

**ҮНДҮН БУЗУЛУШУНДА ЛОГОПЕДИК ИШИНИН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ
СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ГОЛОСА
SPECIFICITY OF LOGOPEDIC WORK IN VIOLATION OF VOICE**

Аннотация: Макалада үнү бузулган балдар менен аткарылуучу логопеддик ишке, окутууга жана тарбия берүүгө көңүл бурулат.

Негизги сөздөр: логопеддикиш; үндүн бузулушу; окутуу, тарбияберүү.

Аннотация: В статье рассматривается логопедическая работа, обучение и воспитание детей с нарушением голоса.

Ключевые слова: логопедическая работа; нарушение голоса; обучение; воспитание.

Annotation: The article deals with speech therapy, training and education of children in violation of the vote.

Key words: speech therapy work; violation of voice training, instruction; education.

Дети с проблемами в развитии всегда волновали учёных. Они задумывались над вопросами, как их учить, как развивать, чтобы они смогли адаптироваться к окружающей жизни, реализоваться в обществе. В настоящее время наблюдается увеличение количества детей, имеющих отклонение в речевом развитии. Среди многих заболеваний логопеды всё чаще отмечают расстройства детского голоса. Нарушение голоса оказывает существенное влияние на формирование коммуникативной функции речи, так как снижают её разборчивость и внятность, вызывает затруднения у окружающих её восприятию, а у самого ребёнка патологические изменения голоса нередко сопровождаются вторичными психологическими отклонениями. Поэтому одной из актуальных задач по развитию и обучению детей с расстройством голоса является ранняя коррекционная логопедическая работа.

Расстройства голосовой функции у детей входят в структуру речевых нарушений при заикании, дизартрии, моторной алалии и ринолалии. Диапазон встречающихся нарушений – от полной потери голоса до незначительных его изменений. Степень отрицательного влияния нарушений голоса на личность в целом и отдельные её проявления зависят от характера и глубины расстройства.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость своевременного преодоления встречающихся у детей и подростков расстройств голоса. Важно знать специальные методы и приёмы, которые должны проводиться для предупреждения и коррекции патологии голосообразования. Дети, не получившие своевременной помощи, приобретают с годами стойкую неполноценность голосового аппарата и снижение коммуникативной функции речи. Правильное использование специальной методики коррекции голосовых расстройств у дошкольников с речевой патологией позволяет быстрее устранить нарушение звуковой стороны речи и восстановить её коммуникативную функцию.

История развития учения о голосе и его нарушениях[1]. Изучение патологии голоса и способов его восстановления является одной из проблем логопедии. В последние годы область педагогического воздействия при различных нарушениях голосового аппарата значительно расширилась, получив наименование фонопедия. Фонопедия – комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервномышечного аппарата гортани специальными упражнениями, коррекцию дыхания и

личности обучающегося. В процессе фонопедических занятий устанавливаются и закрепляются такие условия голосообразования, при которых голосовой аппарат работает с наименьшей нагрузкой при хорошем акустическом эффекте. Это педагогический процесс, базирующийся на физиологии голосообразования, основных дидактических и методологических принципах логопедии.

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 папилломатоз 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 твердого 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 [2].

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. Зеeman 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. Зеeman 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 *центральному органическому* 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 атетовидными 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 *центральному* функциональным расстройствам голоса относятся такие его нарушения, которые имеют психогенное происхождение преимущественно результатом психотравмы. Однако четкую 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 принято 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 общевротические 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*. 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 [3].

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.

Литература:

1. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. М: Айрис-пресс, 2005. 151 с.
2. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. М.: АСТ: Астрель, 2007. 222 с.
3. Борозинец Н.М. Логопедические технологии: учебно-методическое пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова. Ставрополь: СГПИ, 2009. 224 с.

Рецензент: канд. пед. наук, доц. *Сакимбаева С.Д.*