

психокорекційних впливів на їх пізнавальну та особистісну активність. Тому в процесі розвитку зв'язного мовлення дітей з церебральним паралічем педагогам слід привертати увагу до обговорення варіативності наслідків подій та їх ймовірнісного характеру. Це складає основу для формування здатності до планування власної діяльності у цих дітей, сприяє розвитку можливості передбачати хід подій, власних дій та вчинків інших людей, будувати взаємодію на основі адекватного ймовірнісного прогнозу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Брушлинский А. В. Мышление и прогнозирование (логико-психологический анализ) / Брушлинский А. В. – М.: Мысль, 1979. – 230 с.
2. Ломов Б. Ф. Антиципация в структуре деятельности / Ломов Б. Ф., Сурков Е. Н. – М.: Наука, 1980. – 279 с.
3. Детский церебральный паралич: [хрестоматия / составители: Шипицына Л.М., Мамайчук И.И.] – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», – 2003. – 520 с.
4. Регуш Л. А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Регуш Л. А. – СПб.: Речь, 2003. – 351 с.
5. Прогноз в речевой деятельности / [Фрумкина Р. М., Василевич А. П., Андрукович П.Ф., Герганов С. М.] – М.: Наука, 1974. – 239 с.

УДК 376.36 : 611.22

ОРГАНІЧНІ ДИСФОНІЇ: ЕТІОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ромась О.Ю.

Ріст навантаження на нервову систему людини (стан хронічного стресу), несприятливі екологічні умови та інтенсивність голосового навантаження веде до збільшення органічних захворювань голосового апарату. Спеціальна комплексна допомога при цих захворюваннях, яка полягає у співпраці логопеда, психотерапевта та отоларинголога надає можливість відновити фонаторну функцію та повернути людей до трудового і суспільного життя.

Рост нагрузки на нервную систему человека (состояние хронического стресса), неблагоприятные экологические условия и интенсивность голосовой нагрузки ведет к увеличению органических заболеваний голосового аппарата. Специальная комплексная помощь при этих заболеваниях, которая заключается в сотрудничестве логопеда и отоларинголога, помогает восстановить фонаторную функцию и вернуть людей к трудовой и общественной жизни.

Increased load on the nervous system (the state of chronic stress), adverse environmental conditions and intensity of voice stress leads to an increase in organic diseases of the vocal tract. Special assistance in these complex diseases, which is in collaboration speech therapist, psychotherapist and otolaryngologist provides an opportunity to restore phonatory function and return people to work and social life.

Ключові слова: голос, голосові порушення, фонопедична робота, парез/параліч гортані, вузлики голосових складок

Ключевые слова: голос, голосовые нарушения, фонопедическая работа, парез / паралич гортани, узелки голосовых складок

Key words: voice, voice disorders, fonopedychna work, paresis / paralysis of the larynx, vocal nodules

Мовлення займає важливе місце у житті людини, забезпечує існування її у соціумі та складається із багатьох структурних компонентів, одним із яких є голос. Голос є одним з інтегральних показників здоров'я людини, стан якого обумовлений діяльністю різних систем організму (нервової, ендокринної, респіраторної, слухового аналізатора і т.п.). Тривалий розлад голосової функції веде до утруднення міжособистісних стосунків, позначається на нервово-психічному стані, призводить до порушень процесу соціальної адаптації особистості. Якість життя напряму пов'язана з голосоутворенням. Тому своєчасна реабілітація пацієнтів з органічними дисфоніями є актуальним завданням, як оториноларингології так і логопедії.

На сьогоднішній день виявляється тенденція до збільшення кількості хворих з органічними порушеннями голосу, що обумовлене зростанням рівня хронічного стресу, частими захворюваннями, несприятливими екологічними умовами та інтенсивністю голосового навантаження індивідуумів (Т.А. Шидловська, О.С. Орлова та ін.).

Згідно сучасної класифікації голосових порушень до органічних пошкоджень відносяться:

- гострі та хронічні запалення гортані(ларингіти, хордити);
- паралічі гортані периферичного та центрального ґенезу;
- травматичні ушкодження гортані;

- доброякісні та злоякісні новоутворення гортані (нодозні вузлики, поліпи, ангиоми, м'які та тверді папіломи, фіброми, інтубаційні гранульоми, рак, саркома).

Серед причин, що призводять до органічних порушень голосу виділяють наступні: посттравматичні (огнестрільні поранення, операції на щитоподібній залозі); вроджені захворювання серця і судин (пороки серця), запальні захворювання серця (перикардит), аневризма аорти дуги або підключичної артерії; захворювання легенів (туберкульоз, особливо ураження верхівкових сегментів), адгезивний плеврит; захворювання середостіння (медіастиніту, лімфаденопатії); злоякісні пухлини (рак стравоходу, бронхіоперациї на легенях, середостінні); після перенесених інфекційних захворювань (грип, дифтерія, менінгоенцефаліт, ларинготрахеїт, тиф, туберкульоз); невстановленої етіології.

Ларингіт – захворювання, яке характеризується запаленням внутрішньої поверхні слизової оболонки гортані (Ю.С.Василенко, 2002). Ларингіт поділяється на гострий – на протязі 7-10 днів (до 1міс) та хронічний – більше 1 міс. Основною ознакою гострого ларингіту є кашель та відчуття подразнення в гортані, захриплість, а іноді втрата голосу, яка може продовжуватись від декількох днів до 2-3 тижнів.

Хронічний ларингіт має три форми – катаральну, атрофічну, гіпертрофічну (Б.С.Преображенський, 1955; Wendler, 1997).



Рис. Гострий ларингіт

Хронічний катаральний ларингіт – це захворювання часто зустрічається у осіб голосомовних професій. Серед чинників, що призводить до виникнення цієї патології є використання голосу у несприятливих кліматичних умовах, паління, вживання алкоголю. При хронічних ларингітах відбуваються зміни слизової оболонки гортані, що в подальшому призводять до уражень нервово-м'язового апарату гортані. Проявляється частковим змиканням голосових складок та веде до стійкого дефекту голосу. Голос стає тихим, слабким, затухаючим, глухим, хриплим, з'являється сильна втома втону голосу.

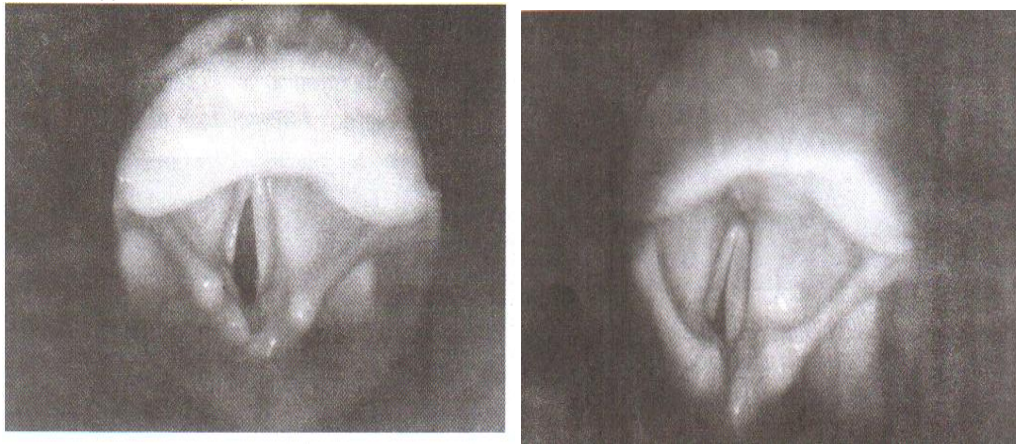
Рухові розлади у м'язовій системі гортані зустрічаються у формі різкого підвищення її функції чи навпаки послаблення та повного пригнічення. Підвищення рефлекторної збудженості нервово-м'язового апарату гортані зустрічається при таких хворобах як спазмофілія, рахіт, коклюш, істерія, епілепсія. Проявляються у вигляді нападів судомного змикання голосової щілини, яке може повторюватися багато разів.

Парез та параліч - це основні види моторних порушень. За визначенням Б.С.Крилова (1981), парез – це порушення функції, яке з плином часу і під дією лікування повністю ліквідуються, параліч – стійке порушення, яке поступово посилюється і залишається необоротним. Вони відносяться до нейромускулярних захворювань та можуть виникати, як в результаті органічних уражень рухових нервів, що іннервують внутрішні м'язи гортані, так і носити функціональний характер при різних нервово-психічних розладах. Парези /паралічи гортані поділяються на міопатичні чи нейрогенні

Міопатичні парези /паралічі виникають в наслідок запальних змін у внутрішніх м'язах гортані. Такі зміни відбуваються при гострих та хронічних ларингітах, особливо вірусної патології, інфекційних хворобах (дифтерія, грип, тиф, туберкульоз), великому голосовому навантаженні, при міостенії. Скарги хворих з парезами зводяться до порушення голосоутворення. Вони виявляються в слабкості голосу, зміні його тембру, зникненні звуків у верхній частині діапазону голосу, підвищеній стомлюваності, охриплості. Голос хрипкий, глухий, затухаючий, здавлений, переривчастий. При спробі форсувати голос виникає феномен «продування» гортані, що полягає в зайвому витрачання запасу повітря під час фонації. При розмові хворі змушені частіше, ніж зазвичай, переривати свою промову для нового вдиху.

Нейрогенні паралічі гортані поділяються на центральні та периферичні. Центральні паралічі виникають внаслідок ураження структур головного мозку (кори, моста, довгастого мозку), периферичні – внаслідок

інфекційних уражень травматичних ушкоджень, пухлини шиї, тощо. У свою чергу, центральні поділяються на органічні та функціональні. Ступінь порушення голосової функції залежить від положення паралізованої половини гортані (медіальне, парамедіальне, латеральне) та активності протилежної половини гортані. Парези поділяються на однібічні та двобічні.



А Б

Рис . Парез лівої голосової складки: А- під час фонації; Б - під час фонації після корекційних занять.

Вузлики голосових складок (вузлики співаків, співочі вузлики голосових складок). Збірний термін «вузлики співаків» застосовують для позначення поліпозних утворень голосових складок у осіб голосомовленнєвих професій. Вони частіше виникають у ділянці передній і середній третин голосових складок, мають вид маленької бульбашки. Як правило, вузлики бувають парними величина їх різна: від шпилькової голівки до просяного зерна.

Ю.С.Василенко, вузлики голосових складок поділяє на «м'які» та «тверді». «М'які» вузлики є напівпрозорі набрякові потовщення слизової оболонки. «Тверді» вузлики - це тверді утворення, що у внутрішньому шарі тканини, мають білуваті вкраплення.

Основною скаргою при виникненні вузликів голосових складок є порушення голосоутворення, а саме: захриплість голосу, швидка втома голосу, відчуття слизу на складках, стороннього тіла, яке заважає фонації і викликає постійну потребу у відкашлюванні.

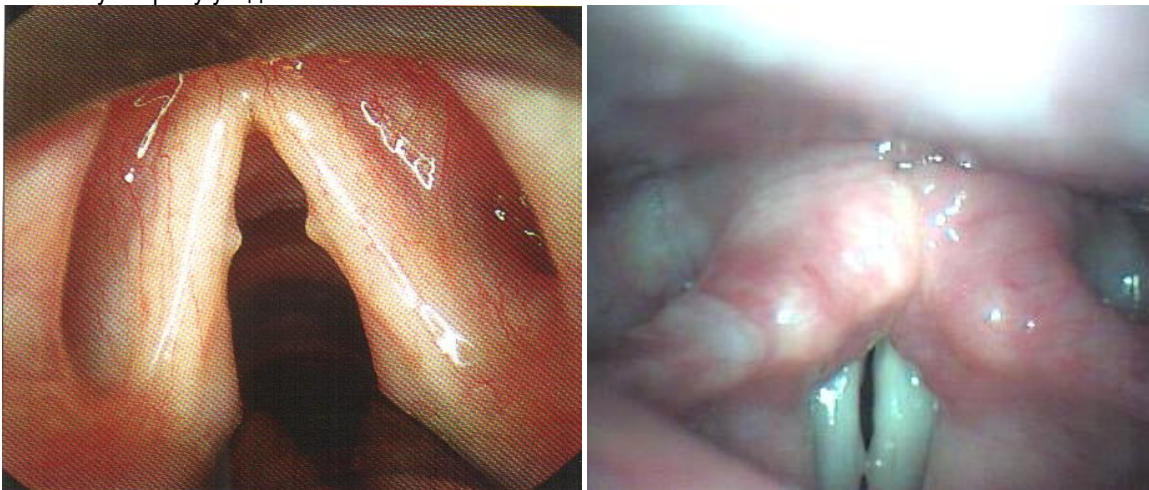


Рис. Вузлики голосових складок

Поліпи голосових складок – доброякісне ураження голосового апарату, яке має круглу форму напівпрозорий вигляд, гладку поверхню, м'яку консистенцію. Голосові складки при поліпах потовщені, гіперемовані. Розташування поліпу на вільному краю голосової складки, спричиняє їх неповне змикання під час фонації. Голос хриплий, сиплий, тихий, слабкий. Іноді може зустрічатись афонічний голос.

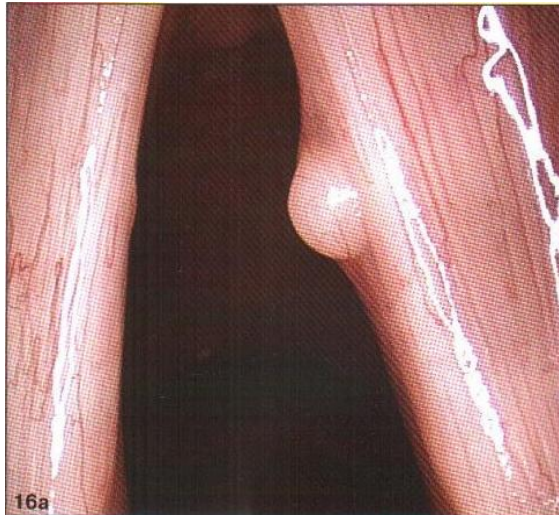


Рис. Поліп голосової складки



Рис. Поліп голосової складки

Серед органічних дисфоній провідне місце по тяжкості процесу та частоті виникнення займають злоякісні новоутворення гортані, які складають 5-7% від загальної онкозахворюваності та 60-70% від усіх новоутворень верхніх дихальних шляхів. (Р.А.Абизов). З року в рік як в Україні так і в усьому світі відмічається ріст злоякісних новоутворень, смертність від яких поступається тільки серцево-судинній патології. Успіхи останніх десятиліть по боротьбі з цим недугом дозволяють у 80% випадків зберегти життя хворого і відновити головну функцію соціального і особистого призначення – голосову.



Рис. Рак голосової складки

В зв'язку з впровадженням сучасних високоточних методів діагностичного дослідження все більше хворих на рак гортані оперуються на I та II стадіях цього захворювання, шляхом впровадження часткових резекцій гортані.

Принципи та методи хірургії раку змінюються за умов сьогодення. У теперішній час розроблені та

отримали широке використання велика кількість різновидів органозберігаючих та реконструктивних операцій на гортані, які мають важливі переваги з точки зору реабілітації голосу. (В.В.Толчинський, О.Л.Клочихин, В.В.Лонский, В.С.Алферов, D.Brasnu, T.Goldsworthy).

При оперативному втручанні з приводу раку гортані на I та II стадіях (T1-2N0M0) разом з пухлиною видаляється і голосова або обидві голосові складки (однобічна або двобічна хордектомія). Як наслідок – порушення голосової функції. Голос стає грубий, хрипкий, глухий, погано модульований, не дзвінкий, погано розбірливий. Ці голосові порушення подовжуються місяць і більше. Цей стан супроводжується погіршенням стану здоров'я - порушенням дихальної системи, дестабілізацією пацієнта в суспільному житті. Але звичайна гортань має значні компенсаторні можливості та великі резерви для відновлення функції голосоутворення. Використовуючи останні, можна отримати достатньо задовільний голос.



А Б

Рис. Стан після хордектомії :А - підчас дихання. Б - під час фонації.

Голосоутворення при однобічній хордектомії здійснюється вібрацією голосової зв'язки здорового боку при неповному змиканні з потовщеною вестибулярною зв'язкою на прооперованій ділянці гортані, а при двобічній хордектомії за рахунок вестибулярних складок.

При оперативному втручанні з приводу раку гортані на III та IV стадіях (T3-4N0M0), здійснюється операція ларингектомія. При ларингектомії видаляється гортань, трахею виводиться на передню частину шиї формується трахеально –глотковий аномостаз, що призводить до відокремлення нижніх дихальних шляхів від глотки, порожнини рота, носа, завдяки чому голосоутворення стає неможливим. Хворі після ларингектомії можуть спілкуватись шепітною мовою, яка носить своєрідний характер внаслідок бідності голосних звуків та низької інтенсивності звучання. Нечіткість вимови та своєрідність голосу обумовлені також тим, що утворення звуку відбувається за рахунок посиленої артикуляції м'язів ротової порожнини та глотки з використанням невеликого об'єму повітря, який знаходиться в ротовій порожнині.

В нашій роботі реабілітацію голосу ми пропонуємо розпочинати якомога раніше. Це попереджує фіксацію навички патологічного голосоведіння та появи невротичних реакцій, що значно поліпшує прогноз. Система реабілітації голосової функції в кожному конкретному випадку будувалась на основі етіопатогенетичного підходу, обліку індивідуальних особливостей хворого, етапності, використання комплексного медико- педагогічного підходу.

Фонопедична робота підпорядкована загально дидактичним принципам – будується послідовно та систематично, з поступовим ускладненням матеріалу, враховуючи вікові та індивідуальні особливості, є доступною для виконання хворими, з використанням слухового, зорового, тактильного кінестетичного аналізаторів та включенням біологічно – зворотного зв'язку.

В залежності від причин та механізмів порушення голосу при його відновленні висуваються такі вимоги:

1. Виявлення та включення компенсаторних можливостей організму.
2. Ліквідація патологічного способу голосоведіння.

Основними етапами роботи по відновленню голосу є:

1. Раціональна психотерапія.
2. Корекція фізіологічного дихання.
3. Постановка фонаційного дихання. Активізація нервово- м'язового апарату гортані.
4. Розвиток мовленнєвого слуху
5. Голосові вправи.
6. Функціональні тренування для розвитку сили, висоти, тембру голосу.

7. Закріплення отриманих навиків вірного голосоведіння.

8. Автоматизацію вірної фонації мовленнєвими вправами.

Курс розраховано на 2-3 тижня при умові 2-3 разових занять в неділю з фонопедом та щоденних тренуваннях дома. Заняття проводяться індивідуально чи у групі, яка складається з 2 пацієнтів близьких за віком та східною структурою дефекту. Під час всього курсу відновлення голосу рекомендується обмеження голосового навантаження, а також проведення домашніх тренувань розподіляючи навантаження дозовано, рівномірно на протязі дня.

Вибір базових звуків здійснюється індивідуально в залежності від клінічної картини та тональності звучання голосу.

Таким чином, при виникненні голосових розладів органічного ґенезу, основне місце повинне належати комплексній співпраці логопеда, психотерапевта та отоларинголога. Значний ріст осіб з органічними захворюваннями голосового апарату, на думку багатьох дослідників, пов'язаний із збільшенням навантаження на нервову систему, станом хронічного стресу, несприятливими екологічними умовами та інтенсивністю голосового навантаження людини. Звісно ця патологія значно утруднюють спілкування, знижують працездатність і створюють загрозу професійній придатності. Тому спеціалізована допомога при цих захворюваннях сприяє відновленню голосовій функції і поверненню людей до трудової діяльності та участі у суспільному житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія : лекції : навч. посіб. для лікарів-інтернів і курсантів вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації / Р. А. Абизов. – К. : Книга плюс, 2001. – 267 с.
2. Василенко Ю.С. Голос. Фонологические аспекты. – М.:Энергоиздат – 2002 –480с.
3. Сборник трудов первого международного междисциплинарного конгресса «Голос». – М.: ООО « Центр информационных технологий в природопользовании», 2007, - 252с.
4. Т.А.Шидловська, А.Л.Косаківський. Актуальні питання фоніатрії. – К.:НМАПО ім. П.Л.Шупика, 2007.– 232с.
5. Карпова О.Ю. Прогноз и критерии восстановления подвижности одной из голосовых складок при среднем их положении вследствие струмэктомии / О.Ю. Карпова // Вестн. оторинолар. – 2001. – № 3. – С. 46 – 49.
6. О.С. Орлова. Распространенность, причины и особенности нарушений голоса у педагогов / О.С. Орлова, Ю.С. Василенко, А.Ф. Захарова, Л.О. Самохвалова, П.А. Козлова// Вестн. оторинолар. – 2000. – № 5. – С. 18 – 21.

УДК: 616.89-008.434.5

ДИСЛЕКСИЯ В ДВАДЦАТЬ ПЕРВОМ ВЕКЕ: ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Русецкая М.Н.

Дислексия, как вариант речезыковых трудностей обучения младших школьников, традиционно входит в реестр актуальных логопедических исследований, имеющих несомненное теоретическое и практическое значение. В последние 10–15 лет во всем мире отмечается усиление исследовательского интереса к проблеме дислексии, связанное не только с ростом показателей распространенности этого нарушения и необходимостью уточнения его патогенеза. Осознание обществом значимости чтения в современном мире, оценка деструктивного влияния дислексии на личностное развитие человека и необходимость поиска путей полноценной интеграции детей с дислексией в культурно-образовательную среду обусловили выход проблем дислексии за рамки только специальной области логопедии и включение их в широкий контекст гуманитарных и естественнонаучных исследований (Т.В. Ахутина, М.М. Безруких, Р.И. Лалаева, А.Н. Корнев, U. Frith, T. Miles, G.Raid, L.Sigel, I.Smith, M.Snowling, R.Nickolson).

Сложившееся в отечественной логопедической науке понимание дислексии как особой формы речевой патологии осуществлено в рамках концепции общего недоразвития речи и рассматривается как отсроченное проявление устноречевого дефицита, среди компонентов которого особая роль принадлежит несформированности фонетико-фонематических процессов (Р.Е. Левина, 1947). В рамках психолого-педагогического подхода к анализу речевых нарушений Р.Е. Левиной и последователями ее научной школы на большом экспериментальном материале было доказано, что истоки дислексии кроются преимущественно в нарушениях устной речи; была показана роль отклонений в формировании различных речевых компонентов (звукопроизношения, слоговой структуры слова, фонематического восприятия, звукового анализа и синтеза, морфологических и лексико-грамматических обобщений) в этиопатогенезе нарушений письменной речи; предложены программы подготовки детей с нарушениями речи к обучению грамоте; разработана целостная дифференцированная методическая система преодоления нарушений письменной речи у учащихся в разных типах образовательных учреждений.

Клинико-педагогический подход обеспечил новый виток изучения проблемы дислексии на основе данных смежных наук, обосновал возможность включения в коррекционный процесс методов нейропсихологии,