## Į. Введение

Речь является средством общения людей и формой речевого мышления. Своевременное развитие речи перестраивает всю психику ребёнка, позволяет ему более осознанно воспринимать явления окружающего мира. Любое нарушение в той или иной степени может отразиться на деятельности и поведении ребёнка.

Речь маленького ребёнка формируется в общении с окружающими. Таким образом, необходимо, чтобы речь взрослого была образцом для детей.

Основное значение человеческой речи служит средством общения между людьми. При помощи речи мы можем поделиться с окружающими своими мыслями, чувствами, переживаниями, можем сообщить какую-либо важную информацию и т.п. Мы настолько привыкли к постоянному речевому общению, что почти перестаем его замечать и понимать его настоящую цену. Нам кажется само собой разумеющимся, что в любой момент мы можем обратиться к кому-то с вопросом или ответить на заданный нам вопрос, о чем-то рассказать и прочее. И это действительно так, но лишь при условии, что человек владеет достаточно полноценной речью. Когда же приходится общаться с людьми, страдающими сложными нарушениями речи, не говоря уже о полном ее отсутствии, то сложность их жизни, общения сразу становиться очевидной. Многие из них не могут выбрать профессию по душе, не могут устроить нормальную свою личную жизнь, для многих крайне проблематичен простой поход в магазин или разговор по телефону, чаще трудно или даже невозможно даже спросить у прохожего, как найти нужную улицу или номер дома.

Кроме того, наличие у ребенка выраженных нарушений речи складывается на всем психическом развитии. Ведь любой малыш очень много узнает об окружающем мире благодаря тому, что задает взрослым тьму вопросов по каждому интересующему его предмету или явлению. Часто при нарушениях речи психическое развитие замедляется, что неизбежно скажется на всем процессе его школьного обучения и дальнейшей жизни, скажется на формировании характера, приведет к отклонениям в его поведении. Много неприятностей людям, страдающим речевыми расстройствами, доставляют так называемые вторичные отклонения, которые нередко возникают как реакции на речевой дефект.

Сейчас стали много уделять внимания на проблему нарушений речи детей, их профилактике. Одними из таких серьезных нарушений являются нарушения голоса. Поэтому данная тема достаточно актуальна.

## ĮĮ. Нарушение голоса у детей

## 2.1 Понятие голоса

Под голосом понимается совокупность любых звуков, исходящих из гортани человека, начиная от крика, стона, кашля, громкого зевка и кончая хорошо поставленным голосом профессионального оратора или певца. Голос является важным компонентом речеобразования, поскольку он обеспечивает, во-первых, слышимость речи и, во-вторых, ее интонационную выразительность. Интонация оказывает сильное воздействие на слушателя. Благодаря ей мы понимаем не только непосредственно слова и фразы, но и скрытый под ними подтекст.

Разнообразие интонаций достигается изменением высоты, силы, тембра голоса - его основных акустических характеристик. А это значит, что каждый человек должен научиться владеть своим голосом и уметь в полной мере использовать для целей речевого общения все его богатые возможности. Однако воспитанию голоса детей в семье и школе часто не уделяется должного внимания, что приводит к неправильному пользованию голосом и связанным с этим голосовым расстройством. Истинную цену голоса знает тот, кто потерял его или страдает стойкими его нарушениями.

Сила голоса определяется амплитудой колебания голосовых складок, измеряется в децибелах (Дб). Высота голоса характеризуется частотой колебательных движений голосовых складок. Тембр голоса - эмоциональная окрашенность высказывания, выражающая различные чувства и придающая речи многообразные оттенки; удивления, грусти, радости и т.д. Тембр речи, ее эмоциональная окрашенность достигается путем изменения высоты тона, силы голоса при произношении фразы, текста.

Тембр характеризуется основным тоном - это первичный звук, образующийся при колебаниях всей длины голосовых складок; обертоном, который образуется при колебаниях отдельных отрезков голосовых складок. Чем больше обертонов, тем богаче, красивей, ярче голос.

Некоторые звуки, образующиеся голосом, называются тональными. Они образуются при почти полном отсутствии шума, что обеспечивает хорошую слышимость звука, например: гласные а, э, и, о, у, ы. Некоторые называются сонорными (звучными). Их качество определяется характером звучания голоса, который играет главную роль в их образовании, а шум участвует в минимальной степени, например: согласные м, м,, н, н,, л, л,, р, р,, i.

## 2.2 Анатомо-физиологические механизмы голосообразования

Органы голосообразования относятся к периферическому отделу речедвигательного анализатора. Они через проводящие нервные пути связаны с соответствующими отделами коры головного мозга. Поступающие от этих органов раздражения, сигнализирующие об их положении каждый момент покоя или движения, в коре головного мозга подвергаются анализу. После этого из мозга на периферию поступают двигательные команды, непосредственно приводящие эти органы в движение.

Голосовой аппарат человека состоит из следующих трех отделов:

органов дыхания, обеспечивающих необходимую для голосообразования струю выдыхаемого воздуха;

гортани с голосовыми связками как непосредственно голосообразующего аппарата;

надставной трубы, то есть полостей рта и носоглотки, которые играют роль резонаторов, усиливающих образующийся в гортани звук и придающих ему индивидуальную тембровую окраску.

Резонатором называют полое тело, заполненное воздухом и имеющее отверстие. Резонатор усиливает звук и придает ему тембровую окраску. Основными резонаторами в процессе речеобразования являются грудной, ротовой и носовой, причем грудной резонатор часто называют "фундаментом голоса". Излишнее участие носового резонатора в процессе речеобразования, чаще всего связанное с наличием нёбных расщелин или парезами мягкого нёба, приводит к появлению носового оттенка голоса - ринофонии, когда страдает только голос, или ринолалии, где наряду с голосом нарушается и звукопроизношение.

Голосообразующий аппарат показан на рисунке 1. Органом голосообразования является гортань. Голосовые связки, которые расположены в гортани, могут находится в двух основных положениях - в сомкнутом и разомкнутом. Когда мы говорим, расположенные в гортани голосовые складки смыкаются. Выдыхаемый воздух давит на них, заставляя колебаться. Мышцы гортани, сокращаясь в разных направлениях, обеспечивают движение голосовых складок.

Механизм голосообразования: струя воздуха из легких при вдохе попадает в подскладочную область гортани и создает там давление, чем больше это давление, тем больше возникает напряжение в голосовых складках, тем большее сопротивление они оказывают этой воздухоносной струе. Это происходит в результате расширения гортани и натяжения голосовых складок.

По мере увеличения давления воздух с усилием прерывистыми мелкими толчками начинает прорываться между голосовыми складками и под давлением этого воздуха голосовые складки начинают ритмично колебаться, образуя этим первичный тон.

Эти колебания голосовых складок вызывают колебания частиц воздуха в резонаторных полостях, которые сообщаются с гортанью. Все эти заполненные воздухом полости усиливают приходящий из гортани звук и придают ему характерную для каждого человека индивидуальную тембровую окраску, зависящую от конкретной величины и формы резонаторов. По этой причине голос каждого человека глубоко индивидуален и неповторим, что позволяет нам легко узнавать людей по голосу. Индивидуальную окраску и характерное звучание придают голосу верхние резонаторы: глотка, носоглотка, полость рта, полость носа и его придаточных пазух.

В них образуется основа для каждой звуковой речи. И дополнительные тона, которые, слившись с основным тоном, образуют слышимый нами звук. При шепоте происходит смыкание дыхания передних отделов голосовых складок. В момент дыхания голосовые складки находятся в расслабленном состоянии, образуя щель. Но обязательно нужно учитывать роль центральной нервной системы в голосообразовании. И центральная нервная система обеспечивает координированную работу всех отделов и органов голосообразования.

Энергетический отдел является хорошей воздушной опорой для образования голоса. Надо знать условия правильного голосообразования. Явление импеданса - это создание в надставной трубе, в надскладочной оболочке определенного давления. При условии наличия импеданса голосовые складки работают с малой закрытой энергией, но с хорошим акустическим эффектом. Импеданс является защитным механизмом в работе голосового аппарата. Самый большой импеданс у звуков м, н.

Разное звучание гласных и согласных звуков определяется не только тем, что полость рта может менять свою форму и объем, а также и работой гортани.

При образовании гласных (а, э, о, у, ы, и) выходящая струя воздуха

не встречает в ротовой полости преграды. И, наоборот, при образовании согласных, выходящая струя воздуха встречает в ротовой полости различные преграды. При образовании гласных, сонорных (звучных) согласных и звонких согласных голосовые связки сомкнуты и вибрируют, при этом образуется голос.

## 2.3 Периоды становления голоса

Созревание голоса охватывает длительный период времени - от рождения и до наступления зрелости. Развитие гортани, а следовательно и состояние голосовой функции, зависит от функционирования половых желез и других желез внутренней секреции. В связи с этим как в период полового созревания, так и в климактерический период у людей происходят существенные возрастные изменения голоса. И вообще голосовая функция настолько тесно связана с соматическим и нервно-психическим состоянием человека, что об изменениях этого состояния в каждый данный момент безошибочно судить по голосу. Существует много образных выражений для характеристики голоса: "радостный", "взволнованный", "злой", "угасший", "приветливый", "робкий" и т.п. - так и представляешь себе не только внутреннее состояние человека, но в некоторой степени даже его внешний вид на основании любого из приведённых здесь слов.

Голос ребенка отличается от голоса взрослого человека по всем основным характеристикам - по силе, высоте и тембру. Это объясняется ещё не полной анатомо-физиологической зрелостью голосового аппарата ребёнка. Детская гортань примерно в 2-2,5 раза меньше по своему размеру, чем гортань взрослого, соответственно более короткими являются и голосовые связки. Грудной резонатор ещё мал по объему и слаб, вследствие чего преобладающую роль при голосообразовании играют верхние резонаторы, дающие голосу "головное", то есть высокое звучание. Недостаточно сильной является и струя выдыхаемого воздуха. Голосовые связки колеблются только своими краями. По этим причинам, наряду с высоким звучание, детский голос характеризуется небольшой силой и малым диапазоном, причем голоса мальчиков и девочек до определённого возраста не имеют больших различий.

Мутация голоса - это физиологическое явление, наблюдающееся в период полового созревания и связанное с преобразованием детского голоса в голос взрослого человека. Наиболее заметно это явление выражено у мальчиков. У них под влиянием мужских половых гормонов наблюдается дисгармоничный, неравномерный рост отдельных частей голосового аппарата. В этот период нужно особенно обратить внимание на правильность обращения голосом. Оказывается, что только меньшинство юношей страдает от перелома голоса, для большинства же этот процесс протекает почти незаметно. Мутация голоса связана с быстрым ростом гортани. Голосовые складки у мальчиков удлиняются на 6-10 мм, то есть на 2/3 длины. У девочек голосовые складки удлиняются только на 3-5 мм.

У мальчиков подчас возникает напряженное дыхание, так как смыкание голосовых складок неполное и для произведения звука полной силы выдыхательные мышцы усиленно, форсировано работать.

У девочек тембр, сила и характер голоса тоже меняются, но без резких изменений. Перемена выражается в быстрой утомляемости голоса, диапазон больших изменений не претерпевает. Голос приобретает грудное звучание, становится более сильным.

Нормально протекающая мутация голоса может проявляться в нескольких формах. Так, нередко голос меняется очень медленно, незаметно как для самих детей, так и для окружающих; изредка лишь наблюдается небольшая хрипота и быстрая утомляемость голоса. В других случаях (что встречается чаще) голос у мальчика во время речи или пения начинает срываться, появляются низкие ноты басового тембра. Такое "соскакивание" звуков сначала возникает все чаще и чаще, затем проявляется реже, и, наконец, детский тембр заменяется мужским.

После периода мутации голос обретает свою индивидуальность и 25-30 лет остается неизменным. С возрастом в органах голосообразования начинаются атрофические изменения и он слабеет, изменяется его тембр.

Между тем, мутация голоса относится к функциональным нарушениям голоса.

## 2.4 Виды нарушений голоса

Изменения тона голоса (интонации) в дошкольном возрасте чрезвычайно разнообразны и эмоциональны. Чрезмерное напряжение голоса у детей дошкольного возраста может привести к различным стойким его нарушениям, например, голос может стать хриплым, крикливым, излишне высоким (фальцет) или слабым, излишне низким, грубым.

Причины расстройств голоса весьма разнообразны: заболевания и травматические повреждения гортани и голосовых связок; нарушения резонаторной системы; болезни органов дыхания; заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы; эндокринные расстройства, в частности заболевания щитовидной железы; нарушения слуха, затрудняющие общую "настройку" голосообразующего аппарата ввиду отсутствия или недостаточности слухового контроля; длительное курение; систематическое употребление алкоголя; воздействие ядохимикатов; частое пребывание в пыльных помещениях; систематическое перенапряжение голоса, особенно при неправильном пользовании им; резкие температурные колебания, в частности, питье холодной воды и особенно холодного молока и соков в разгоряченном состоянии; психические травмы.

Указанные этиологические факторы приводят к *органическим и функциональным нарушениям голоса*, между ними бывает трудно провести четкую границу, поэтому такое деление в некоторой степени условно.

К *органическим* нарушениям относят те из них, которые вызывают изменение анатомического строения голосового аппарата в его периферическом или центральном отделах.

К *периферическим органическим* расстройствам голоса относятся нарушения голоса, связанные с патологоанатомическими изменениями в гортани, надставной трубе, а также из-за снижения слуха.

В периферическом отделе голосообразующего аппарата чаще всего наблюдаются следующие аномалии:

1. "Певческие узелки", то есть небольшие выпячивания, на голосовых связках препятствующие плотному их смыканию. Образование таких узелков чаще всего бывает связано с перенапряжением, переутомлением голоса.

2. Папилломы - это новообразования в виде "цветной капусты", распространяющиеся не только на областях самих связок, но и на другие отделы гортани, так называемый папалломатоз гортани. После удаления папиллом, как правило, остаются рубцы, которые также препятствуют нормальному голосообразованию.

3. Опухоли гортани и голосовых связок.

4. Стеноз (сужение пространства) гортани как результат перенесенного дифтерита, а также следствие ожога, ранения или какой-либо другой травмы.

5. Частичное или полное удаление гортани в связи со злокачественными новообразованиями.

6. Расщелины мягкого и твёрдого нёба, нарушающие нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов.

В связи с анатомическими изменениями в гортани и голосовых складках возникает афония и дисфония органического происхождения. При афонии ребёнок говорит только шепотом. Звук голоса не появляется даже при кашлевом толчке. При дисфонии голос монотонный, хриплый, глухой, часто с назальным оттенком, быстроиссякающий.

Если подобные нарушения голоса возникают у ребёнка в раннем возрасте, это приводит к значительным трудностям в речевом общении, к сужению социальных контактов. Страдает и речевое развитие. Задерживается накопление словаря, развитие грамматического строя речи, звукопроизношение. Характерны также соматическая и психическая астенизация, то есть ослабленность, эмоциональные расстройства, нарушения саморегуляции.

При патологоанатомических изменениях в надставной трубе наблюдается *ринолалия* и *ринофония*. Дифференциальная диагностика ринолалии и ринофонии не представляет значительной трудности. Ринолалия - это патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, а ринофония - изменение оттенка, тембра голоса, обусловленное нарушением взаимосвязи носовой полости с ротоглоточным резонатором в процессе фонации без нарушений артикуляции и произношения.

Ринолалия и ринофония имеют место в речевой патологии и проявляются своеобразным нарушением тембра голоса и фонетической стороны речи.

Ринолалики, стесняясь своей речи, стараются говорить тише, в результате чего голос становится однотонным, слабым, приглушенным.

Т.Н. Воренцова отмечает нарушение высоты, силы, тембра голоса при ринолалии. Голос глухой, с резко назальным оттенком, монотонный, немодулированный слабый.

Нарушение голоса при расщеплении нёба М. Зееман называет *dysphonia palatine* или *palatophonia (*палатофония), в отличие от артикуляционных расстройств, то есть *palatolalia* (палатолалия). Автор указывает на две причины палатофонии: ларингеальная гиперфункция и неправильный голосовой резонанс. Изменение тембра гласных М. Зееман связывает с рядом анатомических и резонаторных причин, а также с неправильным движением языка и гортани. Причем, чем старше ребенок, тем палатофония заметнее и неприятнее.

Нарушение функции мягкого нёба, независимо от причин, ее вызывающих, приводит к нарушению координации в деятельности энергетической, генераторной и резонаторной систем и к снижению регулирующей роли центральной нервной системы. Происходит фиксация патологического рефлекса голосообразования, что осложняет логопедическую работу даже при благоприятных анатомо-физиологических данных, то есть после ликвидации причин, вызвавших назализацию.

Патологическое изменение тембра голоса при ринофонии обусловлено нарушением функции мягкого нёба (*velum palatinum*) и его взаимодействием с глоткой и гортанью.

Выделяют два вида ринофонии - открытая и закрытая. Открытая обусловлена органическими (врожденными и приобретенными) и функциональными причинами. Закрытая ринофония возникает в случае пониженного носового резонанса при произнесении звуков речи.

К периферическим нарушениям иногда относят и расстройства голоса у слабослышащих и глухих детей. В этих случаях изменяется высота, сила и тембр голоса из-за отсутствия или снижения акустического контроля за речью.

При врожденной или рано приобретенной глухоте высота, сила и тембр голоса изменяются вследствие отсутствия акустического контроля. Уже в младенческом возрасте голос глухого лишен естественного тембра и модуляции. Дети, имеющие остатки слуха или сравнительно поздно потерявшие его, обладают голосом более звучным, естественным, модулированным. Поэтому, характер голоса при нарушении слуха зависит от состояния слуха и времени его потери.

К *центральным органическим* нарушениям голоса относятся афония и дисфония при различных формах анартрии и дизартрии (бульбарной, псевдобульбарной, мозжечковой и подкорковой).

Дизартрия у детей проявляется двумя основными синдромами - нарушением фонетической стороны речи и её ритмико-медико-интонационной окраски. В клинической характеристике дизартрии обнаруживается общность двигательного и речевого расстройства, то есть патология эфферентной и афферентной регуляции процессов речи и голосообразования. Неоднородность клинической картины дизартрии выявляет своеобразие голосового нарушения при данном речевом расстройстве.

Нарушение просодической стороны речи является основным и наиболее стойким признаком дизартрии. Именно мелодико-интонационные расстройства в наибольшей степени влияют на разборчивость, внятность, эмоциональную выразительность и даже семантическую структуру речи больного.

Причина нарушения голоса при дизартрии - патология эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией.

Выявляются следующие клинические формы дизартрии на основе ведущего синдрома поражения речевой моторики:

спастико-паретическая (снижение силы и амплитуды произвольных артикуляционных движений);

спастико-регидная (изменение мышечного тонуса наряду с явлениями спастического пареза);

спастико-гиперкинетическая (явления спастического пареза сочетаются с атетоидными и хореическими гиперкинезами;

спастико-атактическая (артикуляционные движения теряют свою точность, координированность);

атактико-гиперкинетическая.

Данная классификация разработана с учетом особенностей деятельности центральной нервной системы. Кора головного мозга функционирует в неразрывной связи с экстрапирамидной системой (подкорковыми образованиями), ретикуляторной формацией и мозжечком. Поражение экстрапирамидной системы на любом уровне приводит к нарушению произвольных движений, в том числе и артикуляционной моторики. Учитывая тесную функциональную зависимость различных уровней экстрапирамидной системы, выделение смешанных форм дизартрии можно считать оправданным. Дисфония при различных формах дизартрии у детей характеризуется своеобразным и сложным нарушением высоты, силы и тембра голоса со многими нейродинамическими наслоениями.

*Функциональные* нарушения голоса не связаны с органическим повреждением голосового аппарата, а обусловлены лишь изменением его функции. Эта группа голосовых расстройств также делится на центральные и периферические. У детей эти нарушения встречаются реже, чем у взрослых.

Функциональные нарушения голоса *периферического* характера чаще всего бывают связаны с перенапряжением голосовых связок, особенно в условиях неправильного пользования голосом.

К *центральным* функциональным расстройствам голоса относятся такие его нарушения, которые имеют психогенное происхождение преимущественно результатом психотравмы. Однако чёткую границу между органическими и функциональными нарушениями голоса провести очень трудно, поскольку длительно существующие функциональные расстройства приводят к стойким органическим изменениям в гортани. Примером тому может быть образование на голосовых связках "певческих узелков" в результате иногда довольно длительного неправильного пользования голосом. Невозможность правильного голосообразования при органических повреждениях голосового аппарата очевидна. Что же касается функциональных нарушений голоса, особенно центрально обусловленных, то механизм их происхождения необходимо объяснить. Здесь чаще всего имеет место сочетание трех неблагоприятных факторов, следующих один за другим.

Во-первых, ещё до возникновения голосового расстройства у больного появляется своего рода предрасположенность к нему в виде уже возникшего невротического состояния, невротического фона. В этом отношении здесь можно провести некоторую параллель с предрасполагающими причинами заикания, при наличии которых дальше уже становится достаточно лишь небольшого внешнего "толка" для наступления срыва.

Во-вторых, всегда имеет место какой-то "пусковой момент", вызывающий первичное нарушение нормального голосообразования. В такой роли в разных случаях могут выступать самые различные жизненные обстоятельства: простудные заболевания и страх перед тем, что голос останется осиплым навсегда; сильные психические потрясения, стрессовые ситуации и многие другие.

В-третьих, мгновенная потеря голоса или неправильное голосообразование, однажды возникшее или многократно возникавшее, закрепляется в виде патологического условного рефлекса и в дальнейшем является основой для существования функционального нарушения голоса.

Помимо деления голосовых расстройств на органические и функциональные, учитывая их причинную обусловленность, эти расстройства принять классифицировать и по внешним признакам, то есть по особенностям непосредственного проявления нарушений голоса. В соответствии с этим последним принципом выделяются следующие наиболее часто встречающиеся расстройства голоса.

*Истерический мутизм* - внезапная и полная потеря голоса при невозможности даже шёпотной речи, связанная с психической травмой.

*Афония -* отсутствие звучного голоса при наличии шёпотной речи. Её непосредственная причина - отсутствие смыкания или неполное смыкание голосовых связок. Она может быть вызвана как органическими, так и функциональными причинами. *При функциональной афонии,* в отличие от органической, у больного имеется звучный кашель, что лишний раз свидетельствует о возможности нормального голосообразования. Характерна здесь и нестойкость, "нестационарность" патологических изменений в гортани: имеющиеся отчётность, покраснение, утолщение голосовых связок и недостаточность их смыкания носят преходящий характер, тогда как, например, при органически обусловленном параличе или парезе голосовых связок они при каждом ларингоскопическом осмотре занимают одно и то же положение. Кроме того, для всех функциональных нарушений голоса характерно наличие сенсорных расстройств - ощущение сухости, тяжести или инородного тела в горле, а нередко и болевые ощущения. Всегда имеются и общеневротические симптомы, выражающиеся в особенностях поведения больного, в преследующих его мыслях о неизлечимости голосового расстройства, в повышенной раздражительности, мнительности, неустойчивости настроения, нарушениях сна и т.п.

*Дисфония -* расстройство голоса, выражающееся в нарушении его основных характеристик - высоты, силы и тембра. В отличие от афонии, при дисфонии голос образуется, но становится неполноценным. Он может быть слабым, сиплым, хриплым, срывающимся, дрожащим, фальцетным, монотонным, "бубнящим", глухим, сдавленным, "квакающим", "металлическим", с носовым оттенком и т.п.

При дисфонии качественная характеристика голоса страдает неравномерно, часто меняется в зависимости от действия различных внешних и внутренних факторов (самочувствия больного, его настроения, времени года, времени дня, погоды и т.д.). Своеобразно проявляется дисфония при перенапряжении голоса и истерическом неврозе.

В основе дисфонии могут лежать и органические и функциональные причины. Если вовремя не обратить на это внимание, то нарушение может принять затяжной характер и привести к возникновению органических изменений в голосовом аппарате.

*Фонастения -* нарушение голоса, выражающееся в его быстрой утомляемости, прерывании и сопровождающееся неприятными ощущениями в горле. Чаще всего фонастения является профессиональным заболеванием голоса у людей, имеющих большую голосовую нагрузку, особенно при условии неправильного пользования голосом. Её принято относить к функциональным расстройствам голоса, однако по существу она стоит как бы на границе между функциональными и органическими нарушениями, поскольку при ней постепенно нарастают патологические изменения в гортани, появляются узелки на голосовых связках. У детей фонастения может возникать в результате криков и неправильного обучения пению.

Также к функциональным расстройствам относится и *патологическая мутация* *голоса. [[1]](#footnote-1)* Патологический характер мутации может быть обусловлен эндокринными нарушениями или несоблюдением гигиены голоса: ранним курением, употреблением спиртных или других раздражающих слизистую оболочку гортани напитков в период уже начавшейся мутации голоса, перегрузка голосового аппарата, продолжение занятий пением, инфекционные заболевания, вредные факторы (пыль, дым), нарушение функции щитовидной железы. Данное голосовое расстройство можно классифицировать как пограничное между органическими и функциональными нарушениями.

*Голос ларингоэктомированных* больных, то есть больных с удаленной гортанью. Это органическое расстройство голоса, вызванное грубыми анатомическими изменениями в голосообразующем аппарате.

## 2.5 Виды направленной коррекционной работы при нарушении голоса

Обследование больных с нарушениями голоса носит комплексный медико-педагогический характер. В нём обязательно участвуют отоларинголог, невропатолог, логопед (фониатр), психолог. Основной задачей обследования является выяснение причины и механизма голосового расстройства и определение на этой основе наиболее рациональных путей коррекционного воздействия.

Вопросы методики восстановления голоса разработаны Е.В. Лавровой, С.Л. Таптаповой, О.С. Орловой и другими. Коррекционно-логопедическая работа строится дифференцированно в зависимости от патологических проявлений каждого типа голосового расстройства. Однако начальным звеном всегда является психотерапевтическая беседа, основная цель которой - убедить ребёнка в возможности восстановления голоса, установить с ним контакт, включить его в активную работу, разъяснив цели и задачи коррекции.

При сборе анамнеза особенно тщательно выясняется давность и особенности самых первых проявлений голосового расстройства, а также характер его дальнейшего течения. Последнее более характерно для функциональных нарушений голоса. Проводится обязательный осмотр гортани и голосовых связок при помощи специального гортанного зеркала (ларингоскопа), а также исследование слуха. Выявляются возможные отклонения в эмоционально-волевой сфере, адекватность его отношения к имеющемуся голосовому расстройству и к возможности его преодоления. Для преодоления как органических, так и функциональных расстройств голоса используется комплексное воздействие на больного, конкретное содержание которого варьируется в зависимости от имеющейся картины нарушений.

При нарушениях голоса большое значение придается психотерапии, которая нередко приобретает решающее значение в деле преодоления голосовых расстройств.

Целью психотерапии является сознательное, активное, волевое включение ребенка в процесс всей коррекционной работы. Психотерапия способствует перевоспитанию личности ребенка в целом, стимуляции и активизации ее на преодоление трудностей и на борьбу за скорейшее выздоровление. Она предполагает индивидуальный подход к больному ребенку с учетом его возраста, течения заболевания, особенностей личности ребенка, характера нарушения его речи и голоса. Психотерапия проводится в форме беседы, в ходе которой выявляются жалобы ребенка, составляется представление о круге его интересов, наклонностях, отношении к дефекту; устанавливается личный и рабочий контакт.

При функциональных нарушениях голоса у детей логопедическая работа определяется тем, что при данном дефекте нет видимых анатомических изменений в строении голосовых складок. Патологическая симптоматика (гиперемия, набухание слизистой оболочки гортани) чаще носит временный характер и исчезает после лечения и ортофонических (голосовых) упражнений.

Основная задача логопедической работы при восстановлении функциональных нарушений голоса - преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования. Поэтому проведение психотерапевтических бесед является необходимым залогом успеха в работ. Большое внимание могут иметь демонстрация магнитофонных записей голоса детей до и после лечения, личные встречи и беседы с детьми, которые уже закончили курс логопедических занятий. В случае надобности проводится общеукрепляющее лечение, рассчитанное в том числе и на укрепление нервной системы больного, поскольку состояние последней оказывает большое влияние на общую эффективность логопедической работы. Вслед за беседами идет режим молчания в течение 10-14 дней, после чего начинают коррекционно-логопедический занятия. Они включают артикуляционную и дыхательную гимнастику и голосовые упражнений, а также лечебная физкультура. Большое внимание уделяется дыхательным и артикуляционным упражнениям, поскольку полноценное речевое дыхание и правильное артикулирование звуков уже сами по себе способствуют лучшему звучанию голоса и большей разборчивости речи. Артикуляционная гимнастика снимает напряжение с артикуляционного аппарата ребёнка и способствует более активному участию органов артикуляции в процессе голосообразования. Поэтому целью артикуляционной гимнастики является выработка четкости, правильности, ловкости движений артикуляционного аппарата и координированную работу с органами дыхания и голосообразования. Дыхательные упражнения развивают фонационное дыхание, особенно удлиненный, сильный выдох.

Далее переходят к так называемым ортофоническим упражнениям, конечной целью которых является восстановление единой, координированной деятельности дыхательного, голосового и артикуляционного аппаратов, а также речевой функции в целом. Вся работа носит сугубо специальный характер, требует профессиональных знаний.

Положительно воздействие на мускулатуру гортани и её слизистые оболочки оказывает массаж и физиотерапевтические процедуры, способствующие регуляции кровообращения и уменьшению количества слизи. На фоне этих общеоздоровительных мероприятий больному предлагается строго соблюдать голосовой режим, не допуская перегрузки голосового аппарата. Иногда даже на некоторое время рекомендуется полное молчание или переход на шёпотную речь.

После окончания лечения больному в течение некоторого времени рекомендуется соблюдать щадящий режим и придерживаться необходимых профилактических мер.

При органических нарушениях голоса в общем комплексе воздействия на больного большое место занимают медицинские мероприятия - медикаментозное и другое лечение, прижигания, ингаляции, оперативное вмешательство и пр. Используются даже специальные приспособления: например, "искусственная гортань" для больных с ударенной гортанью или обтураторов. Психотерапевтическое воздействие здесь сохраняет своё важное значение, однако оно приобретает несколько иную направленность.

Эффективность преодоления голосовых расстройств во многом определяется их причинной обусловленностью. При наличии грубых анатомических изменений в голособразующем аппарате, а также при органических параличах и парезах в большинстве случаев достигается лишь та или иная степень улучшения. Функциональные расстройства голоса часто поддаются полному устранению. Однако далеко не последнюю роль в этом вопросе играют личностные особенности человека, страдающего нарушением голоса, его собственная организованность и настойчивость в достижении цели.

Предупреждение расстройства голоса у детей.

С целью предупреждения расстройств голоса следует охранять голос ребёнка в дошкольном возрасте, не разрешать детям говорить слишком громко, крикливо, не позволять им очень громко петь, кричать на морозе во время прогулки и т.д.

При восстановлении функциональных расстройств особую роль приобретают профилактика и гигиена голоса. Личная профилактика нарушений голоса складывается из создания определённых условий быта, семьи, отдыха, режима жизни ребёнка.

К числу профилактических мер при дисфонии относится запрещение петь, громко декламировать и всячески перенапрягать голос. При остром начале заболевания важно дать полный покой голосу на 10-14 дней.

Особые условия необходимо соблюдать во время мутации. Период становления голоса требует внимательного, чуткого, отношения со стороны педагогов, родителей, так как пубертатный период протекает на фоне физических и психических изменений личности подростка. В этот период нужно щадить голосообразующий аппарат, не кричать, не петь громко, особенно в сырых или непроветренных, накуренных помещениях. Если наблюдается частые срывы голоса, неприятные ощущения при фонации, следует обратиться к врачу - фониатру. Лицам, профессия которых требует длительной голосовой нагрузки, рекомендуется специальная постановка речевого голоса, которая предохраняет от переутомления.

Нарушения голоса у детей дошкольного возраста очень важно предупреждать соблюдением профилактических мероприятий, занятиями дыхательной гимнастикой.

Детскому саду и семье для профилактики нарушений голоса надо постоянно следить за состоянием носоглотки детей и правильным пользованием голосом, соблюдать вышеперечисленные требования. Особое значение это имеет по отношению к детям, только что перенесшим заболевания верхних дыхательных путей. Некоторое время таким детям не следует давать большой нагрузки на голос, то есть не требовать от них громкой речи и пения.

Родители и педагоги должны знать основные правила охраны детского голоса. При возникновении нарушения голоса, особенно если оно принимает хронический характер, следует направить ребенка на консультацию к отоларингологу, а в случае необходимости - на занятия к логопеду.

## ĮĮĮ. Заключение

Голос - совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков. Голос имеет свои акустические характеристики: силу, высоту и тембр.

Активное участие в образовании голоса принимают: диафрагма, легкие, бронхи, трахея, гортань, глотка, носоглотка, полости рта и носа.

Голосовые связки имеют возможность приходить в состояние колебательного движения. Благодаря вибрации голосовых связок при прохождении через гортань воздушной струи в ней образуется первичный звук голоса. Этот звук очень слаб и не напоминает собой обычный человеческий голос. Привычную для нашего уха силу и окраску он получает благодаря ротовому и носовому резонаторам.

Различные заболевания и травматические повреждения гортани и голосовых связок, нарушение резонаторной системы, болезни органов дыхании я, заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные расстройства, нарушение слуха, вредные факторы могут привести к расстройствам голоса.

Все причины речевых нарушений принято делить на две большие группы - органические и функциональные. Они в свою очередь также делятся на центральные и периферические.

К органическим расстройствам относят те из них, которые вызывают изменение анатомического строения голосового аппарата в его периферическом или центральном отделах.

Функциональныенарушения голоса не связаны с органическим повреждением голосового аппарата, а обусловлены лишь изменением его функции. Эта группа голосовых расстройств также делится на центральные и периферические. У детей эти нарушения встречаются реже, чем у взрослых.

Восстановление голосовой функции у детей осуществляется комплексно совместными усилиями медицины и специализированной области логопедии - фонопедии. Артикуляционные, дыхательные и голосовые упражнения сочетают с психотерапией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением. Дети получают специализированную помощь в лоротделениях и логопедических кабинетах поликлиник.

Поэтому очень важно своевременно выявлять и устранять нарушения речи. Обязательно нужно с самого начала приводить речь ребенка к норме, чтобы ничто не мешало ему полноценно учиться, работать и жить.

С целью предупреждения расстройств голоса следует охранять голос ребенка в дошкольном возрасте, не разрешать детям говорить слишком громко, крикливо, громко петь, кричать на морозе. Своевременно обращаться к врачу с какими-либо видимыми нарушениями. Ведь, здоровый голос ребенка - это залог его благополучного развития, воспитания и обучения.

## ĮV. Литература

1. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Издание второе исправленное. М.: Айрис-пресс, 2005. - 192 с.
2. Парамонова Л.Г. Логопедия для всех. М.: ООО Изд-во АСТ, СПб: Дельта, 1997. - 464 с.
3. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Т.В. Основы логопедии. М.: Просвещение, 1989.
4. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: Просвещение, 1989. - 240 с.
5. Рау Е.Ф., Синяк В.А. Логопедия. М.: Просвещение, 1969. - 126 с.

1. См. 2.3. Периоды становления голоса. [↑](#footnote-ref-1)