

24 особи, з порушеннями мовлення – 28 осіб, ЗПР – 20 осіб та логопедів допоміжних шкіл – 180 осіб [2, с. 37].

Тож, можна підсумувати, що у 80-ті роки ХХ століття, Міністерство освіти України, незважаючи на перешкоди, доклало багато зусиль для підготовки дефектологічних, і зокрема, логопедичних кадрів.

Список використаних джерел

1. ЦДАВОВ України. – Ф.166. – Оп.15. – Спр.9042. – Арк.78-79.
2. ЦДАВОВ України. – Ф. 166. – Оп. 15. – Спр. 9079. – Арк. 166-167.
3. Ц ЦДАВОВ України. – Ф.166. – Оп.15. – Спр.9122. – Арк.25а-26.
4. ДАВОВ України. – Ф. 166. – Оп. 15. – Спр. 9044. – Арк. 73-76.
5. ЦДАВОВ України. – Ф.166. – Оп.15. – Спр.9158. – Арк.89-92.
6. ЦДАВОВ України. – Ф. 166. – Оп. 15. – Спр. 9164. – Арк.8.
7. ЦДАВОВ України. – Ф.166. – Оп.15. – Спр.9273. – Арк.53-58.
8. ЦДАВОВ України. – Ф. 166. – Оп. 15. – Спр. 9279. – Арк. 32.
9. ЦДАВОВ України. – Ф.166. – Оп.15. – Спр.9319. – Арк.29-30.

Course preparation logopedical personnel is considered In article for health guard institutions, for logopedical of the points of the general schools, as well as for auxiliary schools of the 80 years second half XX age.

Keywords: post education training, courses training, defectological personnel.

Отримано 23.2.2012

УДК 376.36:611.22

О. Ромась

ТИПИ ПОРУШЕНЬ ГОЛОСУ У ДІТЕЙ – СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

Стаття присвячена проблемі порушення голосу у дітей, розкриває сучасні класифікації, наведені основні ознаки функціональних та органічних дисфоній та якісні характеристики голосу при цих порушеннях.

Ключові слова: голос, фонація, функціональні дисфонії, органічні дисфонії, парез гортані.

Стаття посвячена проблемі порушення голосу у дітей, розкриває сучасні класифікації, наведені основні ознаки функціональних і органічних дисфоній і якісні характеристики голосу при цих порушеннях.

Ключевые слова: голос, фонація, функціональна дисфонія.

Голос є одним із компонентів мовлення, забезпечує чутність, виразність, емоційність, тому будь-які порушення в першу чергу впливають на процес комунікації та проявляються, як в інформаційно-комунікативних, так і в афективно-комунікативних здібностях дитини.

Порушення голосу серед дітей становлять, за різними даними, від 6% до 23% і з кожним роком зростають. Оскільки комунікаційні навички відіграють важливу роль у житті дитини тому, голосова функція є актуальною проблемою, як оториноларингології так і логопедії.

На сьогоднішній день всі розлади голосу в основному можна розділити на якісні порушення (дисфонія/ афонія), патологію резонансу (гіперназальність, гіпоназальність), порушення тембру і гучності [2; 3].

В своїх дослідженнях Д. Вільсон [2] до порушень тембру вносить наступні зміни голосу: голос низький, беззвучний, наближений до шепітного, з великим вибоєм повітря. Такий голос визначається ще як "глухий", а тембр Д. Вільсон називає предихальним. Таке звучання голосу обумовлене неповним змиканням голосової щілини, задній відділ якої залишається відкритим. Повітря проходить між голосовими зв'язками, в результаті чого з'являється шум.

Хрипкий голос, Д. Вільсон описує, як поєднання грубого голосу та придишання.

Голос здавлений, скрипучий, різкий, виникає в результаті сильного напруження м'язів. Ф. Ф. Рау відзначає, що такий голос часто зустрічається у пізньооглухлих які, перемикаючись на вібраційний контроль, прагнуть посилити одержувані при фонації відчуття, а також у дітей з залишковим слухом.

Ще одне поширене порушення голосу – це гугнявий голос причина його полягає в опущенні м'якого піднебіння та призводить до порушення резонансу.

До порушень сили голосу належать наступні ознаки: голос тихий, слабкий. Він характерний для маленьких дітей на початку навчання та частіше зустрічається у глухих дітей, які не вміють користуватися своїм голосом.

Крикливий голос притаманний в більшій мірі для слабчучих, зі значними залишками слуху. Крім того, гучність голосу залежить ще й

від індивідуальних психологічних особливостей дитини, її темпераменту.

До порушень нормальної висоти пов'язані такі особливості голосу, як занадто високий або занадто низький голос, невідповідний віку дитини. Д. Вільсон, відзначає поширеність цього порушення, причому, частіше зустрічається більш високий тон голосу. У маленьких дітей, за його даними, висота основного тону зазвичай знаходиться в межах норми.

Фальцетний голос – це високий голос, утворений без участі грудного резонатора. Голос підвищується або переходить на фальцет лише на деяких звуках. На думку багатьох дослідників [1,2,3] це порушення негативно впливає на розбірливість мовлення.

За даними Д. Вільсона [2] у дітей можуть зустрічатися наступні порушення резонансу:

- гіперназальність – при якій в якості резонатора надмірно використовується порожнина носа. Часто це виникає із-за піднебінно-глоткової недостатності. Особливо страждає якість голосних звуків;

- гіпоназальність, виникає при недостатньому використанні носового резонансу. Вона проявляється при вимові носових приголосних «м і н», які звучать, як «б і д»;

- глотковий резонанс виникає внаслідок локалізації звуку у глотці та задніх відділах порожнини рота;

- тупиковий резонанс з'являється в тих випадках, коли центр фокусу звуку знаходиться в порожнині носа (хоани і задня частина носових проходів вільна, а передні відділи непрохідні).

В даний час, згідно з рішенням Союзу Європейських фоніатрів, термін «дисфонія» об'єднує всі види порушень голосу, які характеризуються відхиленням від норми кількох параметрів. Зокрема, тембру, інтенсивності, діапазону, тональності, тривалості збереження тону, модуляції, особливості голосоутворення і голосоведення [1].

На думку О.Ю. Радциг[4, 6], класифікація повинна базуватись за медико-педагогічним принципом і всі порушення голосу потрібно згрупувати за акустичним принципом на зміни: резонансу (гіпо чи гіперназальність); висоти основного тону; сили голосу; тембру голосу (осиплість або захриплість), які в свою чергу, слід розділяти за: тривалістю (короткочасні, стійкі), за ступенем вираженості (афонії, дисфонії); за характером порушення (фізіологічні чи патологічні, а останні у свою чергу поділяються, на функціональні чи органічні).

До органічних порушень голосу різного ступеня слід віднести порушення голосу, обумовлені різною патологією (запальною, алергічною, нодозними або іншими утвореннями, порушенням іннервації та ін), власне складкового відділу гортані, верхніх і нижніх дихальних шляхів, які призводять до зміни структури органів.

При функціональній дисфонії чи афонії порушення голосу носять тимчасовий характер, а поглиблене ендоскопічне дослідження не виявляє будь-якої структурної патології дихальних шляхів. Порушення голосу в даних випадках слід пояснювати психологічними, поведінковими та емоційними особливостями дитини.

За етіологічним принципом О.Ю. Радциг [4], виділяє наступні види дисфоній: обумовлені неправильною технікою і перевтомою голосу; обумовлені запальними захворюваннями; медикаментозні; ятрогенні; генетичні; неврогенні; аудитивні; травматичні; ендокринні дисфонії.

На сьогоднішній день більшість дослідників О.С.Орлова, Ю.С.Василенко, О.В.Лаврова [1,3,5], застосовують на практиці класифікацію Союзу Європейських фоніатрів згідно, якої голосові розлади поділяються на функціональні та органічні.

Функціональними називають такі розлади голосової функції, при яких ларингоскопічно не спостерігається виражених органічних порушень у голосовому апараті, але наявні певні порушення фонації. При цьому незначні зміни органічної природи (незначний набряк, гіперемія, тощо) мають характер вторинних змін.

Серед функціональних порушень голосу виділяють дві групи розладів: центральні та периферичні.

До функціональних дисфоній відносяться: гіпертонусна дисфонія, гіпотонусна дисфонія, спастична дисфонія, мутаційна дисфонія, фонастенія, функціональна афонія.

Гіпотонусна дисфонія - зниження м'язового тону голосових складок. Хворі скаржаться на швидку стомлюваність голосу, охриплість, зменшення сили голосу. Слизова оболонка гортані і трахеї без запальних змін, голосові складки рухомі, тонус їх понижений, при фонації є незмикання від 1 мм. При ларингостробоскопії виявляються мляві, ослаблені коливання голосових складок.



Рис. Гіпотонусна дисфонія.

Гіпертонусна дисфонія - підвищення тону голосових м'язів. Вона розвивається при форсованій, силовій манері мовлення і співу, особливо в галасливій обстановці. Спостерігається постійне

перенапруження м'язів черевного преса, м'язів шиї, що супроводжується набуханням вен шиї. Звертає на себе увагу щільне змикання голосових складок при фонації. Основними скаргами хворих є: охриплість, больові відчуття в області гортані, глотки і шиї, постійне бажання відкашляти слиз і мокроту, швидка стомлюваність голосу, періодичні ларингоспазми. Голос у хворих різкий, пронизливий, з металевим відтінком, звучить напружено.

Спастична дисфонія є однією з найтяжчих форм функціональних порушень голосу. Проблемі діагностики та лікування цієї патології присвячено багато робіт (О.С.Орлової, Ю.С.Василенка, Sapienza et al., Garsia, та ін.) [1,3,6], але на жаль досі не знайдено ефективних методів лікування. Спастична дисфонія – нейродинамічний розлад фонації, що проявляється у надмірно інтенсивній діяльності і дискоординації внутрішніх і зовнішніх м'язів гортані, а також дихальних м'язів. Голос у хворих стає спастично – дисфонічним, монотонний, низький, з різними призвуками, фонація напружено-здавлена, яка часто може супроводжуватись гримасами, напругою м'язів шиї. О.С.Орлова [3], запропонувала поділяти спастичні дисфонії на три ступня, в залежності від порушення тембру голосу та кількості спазмів: легку, середню та важку.

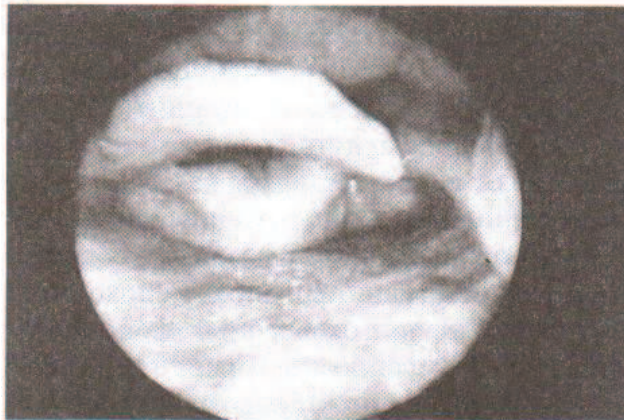


Рис . Спастична дистонія

Фонастенія – цей розлад характеризується порушенням координації між диханням, фонацією, артикуляцією і функцією резонаторних порожнин на фоні особливої невротичної реакції. Виділяють дві форми фонастенії – гостру та хронічну. Скарги хворих бувають різноманітними: загально неврологічні, сенсорні та секреторні. Основними відчуттями таких пацієнтів є подразливість, біль при фонації, відчуття важкості та затискання у гортані. Хворі перестають володіти голосом, не можуть формувати звук, голос стає грубим, тихим, глухим.

Мутаційна дисфонія. Мутація це фізіологічне явище, при якому під впливом статевих гормонів відбувається зміна функції гортані та зміна голосу з дитячого на дорослий.

Ю.С.Василенко [1] у своїх дослідженнях, виділяє такі форми мутаційних змін голосу: передчасна мутація, неповна (незавершена) мутація, спотворена мутація, мутаційний фістульний голос.

Голос не відповідає віку і має високу тональність, часто зривається на фальцет чи басове звучання. Голос хриплий, глухий, високий, основна частота підвищена.

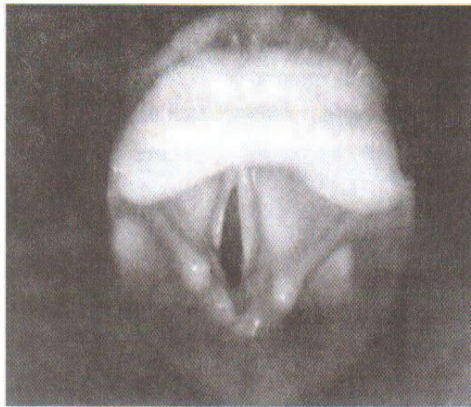
Функціональна афонія характеризується відсутністю звучного голосу, тоді як є гучний кашель і сміх. Ларингоскопічна картина буває мінливою. В основі голосових порушень лежать істеричні розлади. Захворювання виникає раптово у осіб з лабільною нервовою системою під впливом стресових ситуацій. Хворі скаржаться на відчуття «грудки» у горлі, «налипання» слизу, але головне - це афонія.

Органічні дисфонії бувають при: гострих та хронічних ларингітах, хордитах; порушеннях обміну речовин (амілоїдоз гортані); парезах та паралічах гортані периферичного та центрального генезу; травматичні ушкодження гортані; новоутвореннях гортані: нодозних вузликах, ангиомах, м'яких та твердих папіломах, фібромах, інтубаційних гранульомах, раку, саркомі.

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.

Парези чи паралічі гортані. Парез та параліч - це основні види моторних порушень. За визначенням Б.С.Крилова, парез – це порушення функції, яке з плином часу і під дією лікування повністю ліквідуються, параліч – стійке порушення, яке поступово посилюється і залишається необоротним. Вони поділяються на міопатичні чи нейрогенні. Міопатичні парези чи паралічі виникають в наслідок запальних змін у внутрішніх м'язах гортані. Таки зміни відбуваються при гострих та хронічних ларингітах, інфекційних хворобах (дефтерія, 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.

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 ший, тощо. У свою чергу, центральні поділяються на органічні та функціональні. Парези можуть бути з голосом та без голосу. Ступінь порушення голосової функції залежить від положення паралізованої половини гортані (медіальне, парамедіальне, латеральне) та активності протилежної половини гортані. Парези поділяються на однобічні 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. Вони частіше виникають на межі передній і середній третин голосових складок, мають вид маленької бульбашки. Як правило, вузлики бувають парними величина їх різна: від шпилькової головки до просяного зерна.

Ю.С.Василенко[1], 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.

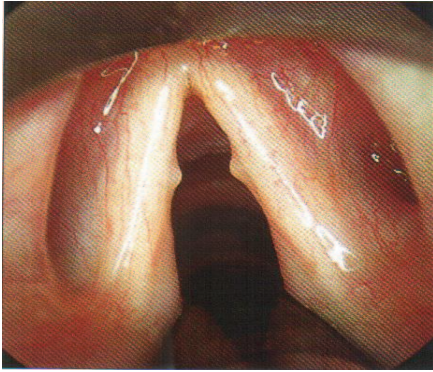


Рис. Вузлики голосових складок

Ларингіт – захворювання, яке характеризується запаленням внутрішньої поверхні слизової оболонки гортані (Ю.С.Василенко) [1]. 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.

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.

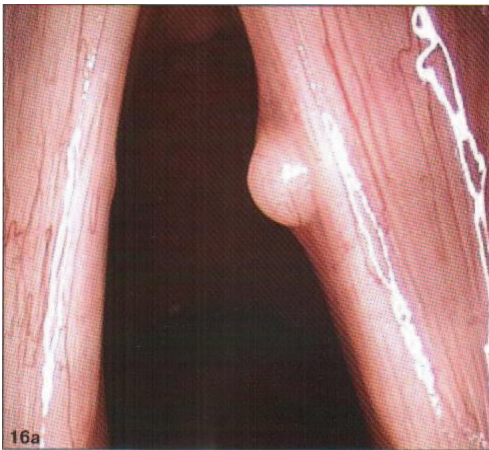


Рис. Поліп голосової складки

Таким чином, порушення голосу ускладнюють процес комунікації і навчання, істотно впливають на загальний розвиток дітей та підлітків, їх нервово-психічний стан. У ряді випадків захворювання голосового апарату, що виникають в дитячому віці, набувають хронічного перебігу і можуть з'явитися в подальшому причиною дисфоній у дорослих.

Список використаних джерел

1. Василенко Ю.С. Голос. Фонологические аспекты. – М.: Энергоиздат, 2002. – 480 с.
2. Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей. – М.: Медицина, 1990 – 448 с.
3. Орлова О.С. Детский голос в норме и патологии / О.С. Орлова. М. Владос, 2002 – 24 с.
4. Радциг Е.Ю. Нарушения голоса у детей и подростков и их лечение гомеопатическим препаратом гомеовокс // Педиатрия. – Том 88. – № 6. – 2009 – С. 124-130
5. Лаврова О.В. Логопедия. Основы фонопедии- М.:2007. - 180с.
6. Aronson A.E. Clinical voice disorders. 3rd ed. Theme New York, 1990.

The article deals with violations of voice in children reveals the current classification, the basic features of functional and organic dysphonia and qualitative characteristics of voice in these disorders.

Keywords: voice, fonatsiya, functional dysphonia, organic dysphonia, laryngeal paresis.

Отримано 23.2.2012

УДК 376-056.264:51

Л.І. Ружицька

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВ'ЯЗУВАННЯ АРИФМЕТИЧНИХ ЗАДАЧ МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.

В статті визначено, що труднощі засвоєння арифметичних задач молодшими школярами з тяжкими порушеннями мовлення обумовлені недорозвитком у них базових психічних процесів пізнавальної діяльності. А тому, помилки в процесі розв'язування арифметичних задач у цієї категорії дітей виникають на усіх етапах її розв'язування. Не зважаючи на те, що було виявлено окремі особливості засвоєння навчального матеріалу дітьми з ТПМ та причини, ця проблема не втратила своєї актуальності і сьогодні.