Министерство образования и науки Республики Казахстан

Карагандинский государственный университет им. Е.А.Букетова

Социальный факультет

Кафедра СА и ПК

**РЕФЕРАТ**

Тема: Нарушение голоса

КАРАГАНДА 2007

**СОДЕРЖАНИЕ**

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ

Функциональные нарушения

Органические нарушения голоса у детей

ОРГАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Парезы и параличи гортани

Хронические ларингиты

Ринофония

МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ГОЛОСА

Заключение

Список использованной литературы

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ**

С первых дней жизни голос ребенка приобретает эмоциональную окраску - это плач. С 3 - 6 месяцев начинается период гуления, т.е. дети начинают произносить первые звуковые сочетания. К 9 месяцем и несколько позже появляются первые слова. В этот период голос своей эмоциональной окраской помогает ребенку выражать желания.

У детей младшего дошкольного возраста часто наблюдаются небольшие уплотнения на свободном крае голосовых складок - «узелки крикунов». В основе данного заболевания лежат голосовое перенапряжение и длительная травматизация голосовых складок. Предрасполагающим моментом для появления «узелков крикунов» могут быть острые воспаления верхних дыхательных путей и коревой ларингит, и то, что многие дети в этом возрасте подолгу кричат. Крик в грудном возрасте, выражающий недовольство, сопровождается твердой атакой, в результате чего происходит перенапряжение голосовых складок.

При появлении у дошкольника охриплости, продолжающейся несколько дней, необходимо ограничить голосовую нагрузку и исключить все невротизирующие и травмирующие ребенка факторы, стараться, чтобы дети меньше раздражались, плакали. В более старшем возрасте в этот период нельзя петь и читать в слух.

В начальной стадии болезни эти меры чаще всего помогают. При большей длительности заболевания необходимо лечение у врача-отоларинголога. Проводить занятия с логопедом в этом возрасте не рекомендуется, т.к. в этом возрасте они не будут иметь желаемого результата.

Одним из часто встречающихся нарушений голоса у дошкольников является дисфония, при которой голос становится слабым, быстро истощаемым, иногда хриплым. Часто у детей это является результатом пения недетского репертуара в несвойственном ребенку диапазоне.

**Голос мальчиков в период мутации.** К 13 - 14 годам под влиянием усиленной деятельности эндокринных желез начинается бурный рост организма и период полового созревания.

Главный голосообразующий орган - гортань в период мутации увеличивается в поперечном и продольном направлениях. Голосовые складки также увеличиваются по длине в 1,5 - 2 раза, вследствие чего голос может опускаться на октаву.

В период остро протекающей мутации, во время наиболее бурного роста всего организма некоторые дети жалуются на часто срывающийся при обычном разговоре голос. Отмечается резкое утомление голоса, частые срывы, неожиданные переходы от низких звуков к высоким.

К концу периода мутации все эти изменения исчезают и устанавливается нормальный мужской голос.

**Голос девочек в период мутации.** У девочек мутация проходит незаметно, мутационные изменения голоса не резко выражены. Девочки в этот период времени больше утомляются, жалуются на неприятные ощущения. В таких случаях необходимо обратиться к врачу-фониатору. Но в большинстве случаев мутация у девочек протекает спокойно.

**Функциональные нарушения**

Функциональные заболевания чрезвычайно многообразны. Среди них особое место занимает **фонастения** - нарушение голоса, которое не всегда сопровождается видимыми объективными изменениями в гортани.

Жалобы сводятся к быстрому утомляемости голоса, невозможности нести голосовую нагрузку длительно, появлению после этого охриплости и болевых ощущений в горле, а иногда и в наружных мышцах гортани - парестезии.

В начальной стадии заболевания при непрямой ларингоскопии обычно не обнаруживается патологических изменений, но стробоскопия выявляет асинхронность колебаний голосовых складок с нарушением амплитуды и частоты. В дальнейшем, если фонастения приобретает затяжную, хроническую форму, появляются нарушения в ритме движения голосовых складок - замедленное смыкание их или, наоборот, более раннее, еще до звуковоспроизведения. Своевременно не выявленная фонастения в последующем может стать причиной хронического ларингита.

Другую группу функциональных заболеваний голосового аппарата составляют гипер- и гипокинетические дисфонии - нарушения голоса, обусловленные парезами внутренних мышц гортани (миопатические парезы). Возникают они на почве перенесенных инфекций - гриппа, острых респираторных заболеваний, реже после длительного перенапряжения голоса. При **гипер-** и **гипокинетических дисфониях** страдают мышцы, смыкающие голосовые складки, поэтому нарушается только голосовая функция, дыхание остается о норме. Однако выпадение функций одних мышц ведет за собой нарушение действия их антагонистов (мышц-сжимателей). В связи с этим у людей появляется боль в наружних мышцах гортани, происходит дискоординация голосового акта и резко укорачивается голосовой выдох.

Следует отметить, что в данном случае рассматриваются нарушения голоса, возникающие при парезе одной какой-нибудь мышцы или пары мышц. Поражение всех внутренних мышц гортани встречается реже и относится к органическим расстройствам.

Дефекты голоса при **миопатических парезах** могут быть выражены различно - от легкой осиплости до резкой охриплости и даже афонии. Наблюдается большая утомляемость голоса, напряжение и боль в мышцах лица, шеи, затылка, а иногда и грудной клетки. Ларингостробоскопическая картина характеризуетсязначительным несмыканием голосовых складок, синхронной их подвижностью, но быстрой истощаемостью при фонации.

Глоттографическое исследование показывает преобладание фаз раскрытия голосовых складок над их контактом.

Чаще всего встречаются **гипокинетические дисфонии,** когда преобладают явления мышечной слабости. Но может отмечаться при нарушении голоса и повышение тонуса гортанной мускулатуры при попытках фонации. Голосовые складки в начале фонации энергично смыкаются, вестибулярные складки надвигаются, прикрывая их полностью или частично. В этих случаях голос не появляется совсем или появляется глухой, искаженный звук с массой добавочных призвуков. Подобное нарушение голоса квалифицируется как **гиперкинетическая дисфония**. Чаще всего гиперкинетическая дисфония в дальнейшем сменяется гипокинетической, но могут наблюдаться сочетания гипокинезии гортани с ее гиперкинезом. Тогда при попытках фонации наблюдается малая фонаторная активность голосовых складок (гипокинез) и высокая активность вестибулярных (гиперкинез). Образующийся при этом специфический щелкающий звук называется ложносвязочным.

**Органические нарушения голоса у детей**

Заболевания гортани - папилломатоз и рубцовый стеноз - отрицательно влияют на формирование и развитие голоса ребенка и его речь. Многократные хирургические вмешательства, общая астенизация, ношение трахеотомической трубки, длительное пребывание в больнице отражаются на формировании личности ребенка.

Папилломатозом гортани чаще всего болеют дети в возрасте 2 - 4 лет, т.е. в период формирования речи. У них из-за перенесенных операций, нарушения дыхания через естественные пути, отсутствие голоса, возможна задержка интеллектуального развития, наблюдаются и явления аномалии характера. В более позднем возрасте (6 - 8 лет) риск задержки интеллектуального развития значительно меньше.

Длительность и тяжесть заболеваний гортани накладывают отпечаток и на формирование эмоционально-волевой сферы, которая нормализуется только после завершения хирургического лечения, восстановления дыхательной функции, проведения коррекции голоса и возвращения этих детей в коллектив здоровых сверстников.

Дети, перенесшие несколько хирургических вмешательств, часто протекающих с осложнениями, при длительном (до 3 лет) ношении трахеотомической трубки ослаблены и физически. Они неуравновешенны, раздражительны, капризны. Установить контакт с ними трудно, к занятиям по восстановлению голоса они относятся безразлично или формально.

Дети с лучшими результатами хирургического лечения (меньше операций, срок канюленосительства короче) менее травмированы отсутствием голоса. Они добродушны, но не дисциплинированны. Несмотря на неутойчивое внимание, они усваивают логопедические занятия.

Однако встречаются дети и без значительных отклонений в эмоционально-психической сферы.

При органическом заболевании гортани при длительном ношении трахеотомической трубки у детей может образовываться фарингеальный голос (так называемая «квакающая» речь). Дети, владеющие фарингеальным голосом, нуждаются в логопедических занятиях как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде. У этих детей часто наблюдается сложная дислалия

Пр органических заболеваниях гортани наблюдаются 2 вида голосового нарушения - дисфония и афония.

Афония - полное отсутствие голоса. Доступно общение только шепотом различной степени четкости. Голос отсутствует при плаче и кашле.

Дисфония - нарушение высоты, силы и тембра голоса различной степени выраженности.

**ОРГАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА**

**Парезы и параличи гортани**

Периферические парезы и параличи гортани развиваются вследствие нарушения ее иннервации при поражениях нижнего гортанного или возвратного нерва. Причины поражения возвратного нерва могут быть разными, прежде всего травматические. Возвратный нерв имеет тесный контакт с органами грудной клетки. При заболеваниях этих органов нерв может быть сдавлен опухолью, отеком, гематомой, рубцовой тканью, дивертикулом. Иногда при операциях бронхов, легких, сердца, пищевода, щитовидной железы происходит непосредственная травматизация возвратного нерва и наступает парез или паралич. Причиной парезов и параличей гортани могут быть и инфекционные болезни. Чаще всего это осложнения после гриппа или острого респираторного заболевания, а также и ряда инфекционных заболеваний (дифтерия, тиф и т.п.).

Помимо указанных причин нарушения двигательной, а вследствие этого и голосообразующей функции гортани, встречаются параличи невыясненного происхождения, так называемые идиопатические.

Чаще парез или паралич бывает односторонним, но встречаются и двусторонние поражения. Иногда паралич одной половины гортани сочетается с парезом другой. Положение голосовой складки на пораженной стороне может быть срединным (медиальным), боковым (латеральным) и занимать промежуточное положение между указанными (парамедиальное). При срединном положении голосовых складок больше страдает дыхание, а чем дальше складка отведена в сторону, тем значительнее страдает голос, хотя такая прямая зависимость наблюдается не всегда. Иногда наступает истончение, атрофия, провисание голосовой складки, и тогда даже при срединном ее стоянии голос страдает весьма значительно.

Голос при парезах и параличах страдает различно - от легкой охриплости до полной афонии. Однако всегда наблюдается сильное голосовое утомление, поперхивание, ощущение инородного тела в глотке, рефлекторный кашель, затрудненное дыхание.

**Хронические ларингиты**

Ларингит - воспаление слизистой оболочки гортани, одно из самых распространенных заболеваний. Острое воспаление гортани может встречаться как самостоятельное заболевание при сильном переохлаждении, вдыхании едких паров, запыленного воздуха. Но чаще ларингит наблюдается при остром катаре верхних дыхательных путей, гриппе, скарлатине, коклюше. Голос становится хриплым, грубым, иногда наблюдается афония. После надлежащего лечения через 7 - 10 дней наступает выздоровление, голос восстанавливается.

При хронических ларингитах слизистая оболочка гортани серо-красного цвета, местами утолщена, особенно по краям голосовых складок. Слизистая оболочка вестибулярных складок отечная, припухшая, часто прикрывает голосовые складки, затрудняя фонацию.

Различают 3 формы хронических ларингитов: компенсированные, субкомпнсированные и декомпенсированные. При **компенсированной** форме голосовые складки смыкаются нормально, свободный край их ровный, тонус не нарушен. Отмечается только гиперемия и сухость голосовых складок. Расстройства голоса при этом расстройстве обычно не наблюдаются.

**Субкомпенсированная** форма ларингита характеризуется значительной сухостью и гиперемией голосовых складок, вязкой слизью на них. При фонации нет плотного смыкания голосовых складок, амплитуда их колебания мала, продолжительность фонации заметно снижена. При голосовых нагрузках появляется утомление, начинает страдать голос, но его изменения не постоянны.

При **декомпенсированном** хроническом ларингите голосовые складки резко гиперемированы, серо-красного цвета, как бы «лакированные». Свободный край их утолщен, неровный. Во время фонации при изменении амплитуды колебания и снижения длительности фонации остается овальная щель. Нарушение голоса выражено значительно. Голос сиплый или резко охриплый, лишен силы, звучности, модуляции. После голосовой нагрузки жалобы на большую утомляемость, желание откашляться, ощущение першения, царапания, боль, чаще к вечеру. Нарушение голоса приобретает стойкий характер. Для лиц голосовых профессий встает прямая угроза профессиональной непригодности. Глоттографическое исследование выявляет неоднородность колебаний голосовых складок с дополнительными зубцами в фазах, а фазы контакта значительно меньше фаз максимального раскрытия голосовых складок.

**Ринофония**

**Ринофония -** избыточный носовой оттенок голоса- возникает принедостаточности разграничения ротовой и носовой полостей во время фонации и произношения ротовых фонем. Носовая полость становится парной с ротовой полостью резонатором, поэтому тембр голоса приобретает открытый носовой оттенок. Изменение тембра голоса является основным симптомом расстройства, по которому оно и получило свое название.

Причины ринофонии разные. Наиболее распространена ринофония, вызванная врожденным незаращением неба или его укорочением. Кроме того, она может возникнуть у детей и взрослых при травмах и после резекций верхней челюсти по поводу новообразований, сопровождающихся перфорацией неба или укорочениемнебной занавески.

Ринофония наблюдается и при ограничении подвижности небной занавески при параличах ее или парезов как центрального так и периферического характера.

В практике иногда встречается ринофония без патологии неба и глотки. Эти случаи функциональной ринофонии очень редки.

Функциональная ринофония обычно бывает следствием перенесенного в возрасте от 1 года до 3 лет заболевания, сопровождающимся отеком глотки или парезом небной занавески (например, скарлатина, корь, ангина, грипп) или следствием хронического тонзиллита со значительной гипертрофии небных миндалин, своим размером ограничивающих объем движений небной занавески.

**МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ**

голос дефект гортань ларингит

Курс логопедических занятий по восстановлению голоса состоит из двух этапов - подготовительного и восстановительного - и включает психотерапию, артикуляционную, дыхательную гимнастику и дыхательные упражнения.

**I. подготовительный этап логопедической работы**

Перед началом занятий с детьми по восстановлению голоса необходимо получить анамнестические сведения о ребенке и систематизировать и обобщить данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования.

Начальным звеном восстановительной работы является психотерапия.

**Психотерапия -** сознательное**,** активное**,** волевое включение ребенкав процесс восстановления голоса. Она предполагает индивидуальный подход к больному ребенку с учетом его возраста, течения заболевания, особенностей личности, характера нарушения речи и голоса. Психотерапия проводится в форме беседы, в ходе которой выявляются жалобы ребенка, составляется интерес о круге его интересов, привязанностях, наклонностях, отношении к дефекту; устанавливается личный и рабочий контакт.

Одновременно с психотерапией проводится **артикуляционная гимнастика.** Артикуляции придается важное значение во время фонации. Именно здесь оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Кроме того, чем лучше и ясней артикуляция, тем целесообразнее и точнее функция голосовых складок.

**Цель артикуляционной гимнастики** - выработать четкость, ловкость, правильность движений всех частей артикуляционного аппарата и координированную его работу с органами дыхания и голосообразования. Необходимо, с одной стороны, освободить артикуляционные мышцы от напряженности, скованности или, наоборот, от вялости, слабости и паретичности.

Для снятия напряжения артикуляционного аппарата и повышения его тонуса применяется гигиенический массаж.

Вибрационный массаж заключается в поколачивании крыльев носа с одновременным произнесением звука ***м.***

Массаж активизирует движения лицевой мускулатуры, улучшает мимику лица. Вслед за массажем ребенок учится самостоятельно морщить нос, лоб, хмуриться, сдвигать брови, надувать щеки, улыбаться. Все эти упражнения улучшают окраску голоса, его силу и тембр, так как по данным физиологии, работа мимических мышц, раздражения кожи лица повышают тонус голосовых мышц.

Одновременно с массажем проводиться артикуляционная гимнастика, дифференцированная для различных частей голосового аппарата. Каждое артикуляционное движение проводиться четко и неторопливо перед зеркалом, с соблюдением определенного ритма (под счет).

**II. восстановительный (основной) этап логопедической работы**

Восстановление голоса при органических поражениях гортани существенно отличаются от работы при функциональных нарушениях голоса. Поэтому весь процесс восстановления голоса можно представить в виде трех постепенно усложняющихся разделов работы:

1. вызывание звука голоса.

2. закрепление полученного голоса.

. автоматизация процесса голосообразования.

**1. вызывание звука голоса.**

Упражнения начинаются с произнесения звука ***м.*** Как только обучающийся без затруднений начинает выполнять это упражнение, осуществляется переход к произнесению открытых слогов. После длительного ***м*** слитно с нм произносится кратко звук ***а*** при резком опускании нижней челюсти: ***ма*,** затем проводятся упражнения со всеми гласными звуками: ***ма*, *мо, му, мэ, мы.***

Постепенно длительность звучания гласных звуков увеличивается, становиться полноценной: ***ма*, *мо, му, мэ, мы.*** Далее проводятся упражнения со всеми звонкими согласными звуками.

Следующим моментом в ходе фонопедических занятий является произнесение пар слогов: *ма-ма, ма-мо, ма-му, ма-мэ, ма-мы, на-на, на-но, …, ла-лу, …, ва-вэ, …, ба-ба, …, да-ды, … , за-зо, … , жа-же, … .*

Произносятся слоги с ударением на втором слоге при плавности и слитности произнесения, затем 2 и 3 слога при перемещении ударения.

При успешном прохождении этого этапа переходят к упражнениям со звуком ***j.*** А далее к сочетаниямпо 2, 3, 4 и 5 гласных.

**2. закрепление полученного голоса.**

Полученный навык голоса закрепляется в словах. Слова должны начинаться с прямых ударных слогов.

Далее можно приступать к фразовой речи. Первоначально вопросно-ответная речь. Далее идет чтение хорошо знакомых стихотворений.

**3. автоматизация процесса голосообразования.**

Она начинается с работы над малоизвестными произведениями. Работа над ними обычно не занимает больше 10 - 14 дней.

В заключении восстановительной работы применяют вокальные занятия. Они помогают расширить диапазон голоса, увеличить звучность и автоматизировать голосовую функцию в более короткие сроки. Диапазон вокальных упражнений - одна, полторы октавы, малой или первой, - в зависимости от голоса больного. Наиболее легко детские голоса до периода мутации звучат в следующих диапазонах:

Первая октава:

- 4 лет - ми - соль;

- 6 лет - ми - си.

Вторая октава:

- 10 лет - ре - ре;

- 14 лет - ми - ре и ми.

**Восстановленным считается громкий звучный голос при правильном речевом дыхании и отсутствии жалоб на различные неприятные ощущения в горле.**

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ГОЛОСА**

Устная речь является сложным процессом взаимодействия между ЦНС, голосовым, дыхательным и артикуляционным аппаратом.

Изучение практики показывает, что, во-первых, звучание речевого голоса не может рассматриваться вне связи с общим поведением человека, во-вторых, развитие речевого голоса неотделимо от индивидуальности личности, в-третьих, воспитание речевого голоса нельзя рассматривать только как работу над голосовым аппаратом и, в-четвертых, голосовой аппарат необходимо тренировать не только специальными упражнениями, но и в обыденной речи.

Не всегда возможно резко разграничить упражнения на тренировку отдельных элементов голосового аппарата, так как во всех упражнениях, в большей или меньшей степени, существует связь ряда элементов голосообразования: дыхания со звуком, звука с произношением, произношения с дыханием и т.д.

Без поставленного речевого дыхания не бывает хорошего голоса. Примеры упражнений позволяющих добиться увеличения силы голоса без перенапряжения голосовых связок.

*Упражнение 1.*

*Подъем по ступенькам: одна ступенька - вдох, две ступеньки - выдох, приставить ногу - пауза. Проходить таким образом 1 - 2 марша лестницы.*

*Упражнение 2.*

*Выполняется лежа. Положить руку на живот. На вдох надуть живот, на выдох плавно втянуть. Сделать паузу, расслабиться. Повторить 4 раза в день по 1 минуте.*

*Упражнение 3.*

*Имитируя жевательные движения, произносить слоги:*

*ХММА - ХННА, ХММО - ХННО, ХММУ - ХННУ, ХММЭ - ХННЭ, ХММИ - ХННИ.*

Следующие упражнения добавляют к дыхательным через 7 - 10 дней. Они активизируют мускулатуру шеи, гортани, языка, губ, нижней челюсти и подготавливают голосовой аппарат к фонации. Их нужно выполнять сидя, 6 раз в день по 4 поворота.

*Упражнение 1.*

*Руки сложить в замок на затылке. Отклонять голову назад с легким соприкосновением рук.*

*Упражнение 2.*

*Ладонями прикрыть уши. Наклонять голову в стороны к плечам с сопротивлением рук.*

*Упражнение 3.*

*Круговые плавные вращения нижней челюсти.*

*Упражнение 4.*

*Вытягивание сомкнутых губ вперед «трубочкой» и ее повороты: вправо-влево, вверх-вниз, по кругу.*

*Упражнение 5.*

*Язык движется вправо-влево с закрытым ртом, попеременно растягивая щеки.*

Следующий этап занятий - упражнения для постановки голоса. Они вводятся постепенно, последовательно, после хорошего усвоения каждого предыдущего.

*Упражнение 1.*

*Произносить звук М кратко, при спокойном положении гортани, направляя звук так, чтобы он как бы «ударился в твердое небо и вызвал большую резонацию вышележащих полостей.*

*Постепенно увеличивать длительность звучания.*

*Упражнение 2.*

*Произносить пары слогов с ударением на втором слоге:*

*ма - МА на - НА ла - ЛА*

*ма - МО на - НО ла - ЛО*

*ма - МУ на - НУ ла - ЛУ*

*Упражнение 3.*

*Произносить слоги со звуком Й, где гласный звучит коротко, а Й - долго:*

*аЙ яЙ оЙ ёЙ уЙ юЙ эЙ еЙ.*

И упражнения для развития голосовых регистров:

*Упражнение 1.*

*Широкий язык лежит на нижней губе, небная занавеска поднята. Произносить гортанно звукокомплексы:*

*АААА АННА АЛЛА АРРА*

*Упражнение 2.*

*Пропевать трезвучия вверх и вниз:*

*на звуке М;*

*на слогах ОН, ОМ;*

*на этих же слогах, трижды останавливаясь на каждой ступеньке, отделяя каждый слог;*

*так же, но сливая слоги.*

И напоследок хочется сказать, что поставленный голос нуждается в постоянной тренировке.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

С развитием общественных и экономических форм отношений, образования, культуры и искусства возросла роль речи и голоса в жизни людей. Особо важное значение приобретает становление и развитие голоса детей.

Любое нарушение голоса может снизить работоспособность практически здорового человека или даже привести к профессиональной непригодности у представителей голосовых профессий. Только правильно поставленная логопедическая работа может восстановить голос, и тем самым вернуть человека к активной жизни.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Хрестоматия по логопедии (извлечения и тксты)»: учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: в 2 тт. Т.1/ под ред. Волковой и Селиверстова. - М.: ВЛАДОС, 1997. - 560 с.

2. Таптапова С.Л. «коррекционно-логопедическая работа при нарушении голоса» - М.: просвещение, 1984. - 112 с.

3. Расстройства речи у детей и подростков. Под редакцией С.С. Ляпидевского. М. 1969.