – С. 280-283.

203. Фомичев М. И. Лечение афоний и дисфоний по методу вибраторно-фонической ортопедии / М. И. Фомичев, М. П. Блескина // Тр. Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи. – 1994. – Т. 7. – С. 95.
204. Фомічова Л. І. Розвиток слухового сприймання: 2 клас : підруч. для спец. загальноосвіт. навч. закл. для глухих та дітей зі зниженим слухом / Л. І. Фомічова, В. Л. Котова, О. В. Комісаров. – К. : Либідь, 2014. – 224 с. : іл.
205. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу / Л. І. Фомічова // Актуальні питання сурдопедагогіки : зб. наук. пр. / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ : НПУ, 2003. – С. 196-207.
206. Фониатрия и фонопедия [Текст] : [монография] / Л. Б. Дмитриев и [др.]. – М. : Медицина, 1990. – 272 с. : с ил.
207. Фонопедическая работа по коррекции и предупреждению нарушений голоса у детей / О. С. Орлова, П. А. Эстрова, О. Ю. Федорова, Э. И. Ефремова // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 5. – С. 192.
208. Хватцев М. Е. Логопедия. Работа с дошкольниками : пособ. для логопедов, студ. пед. вузов и родителей / М. Е. Хватцев. – Спб. : КАРО. – 2004. – 272 с. : ил.
209. Хризман Т. П. Эмоции, речь и активность мозга ребенка /Т. П. Хризман, В. Д. Ерофеева, Т. Д. Лоскутова. – М. : Педагогика, 1991. – 231 с.
210. Хухлаева О. В. Лесенка радости / О. В. Хухлаева – М. : Изд-во "Совершенство", 1998. – 80 с.
211. Цветков Э. А. Защитные механизмы у детей с рубцовыми стенозами гортани и трахеи / Э.А.Цветков // 8-й з'їзд оториноларингологів України : тези допов. – К. : Б. в., 1995. – С. 147-148.
212. Цветков Э. А. Показатели иммунологической реактивности у детей с хроническими стенозами гортани / Э. А. Цветков, Л. М. Ищенко,

- И. В. Савенко // Вестник оториноларингологии. – 1990. – № 6. – С. 33-36.
213. Цветков Э. А. Пороки развития гортани и трахеи у детей / Э. А. Цветков – СПб. : Изд-во «Сотис», изд-во «Лань», 1999. – 128 с.
214. Цветков Э. А. Первый опыт эндоскопического лечения задней расщелины гортани с применением контактного диодного лазера / Э. А. Цветков, П. В. Павлов, Т. С. Есин // Российская оториноларингология. – 2007. – № 6. – С. 162-164.
215. Черняева С. А. Психотерапевтические сказки и игры / С. А. Черняева. – СПб. : Речь, 2007. – 164 с.
216. Чиркина Г. В. Преодоление носового оттенка речи у детей с ринолалией / Г. В. Чиркина // Дошкольное воспитание. – 1983. – № 3 – С. 53-57.
217. Чиркина Г. В. Нарушение речи при ринолалии и пути их коррекции [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени. д-ра пед. наук : спец. 13.00.03 / Г. В. Чиркина ; Научно-исследовательский ин-т дефектологии АПН СССР. – М., 1987. – 20 с.
218. Читякова В. Р. К вопросу о восстановлении просвета гортани при длительном канюленошении в детском возрасте / В. Р. Читякова // Труды III всерос. съезда оториноларингологов. – Москва, 1974. – С. 205.
219. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография / И. К. Шац. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
220. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : [монографія] / Андрій Гаррійович Шевцов. – К. : МП Леся, 2009. – 484 с.
221. Шевчук Ю. В. Постінтубаційні стенози гортані та початкових відділів трахеї у дітей / Ю. В. Шевчук, К. П. Борисевич // Ж-л вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – Київ. "Просвіта". –С. 304.
222. Шеремет М. К. Сучасні аспекти реабілітації голосової функції у хворих на рак гортані після різних типів хордектомії / М. К. Шеремет, О. Ю. Ромась // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія

19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 276-279.
223. Шеремет М. К. Взаємодія і взаємозв'язок аналізаторних систем / М. К. Шеремет // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох частинах, ч. 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2013. – С. 384-389.
224. Шидловська Т. А. Актуальні питання фоніатрії : навч. посіб. для інтернів та лікарів-курсантів мед. вищих навч. закладів післядипломної освіти / Т. А. Шидловська, А. Л. Косаковський – К. : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2007. – 232 с.
225. Шидловська Т. А. Функціональні порушення голосу / Т. А. Шидловська. – К. : Логос 2011. – 523 с. : іл.
226. Шиленкова В. В. Нарушение речи и голоса у детей, подростков и взрослых / В. В. Шиленкова, И. Б. Карелина. – Ярославль, 2005. – С. 117-131.
227. Шимкус Г. П. Реабилитация голоса у больных после ларингэктомии / Г. П. Шимкус. – Л. : Медицина, 1984. – 244 с.
228. Шустер А. М. Этиология и патогенез рубцовых стенозов гортани и трахеи у детей / А. М. Шустер // Вестник оториноларингологии. – 1988. – № 5. – С. 83-89.
229. Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика Стрельниковой / М. Н. Щетинин. – М. : Физкультура и спорт, 1999. – 157 с.
230. Экслайн В. Игровая терапия: описание психотерапевтической техники / В. Экслайн; пер. с англ. Ю. Овчинникова [и др.]. – М. : Апрель-Пресс : Эксмо-Пресс, 2000. – 480 с.
231. Экспериментальная психология: практикум : учеб. пособ. для вузов / Т. Г. Богданова, Ю. Б. Гиппенрейтер, Е. Л. Григоренко и др. ; под

- ред.С. Д. Смирнова, Т. В. Корниловой. – М. : Аспект Пресс, 2002. – 383 с.
232. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д. Б. Эльконин. – М. : Институт практической психологии, 1995. – 416 с.
233. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6-20.
234. Эльконин Д. Б. Психология развития : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. завед. / Д. Б. Эльконин. – М. : Изд. центр «Академия», 2001. – 144 с.
235. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 196 с.
236. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / за ред. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом «Бахрах-М», 2008. – 624 с.
237. Янович Л. Е. Использование ультразвука при исследовании гортани в детском возрасте / Л. Е. Янович, А. Л. Косаковский // Тез. докл. 1-й гор. науч.-практ. конф. «Изобретательство и рационализация на современном этапе развития здравоохранения». – К. : Б. и., 1988. – Ч. 2. – С. 115.
238. Янушко Е. А. Развитие речевого дыхания / Е. А. Янушко // Практическая психология. – № 3 (38). – 2009. – С. 39-51.
239. Arabey A. A. Neurological and psychoneurological aspects of endoscopic examination at voice disorders in pediatrics / A. A. Arabey // XXVIIth Congress of the Union of the European Phoniaticians PHONIATRICES – AN INTERDISCIPLINARY SPECIALTY Moscow, Russia October 2-5, 2014. – 2014. – P. 13.
240. Arosen A. E. Clinical voice disoders / A. E. Arosen. – 3rd edition : Thieme New York, 1990. – 396 p.

241. Atlas of human anatomy / by Frank H. – Netter : Copyright 1989, Ciba-Geigy Corporation. – P. 514.
242. Blalock D. Speech Rehabilitation after treatment of laryngeal carcinoma / D. Blalock // Otolaryngol. Clin. North. Am. – 1997. – Vol. 30, № 2. – P. 179-188.
243. Campbell T. F. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children / T. F. Campbell, C. A. Dollaghan, G. Rockette et al. // Child Development. – 2003. – № 74. – P. 346-357.
244. Campisi P. Canadian Juvenile Onset Recurrent Respiratory Papillomatosis Working Group. The epidemiology of juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis derived from a population level national database / P. Campisi, M. Hawkes, K. Simpson // APMIS. – 2010. – № 120 (6). – P. 4.
245. Carding P. N. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study / P. N. Carding, S. Roulstone, K. Northstone // J. Voice. – 2006. – № 20. – P. 623.
246. Duff M. C. Prevalence of voice disorders in African, American and European American preschoolers / M. C. Duff, A. Proctor, E. Yairi // J. Voice. – 2004. – № 18. – P. 348.
247. Folkins J. W. Speech production / J. W. Folkins, D. P. Kuehn // Speech, Language and Hearing. – Vol. 1 Normal processes. – Philadelphia : WB Saunders, 1982. – P. 246-285.
248. Friedrich G. Screening for psychogenic factors in functional dysphonia / G. Friedrich, T. Fitzek, W. Freidl, J. Egger // HNO. – 1993. – Vol. 41, № 12. – P. 564-570.
249. House A. The psychiatric and social characteristic of patients with functional dysphonia. // A. House, H. B. Andrews // J. Psychosom. Res. – 1987. – Vol. 31, № 4. – P. 181-196.
250. Kittel G. Dysphonia in childhood / G. Kittel // Laryng. Rhinol. Otol. – 1984. – Vol. 63. – № 4. – P. 208-211.

251. Kossakovskyy A. L. Treatment of chronic laryngeal wound stenosis in children using absorbent material «Dnepr» - MN. / A. L. Kossakovskyy // XY World Congress of Otorhinolaryngology Head and neck Surgery (Istanbul–Turkiye, 20-25 June 1993) : Abstract book, Istanbul, 1993. – P. 178.
252. Kossakovskyy A. Treatment of chronic cicatricial laryngeal and tracheal stenosis in children / A. Kossakovskyy // XLI Zjazd Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologow Chirurgow Glow y Szyi (Lublin, 17 – 20.06.2004). – S. 309.
253. Larson D. A. Epidemiology of recurrent respiratory papillomatosis / D. A. Larson, C. S. Derkay // APMIS. – 2010. – № 118 (6-7). – P. 4.
254. Nelson H. D. Screening for speech and language delay in preschool children : Systematic evidence review for the US Preventative Services Task Force / H. D. Nelson, P. Nygren, M. Walker et al. // Pediatrics. – 2006. – № 117. – P. 298-319.
255. Reilly J. S. The «singing – acting» child : the laryngologist perspective – 1995. / J. S. Reilly // J. Voice. – 1997. – Vol. 11, №2. – P. 126-129.
256. Silverman E. M. Incidence of chronic hoarseness among school – age children. / E.-M. Silverman // J. Speech Hear Dis. – 1975. – № 40 (2). – P. 211 – 215.
257. Vorobeva I. S. To the subject of treatment of pediatric organic dysphonias / I. S. Vorobeva, M. M. Sergeev // XXVIIth Congress of the Union of the European Phoniaticians PHONIATRICES – AN INTERDISCIPLINARY SPECIALTY Moscow, Russia October 2-5, 2014. – 2014. – P. 73.
258. Yanov Y. Etiology, Pathogenesis and clinical examination of voice disorders in children / Y. Yanov, J. Stepanova // XXVIIth Congress of the Union of the European Phoniaticians PHONIATRICES – AN INTERDISCIPLINARY SPECIALTY Moscow, Russia October 2-5, 2014. – 2014. – P. 78.

Протокол комплексного обстеження пацієнта з порушенням голосу

1. Загальні відомості:

- а) Прізвище, ім'я, по – батькові.
- б) Стать.
- в) Дата народження.
- г) Місце проживання.
- д) Місце навчання дитини.
- е) Попередній діагноз.

2. Скарги хворого та анамнестичні дані:

- а) Скарги хворого
- б) Анамнез захворювання.
- г) Анамнез життя.

3. Загальний ЛОР-огляд:

а) Риноскопія (риніти, риносинусити, поліпозний етмоїдит, аденоїдні вегетації, інше), орофарингоскопія (гіпертрофія піднебінних мигдаликів, хронічний тонзиліт, інше), отоскопія (гострі чи хронічні захворювання вуха (вказати), слух збережений, порушений)

б) Фоніатричне обстеження

- Трахеостома (наявна, відсутня)
- Наявність дихальної недостатності (ДН 1ст, ДН2ст, ДН3ст, ДН4ст);
- Захриплість (відсутня, легка, помірна, виражена);
- Непряма ларингоскопія (колір (блідо-рожевий, гіперемійований, інше), наявність чи відсутність (папілом, фібром, кіст, гемангіом, інше)).

4. Клініко-інструментальні методи дослідження ЛОР-органів.

5. Консультації інших спеціалістів.

6. Логофоноведичне обстеження.

- а) Особливості будови артикуляційного апарату:

- Губи (відповідають нормі, розщелина (однобічна, двобічна), інше);
- Щелепи (відповідають нормі, прогнатія, прогенія, інше)
- Зуби (відповідають нормі, розташовані за межами щелепної дуги, рідкі, деформовані, інше);
- Язик (відповідає нормі, макрогლოსія, мікрогლოსія, інше);
- Тверде піднебіння (відповідає нормі, готичне, пластке, розщелина, інше);
- М'яке піднебіння (відповідає нормі, коротке, розщелина, інше).

б) Особливості рухливості артикуляційного апарату:

- рухливість м'якого піднебіння (рухоме, нерухоме)
- рухливість губ (об'єм рухів (повний, неповний), тонус м'язів (відповідає нормі, гіпотонус, гіпертонус), точність рухів (точні, неточні), супутні рухи (вказати), темп рухів (відповідає нормі, повільний, швидкий), утримання в одній позиції більше(менше) 3 сек).
- рухливість і положення язика (об'єм рухів (повний, неповний), тонус м'язів (відповідає нормі, гіпотонус, гіпертонус), точність рухів (точні, неточні), супутні рухи (вказати), темп рухів (відповідає нормі, повільний, швидкий), утримання в одній позиції більше(менше) 3 сек).
- рухливість нижньої щелепи (об'єм рухів (повний, неповний), тонус м'язів (відповідає нормі, гіпотонус, гіпертонус), точність рухів (точні, неточні), супутні рухи (вказати), темп рухів (відповідає нормі, повільний, швидкий), утримання в одній позиції більше(менше) 3 сек).
- рухливість лицевої мускулатури; об'єм рухів (повний, неповний), тонус м'язів (відповідає нормі, гіпотонус, гіпертонус), точність рухів (точні, неточні), супутні рухи (вказати), темп рухів (відповідає нормі, повільний, швидкий), утримання в одній позиції більше (менше) 3 сек).

в) Особливості загальної моторики:

- координація рухів;
- відчуття рівноваги (наявне, відсутнє);
- навички самообслуговування (наявні, відсутні).

г) Стан дихальної функції:

- дані пневмограм у дітей-канюлярів (достатній просвіт гортані, не достатній просвіт гортані);
- тип дихання (грудний, черевний, грудно-черевний);
- глибина дихання (поверхнєве, глибоке);
- фонаційне дихання (тривалість фонаційного видиху: 6 -7сек, 4-5 сек, 2-3 сек, відсутній);
- мовленнєве дихання (кількість слів, які може промовити дитина за один видих: шість, чотири, два, одне, відсутній);

д) Фонематичний слух (сформований, несформований)

е) Перцептивна оцінка голосу:

- сила голосу (високий рівень, середній рівень, достатній рівень, низький рівень)
- висота голосу (високий рівень, середній рівень, достатній рівень, низький рівень)
- тембр(високий рівень, середній рівень, достатній рівень, низький рівень)
- мелодико-інтонаційна сторона мовлення(високий рівень, середній рівень, достатній рівень, низький рівень)

7. Результати психологічного обстеження.

8. Заключний діагноз (медичний, логофонеopedичний, психологічний).

Додаток Б

Типи пневмограм, які можуть зустрічатись у дітей-канюлярів

Пневмограми характеризують прохідність повітря через гортань і трахею вище трахеостоми. Види пневмограм представлені на рис. 1, 2, 3.

Умовні позначення: Р – крива реєстрації проходження повітря через ротову порожнину; Т – через трахеостому; С – пневмограма при спокійному диханні; Ф – при форсованому

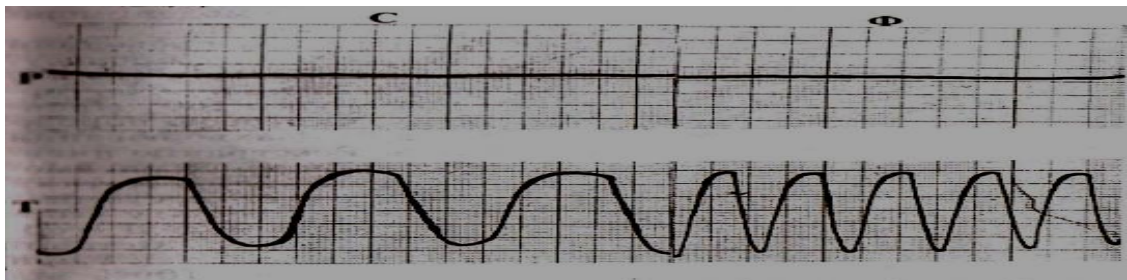


Рис 1. Пневмограма пацієнта з рубцевою атрезією гортані, трахеостоמוю

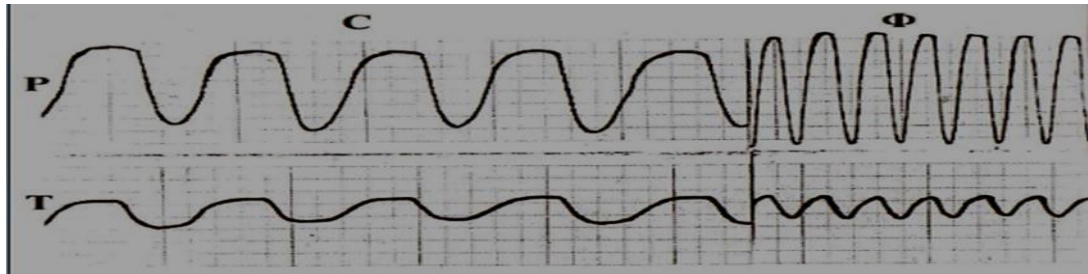


Рис 2. Пневмограма пацієнта після хірургічного лікування

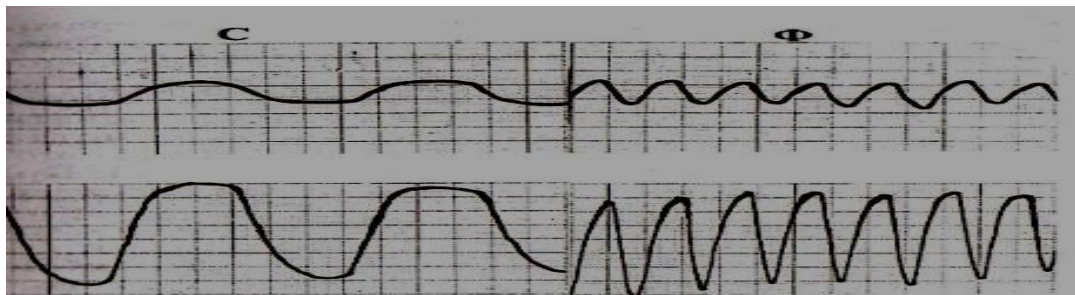


Рис 3. Пневмограма пацієнта з ХРСГ, трахеостома

Статистичне дослідження результатів за кутовим перетворенням Фішера

Емпіричне значення φ^* обчислюється по формулі:

$$\varphi^* = (\varphi_1 - \varphi_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}, \quad (1)$$

де φ_1 – кут, що відповідає більшій процентній частині;

φ_2 – кут, що відповідає меншій процентній частині;

n_1 – кількість досліджуваних в експериментальній групі;

n_2 – кількість досліджуваних в контрольній групі.

Спочатку здійснимо статистичну оцінку експериментальної та контрольної групи за станами і рівнями сформованості характеристик голосу дітей, що розглянуті у роботі, на початку нашого дослідження.

Розглянемо числові характеристики ЕГ і КГ по середньому рівню сформованості висоти голосу до застосування методики комплексного супроводу.

Статистичні дані зводимо у таблицю

| | Експериментальна група 64 дитини | | Контрольна група 62 дитини | |
|----------|-------------------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Рівні | | | | |
| Середній | 4 | 2,6 | 2 | 3,2 |

Використовуючи таблиці «Величини кута φ (в радіанах) для різних процентних частин», визначаємо кут φ для ЕК та КГ відповідно:

$$\varphi_1(6,2\%)=0,503; \quad \varphi_2(3,2\%)=0,36.$$

Підставивши відповідні значення у формулу (1) маємо:

$$\varphi^* = (0,503 - 0,36) \sqrt{\frac{64 \cdot 62}{64 + 62}} = 0,803.$$

Використавши таблиці рівнів значимості критерію кутового перетворення Фішера, ми бачимо, що $\varphi^* = 0,803 < \varphi_{крит}$ для 5% рівня значимості (для $q=5\%$ $\varphi_{крит} = 1,64$). Отже, показники в ЕГ і КГ по середньому рівню сформованості висоти голосу на початку нашого дослідження статистично не відрізняються.

Аналогічно для низького рівня маємо:

$$\varphi_1(96,8\%) = 2,782; \quad \varphi_2(93,8\%) = 2,638.$$

$$\varphi^* = (2,782 - 2,638) \sqrt{\frac{64 \cdot 62}{64 + 62}} = 0,808.$$

$0,808 < 1,64$. Отже, різниця результатів у групах статистично не значима.

На основі проведених обчислень ми можемо стверджувати, що ЕГ і КГ на початку нашого дослідження по рівнях сформованості висоти голосу у дітей не відрізняються.

Використовуючи вище описаний алгоритм обчислення критерію Фішера, отримаємо емпіричні значення φ^* для кожної з розглянутих нами характеристик голосу по рівнях їх сформованості.

Для рівнів сформованості сили голосу:

середній рівень: $\varphi^* = 0,695$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 0,718$ (різниця статистично не значима).

Для рівнів сформованості тембру голосу:

достатній рівень: $\varphi^* = 0,376$ (різниця статистично не значима);

середній рівень: $\varphi^* = 0,308$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 0,061$ (різниця статистично не значима).

Для показників сформованості мелодико – інтонаційної сторони:

середній рівень: $\varphi^* = 0,432$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 0,432$ (різниця статистично не значима).

Для рівнів розвитку фонаційного дихання:

достатній рівень: $\varphi^* = 0,033$ (різниця статистично не значима);

середній рівень: $\varphi^* = 0,028$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 0,039$ (різниця статистично не значима).

Для показників сформованості мовленнєвого дихання:

достатній рівень: $\varphi^* = 0,033$ (різниця статистично не значима);

середній рівень: $\varphi^* = 0,033$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 0,044$ (різниця статистично не значима).

Отримані результати дають нам можливість стверджувати, що ЕГ і КГ на початку дослідження були по всім характеристикам голосу дітей рівноцінними.

Для з'ясування наявності суттєвої різниці результатів ЕГ і КГ після застосування методики комплексного супроводу, тобто наслідку дії системи дослідження, а не впливу випадкових чинників, використаємо той же критерій φ^* Фішера. Провівши аналогічні розрахунки ми отримали такі результати.

Для рівнів сформованості висоти голосу:

високий рівень: $\varphi^* = 0,561$ (різниця статистично не значима);

достатній рівень: $\varphi^* = 6,133$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 0,881$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 4,5$ (різниця статистично значима для 1% рівня значимості).

Отже, ми можемо з імовірністю в 0,99 стверджувати, що по завершенню нашого дослідження маємо статистично кращі результати в експериментальній групі в порівнянні з контрольною групою.

Для рівнів сформованості сили голосу:

високий рівень $\varphi^* = 0$ (різниця статистично не значима);

достатній рівень $\varphi^* = 5,612$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 0,336$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 5,393$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості).

Для рівнів сформованості тембру голосу:

високий рівень $\varphi^* = 1,924$ (різниця статистично значима для 5 % рівня значимості);

достатній рівень $\varphi^* = 2,373$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 0,325$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 3,855$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості).

Для показників сформованості мелодико-інтонаційної сторони:

високий рівень $\varphi^* = 0,364$ (різниця статистично не значима);

достатній рівень $\varphi^* = 3,159$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 0,319$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 3,574$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості).

Для рівнів розвитку фонаційного дихання:

високий рівень $\varphi^* = 0,6$ (різниця статистично не значима);

достатній рівень $\varphi^* = 3,299$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 0,712$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 4,124$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості).

Для показників сформованості мовленнєвого дихання:

високий рівень $\varphi^* = 0,028$ (різниця статистично не значима);

достатній рівень $\varphi^* = 4,237$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості);

середній рівень: $\varphi^* = 1,307$ (різниця статистично не значима);

низький рівень: $\varphi^* = 3,799$ (різниця статистично значима для 1 % рівня значимості).