

напрями подальшого поглибленого дослідження уяви у дітей із загальним недорозвиненням мовлення і не вичерпують усіх аспектів зазначеної проблеми.

Список використаних джерел

1. Боровик О.В. Развитие воображения. Методические рекомендации. - М.: ООО "ЦГЛ РОН", 2000. –112 с.
2. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте: психолог. очерк. – М.: Просвещение, 1991. – 94 с.
3. Глухов В.П. Особенности процесса воображения у детей с тяжелыми нарушениями речи // Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности. – М.: Просвещение, 1983. – 224 с.
4. Дьяченко О.М. Развитие воображения дошкольников. Методическое пособие для воспитателей и родителей. – М. Просвещение, 1984. – 124 с.
5. Калягин В.А. Логопсихология / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
6. Логопедія / за ред. М.К. Шеремет. – К.:Видавничий Дім "Слово", 2010. – 672с.

The main problem of article is a problem of reproductive, creative, verbal imagination development of children with the general speech delay. The results of a pilot imagination investigation of this category children are presented and the directions of correction are described.

Keywords: imagination, general speech delay, creative imagination, reproductive imagination, verbal imagination.

Отримано 9.11. 2012

УДК 376- 056.264:616.22

Т.М. Осадча

ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ У ДІТЕЙ

Стаття присвячена проблемі порушення голосу органічного генезу у дітей, розкриває епідеміологічні та клінічні аспекти основних нозологічних одиниць.

Ключові слова: дисфонії органічного генезу, папіломатоз гортан, ХРСГ.

Статья раскрывает проблему нарушения голоса органического генеза у детей, раскрывает эпидемиологические и клинические аспекты основных нозологических единиц.

Ключевые слова: дисфонии органического генеза, папилломатоз гортани, ХРСГ.

Кількість органічних захворювань голосового апарату у дітей, нажаль, з кожним роком збільшується і залишається актуальною проблемою для лікарів та корекційних педагогів. За отриманими статистичними даними, згідно проведених нами власних обстежень, та архівними документами в клініці ОХМАТДИТ за період 2005 -2011роки в Україні підтверджено збільшення кількості дітей з порушеннями голосу органічного генезу з усієї України. Найбільший відсоток органічних захворювань гортані зустрічається 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 у вказаній місцевості. Великий відсоток захворювань також в Кримській (8.2%), Хмельницькій (7,6%), Черкаській (6.1%), Дніпропетровській (5.6%) та інших областях. Це можна пояснити різними причинами, але спеціальні дослідження з даної проблеми не проводились. Інколи діти не отримують кваліфіковану отоларингологічну допомогу у вищевказаних регіонах і потрапляють до лорфахівців клініки ОХМАТДИТ, яка є єдиним центром в Україні, що займається лікуванням хронічних рубцевих стенозів гортані та шийного відділу трахеї у дітей, оснащена сучасною діагностичною апаратурою та надає висококваліфіковану медичну і анестезіологічну допомогу дітям з патологією гортані, клініка є базою кафедри дитячої оториноларингології, аудіології і фоніатрії НМАПО імені П.Л. Шупика. Всім дітям, які мають захриплість голосу та порушення дихання, необхідно проводити скринінг, який включає ларингоскопію або ендодіброларингоскопію.

Слід виділити основні органічні захворювання гортані у дітей такі як: 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.

Відомо, що серед доброякісних пухлин у дітей найчастіше зустрічаються папіломи, ангіоми, фіброми та кісти гортані. Однак, такі доброякісні новоутворення, як повітряні пухлини, ліпоми, аденоми, міксоми, хондроми, міоми, невриноми, майже не зустрічаються у дитячому віці. До злоякісних пухлин гортані відносять рак та саркому. Хворіють на рак гортані дорослі, а що стосується саркоми, то відмічались поодинокі випадки і у дитячого населення. Враховуючи статистичні дані, отримані в клініці ОХМАТДИТ, за останні шість років найбільший відсоток серед захворювань гортані органічного генезу у дітей займають респіраторний папіломатоз гортані та хронічний рубцевий стеноз гортані (ХРСГ). Дані Г.Ф. Іванченко, Ф.С. Каримова, (2001) свідчать, що папіломатоз гортані складає 15.9% - 57.5% від всіх доброякісних новоутворень гортані. Саме тому ці патологічні стани у дітей заслуговують нашої уваги для вивчення і надання

кваліфікованої корекційної допомоги.

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 характерний рецидивуючий перебіг, велика розповсюдженість (13% жителів планети), високий ступінь контагіозності і 100% сприйнятливість населення. Morrell Mackenzie вкінці XIX століття вперше відкрив папіломи, які уражують гортанно-глоточну систему у дітей, за даними ж інших авторів вперше "бородавки гортані" були описані Marcellus Donalus в XVII столітті. Вірусну етіологію папіломатозу гортані визначив Ulmann (1923). У 1980 – х роках було доведено, що збудником рецидивуючого папіломатозу є вірус папіломи людини [6]. Chevalier 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 - III в папіломатозній тканині гортані і кондиломах [2, 6].

Одним з проявів папіломовірусної інфекції є рецидивуючий респіраторний папіломатоз, як найбільш розповсюджена доброякісна пухлина верхніх дихальних шляхів. Папіломи гортані зустрічаються у дітей раннього віку, починаючи з 5 місяців до 14 років [4]. Відмічається, що перший пік захворюваності припадає на дітей віком від 2 до 5 років, але 28% з усіх хворих складають діти перших 6 місяців життя, 60-80% - діти до 3 років. Якщо ураження вірусом папіломатозу виникло саме в цій віковій групі, то перебіг захворювання носить більш агресивний характер. На думку Е.А.Цветкова (2009) кількість дітей з папіломатозом гортані не зменшується, а залишається стабільним показником і є актуальною проблемою для соціальних, медичних та педагогічних працівників. Частота респіраторного папіломатозу у дітей в США - 4,3 на 1000000 дитячого населення (C.S. Derkay C.S. 1995), в Данії - 3,6 на 1000000 (Derkay 2001). 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 і молодше [5]. 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 [6].

За даними А.В.Романенко (2000) з 1992 по 1999рр. в ЛОР-клініці Національної Української 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 - стійкі порушення голосу [2].

Етіологія папілом гортані вивчена недостатньо. До основних причин їх виникнення відносять віруси, інфекційні захворювання, аутоалергію, порушення функції ендокринної системи, місцеві подразнювальні чинники, нерациональне голосове навантаження, зловживання палінням, алкоголем, імунодефіцитні 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 [2, 6]. Вчені

J. Lagergen (1996) та J. Calinisan et al (2002) довели, що є вірогідність передачі папіломовірусної інфекції від матері до плоду, в результаті чого відбувається ураження гортані дитини, а також цей вірус може уражувати клітини трофобласта, що є причиною переривання вагітності. Вчені Великобританії у 2005 році також виявили ризик передачі 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 займає перше місце серед усіх захворювань гортані і в подальшому призводить до хронічної обструкції та хрипоті у дітей. Діти переносять до 20 оперативних втручань за своє життя і зазвичай у них наявна трахеостомічна трубка. Без лікування папіломатоз має високий ризик летальності 5-8% за рахунок обструкції дихальних шляхів.



Рис 1. Папіломатоз гортані

Після видалення папілом у 25%-30% пацієнтів формується рубцевий стеноз гортані, як наслідок - стійкі порушення голосу. В.С.Зайцев і співавтори (2005) 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. Явища диспноє 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.

За нашими спостереженнями і даними обстеження діти з папіломатозом гортані перебувають в лікувальних закладах в середньому від 2-3 днів до 1-2 місяців. Зазвичай це діти соматично ослаблені, у них часті ГРВІ, трахеїти, трахеобронхіти, захворювання серцево - судинної системи і як результат у них порушена емоційно - вольова сфера, що в подальшому може призвести до затримки 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. Хоча існує класифікація Д.Г.Черешкіна(1971), яка звертає увагу на розповсюдженість процесу і виділяє наступні форми папіломатозу:

- 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 перебігом папіломатоз ділять на:

- рідко рецидивуючий (не частіше 1 раз в 2 роки);

- часто рецидивуючий (1-3 рази на рік і більше).

Існує ще одна класифікація, на нашу думку вона вдала як для фоніатрів, так і для фонопедів, але ще не зовсім адаптована, оскільки в ній розглядаються тільки локалізація процесу, кількість рецидивів, ступені дихальної недостатності, порушення голосової функції, а ми вважаємо, що постає питання в необхідності оцінити стан психічних функцій хворого, що є дуже важливим в правильності розробки індивідуальних корекційних програм для дітей з порушеннями голосу органічного генезу. Згідно цієї класифікації виділяють такі форми папіломатозу:

- за розповсюдженістю: локальні, розповсюджені, обтуруючі;

- за станом дихальної функції: стеноз нульового ступеню; стеноз Іа ступеню; стеноз Ів ступеню; стеноз ІІ - го ступеню; стеноз ІІІ - го ступеню; стеноз ІV - го ступеню;

- за порушенням голосової функції: не порушена; легке порушення; виражена захриплість; афонія;

- за характером клінічного перебігу: рецидив один раз на рік; рецидив два - три рази на рік; безперервно рецидивуючий перебіг.

Як уже наголошувалось, діти з органічними захворюваннями гортані потребують оперативного втручання, деякі з них оперуються по декілька разів на рік - це стосується папіломатозу гортані та гемангіом гортані, результатом чого може буди рубцевий стеноз гортані.

Серед основних причин, що призводять до рубцевого стенозу гортані є продовжена інтубація гортані і трахеї, трахеостомія (Е.А. Цветков, М.Я. Козлов,1989; Д.Г. Чирешкин, А.М. Дунаєвська, 1989 та інші), травми гортані (Г.Г. Асланян, 1986; Е.А. Цветков, М.Я. Козлов, 1989 та інші), травми, опіки, травматичні операції з видалення папілом гортані (Ф.М. Хітров,1963; Б.В. Шевригін, В.П. Іванілов 1983) [1]. Батьки скаржаться на те, що дитина має утруднене дихання або взагалі не має можливості дихати через природні дихальні шляхи, різну ступінь захриплості голосу або голос може зникати при повній обструкції гортані рубцевою тканиною, наявність трахеостомічної трубки. За даними Б.В. Шевригіна (1985), 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, наявні порушення з боку серцево-судинної, нейрогуморальної та ендокринної систем.

Як ми вже відмічали, досить рідкою патологією гортані є судинна пухлина, яка носить назву ангіома гортані і може зустрічатись у дітей. Наявність її в гортані та довготривале медикаментозне чи хірургічне лікування призводять не тільки до тяжких порушень голосу у дітей, але й зміни архітекτονіки гортані.

В.К. Співаков наголошує, що ангіоми гортані складають 1% від всіх пухлин гортані. За даними В.А. Бордуліної (1948) до 1948 року у світовій літературі було опубліковано лише 119 випадків гемангіом гортані, а руминський автор Н. Костинеску (1964) за період 1937 - 1964р. р виявив лише 4 випадки вищезгаданого захворювання. М.І. Светлаков (1964) діагностував серед 1240 хворих з доброякісними пухлинами гортані лише у 10 (0.8%) пухлину судинного генезу, а М.А. Шустер та співавтори (1989) виявили гемангіому у 11 (4,6%) дітей серед 235 хворих з хронічними рубцевими стенозами гортані різної етіології. Д.Г. Чирешкін (1994) наголошують, що судинні пухлини посідають друге місце (після папіломатозу) серед доброякісних пухлин гортані. За нашими спостереженнями в період з 2005 по 2011 виявлено гемангіому у 1 пацієнта віком до 1 року, що становить 1.9% від загальної кількості хворих дітей з органічними захворюваннями гортані.

Ангіоми 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 нажалі може призвести до змін архітекτονіки гортані і в подальшому до ХРСГ.

Заслуговують нашої уваги і фіброми гортані, оскільки їх наявність призводить до порушень голосу. Фіброма, ця доброякісна пухлина локалізується на голосових складках, частіше по їх вільному краю. У дитячому віці зустрічається досить рідко. Слід виділити основні причини, які призводять до виникнення фібром: використання голосу під час запальних захворювань гортані, гострої респіраторної вірусної інфекції, особливо із застосуванням форсованого голосу або не властивої тесітури, 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 хрипоти, а якщо у фіброми наявна ніжка, то голос може періодично змінюватись від легкої захриплості до відчутної дисфонії [3]. Нами діагностовано один випадок фіброми. У дитини мав місце сиплий голос

та відчуття стороннього тіла у гортані. Пацієнт був успішно прооперований і в подальшому голосова та дихальна функції були відновлені.

За даними L. Zawadzka – Glos та спів. (2009) за 2000-2008 рр. було діагностовано 10 випадків кіст гортані. Кісти гортані у дітей частіше локалізуються на гортанній поверхні надгортанника, в ділянці вестибулярних складок, шлуночках гортані, на голосових складках і черпакуватих хрящах.

Т.А. Шидловська та А.Л. Косаковський (2007) виявляли кісти гортані у дітей з перших днів життя і це супроводжувалось стенозом гортані та вимагало негайної інтубації дитини з наступним хірургічним видаленням кісти. 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.

Що стосується вузликів голосових складок, або співочих вузликів, за даними Ф. Ферліто (1993) згідно Інтернаціональної Гістологічної Класифікації пухлин, яка була опублікована Всесвітньою Організацією Здоров'я у 1991 році вузлики, так як поліпи і кісти, відносяться до пухлиноподібних утворень гортані. При цій патології виникає не змикання голосових складок, яке призводить до напруження голосу та форсування його, результатом чого є тривале порушення голосової функції: різна ступінь захриплості голосу, швидка його втомлюваність, а також хворі відчувають наявність стороннього тіла в гортані, слизу на голосових складках, що заважає нормальній фонації і потребує постійного відкашлювання [3].

Органічні захворювання гортані у дітей заслуговують особливої уваги, оскільки всі вищезгадані нозологічні одиниці мають порушення голосу від легкої захриплості до відсутності голосу взагалі. Кожна дитина, яка має довготривалу захриплість, повинна отримувати консультацію отоларинголога і при необхідності ендоскопію гортані. Діти з порушеннями голосу органічного генезу отримують належну хірургічну допомогу і в подальшому залишаються без належної уваги та допомоги корекційних педагогів, психологів, результатом цього можуть бути стійкі порушення голосу та психічні порушення. Саме на цьому етапі постає питання в необхідності та розробці єдиної класифікації порушень голосу органічного генезу у дітей, яка б могла задовольнити потреби вищезгаданих фахівців для подальшої розробки корекційних програм. На нашу думку, дітям з вузликами голосових складок необхідна відразу допомога психолога та фонопеда; з кістами та фібромами — мікроларингохірургічна допомога з подальшою фонопедичною та, при необхідності, логопедичною та психологічною допомогою. Що стосується дітей з папіломатозом гортані, то належну психологічну допомогу вони повинні отримувати постійно, а відносно фонопедичних занять, то їх можливо проводити лише з дітьми, які мають довготривалий міжрецидивний період. У дітей з ХРСГ заняття з психологами повинні проводитись постійно, логопедичні заняття потрібно проводити (з акцентом на артикуляційну гімнастику) постійно, не зважаючи, на наявність трахеостомічної трубки. Питання про необхідність фонопедичних занять постає після того, як повністю буде відновлена функція дихання у дитини. Над даними питаннями ми продовжуємо дослідження.

Список використаних джерел

1. Косаковський А.Л. Етіологія, клініка, діагностика, лікування і профілактика хронічного рубцевого стенозу гортані і трахеї у дітей / А.Л. Косаковський. – К.: КМАПО, 1998. – 152 с.
2. Лайко А.А. Папіломатоз гортані і трахеї у дітей / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, В.В. Дячук, Д.Д. Заболотна, Л.А. Шух, К.А. Хотяновський. – К.: Логос, 2010. – 103 с.
3. Шидловська Т.А., Косаковський А.Л. Актуальні питання фоні атрії. Навчальний посібник / Т.А. Шидловська, А.Л. Косаковський. – К.: КМАПО, 2007. – 232 с.
4. Шидловська Т.Л. Функціональні порушення голосу / Т.Л. Шидловська. – К.: Логос, 2011. – 523 с.
5. Campisi P, Hawkes M, Simpson K; Canadian Juvenile Onset Recurrent Respiratory Papillomatosis Working Group. . The epidemiology of juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis derived from a population level national database // Laryngoscope. – 2010. – №120(6). – P. 43-45.
6. Larson D.A., Derkay C.S. Epidemiology of recurrent respiratory papillomatosis / D.A. Larson, C.S. Derkay // APMIS. – 2010. – № 118(6-7). – P. 4.

The article deals with violation of voice organic genesis in children, reveals epidemiological and clinical of aspects the basic nosological units.

Keywords: dysfoniya of organic genesis, papillomatosis of laryngea, CRSL

Отримано 15. 11.2012

УДК 371.124:376.36

Ю.В. Пінчук

**СИСТЕМА ПРОФЕСІЙНИХ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ
ВЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА**

У статті розкривається значення професійних знань та умінь у системі професійної компетентності вчителя-логопеда, відображено зміст теоретичної та методичної підготовки майбутнього логопеда.

Ключові слова: професійні знання логопеда, професійні уміння логопеда, зміст підготовки вчителя-логопеда.

В статье раскрывается значение профессиональных знаний и умений в системе профессиональной компетентности учителя-логопеда, описывается содержание теоретической и методической подготовки будущего логопеда.