

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПРИ РИНОЛАЛИИ

к. пед. н., доцент Гусейнова Н. Т.

Азербайджанская Республика, г. Баку,  
Азербайджанский Государственный Педагогический Университет

**Abstract.** Voice disorders during rinophonia and rinolalia are different. Leading is the change in the timbre of voice - open nasalization - an unpleasant nasal resonance giving moreover, a blurred, dull sound of the whole speech. The nasalization occurs because there is no distinction between the nasal and oral cavities. It significantly changes the acoustic characteristics of phonemes. The voice becomes monotonous, complicated and weak.

Cleft palate, as an anatomical defect of the extension tube, leads to asymmetry in the structure of the resonator cavities of the larynx, pharynx, nose, and also discoordinates the function of the palate-larynx complex, to which the palate plays the role of a triggering motor causative agent. It is proved that the position of the soft palate causes a change in the position of the vocal folds. That is why, disruption of integrity, anatomical and functional asymmetry of the muscles of the soft palate and pharynx lead with age to functional asymmetry of the vocal folds, which reduces the strength of the voice, makes it squashed, depleted, unmodulated.

**Keywords:** voice disorders, rinolalia, rinophony, cleft palate, voice strength, voice timbre, nasal resonance, oral cavity

**Введение.** Расстройства голоса при ринофонии и ринолалии многообразны. Ведущим симптомом является изменение тембра голоса — открытая назализация — неприятный носовой резонанс, придающий к тому же смазанное, глухое звучание всей речи. Назализация возникает из-за отсутствия разграничения носовой и ротовой полостей. Она значительно изменяет акустические характеристики фонем. Голос становится монотонным, непонятным и слабым. Расщелина нёба, как анатомический дефект надставной трубы, приводит к асимметрии в строении резонаторных полостей гортани, глотки, носа, а также дискоординирует функцию комплекса нёбо — гортань, в котором нёбо играет роль пускового двигательного возбудителя. Положение мягкого нёба вызывает изменение положения голосовых складок. Поэтому нарушение целостности, анатомическая и функциональная асимметрия мышц мягкого нёба и глотки приводят с возрастом к функциональной асимметрии голосовых складок, что снижает силу голоса, делает его сдавленным, истощимым, немодулированным. Анатомический дефект, гортанные звукообразования, двигательная дисфункция в сочетании с неправильным голосоведением провоцируют узелковые и воспалительные процессы в гортани, фонастению, парез внутренних мышц гортани у 70—80 % подростков и взрослых с расщелинами нёба. Эти заболевания ослабляют и истощают голос, придают ему осиплость и охриплость.

Перечисленные патологические качества голоса усугубляются нарушением фонационного дыхания и особенностями поведения людей, страдающих ринолалией или ринофонией. В результате звучание голоса, механизм фонации при расщелинах нёба становятся настолько специфичными, что был выделен голос при ринолалии в самостоятельное расстройство и назван дисфония палатина или палатофония (М. Зеeman).

Современная фонология вообще классифицирует ринофонию и ринолалию как голосовое расстройство. Опираясь на исследования становится ясно, какое важное место занимает коррекция голоса в комплексе коррекционно-педагогической работы по исправлению ринофонии и ринолалии. Основные задачи этих мероприятий — нормализация резонанса, развитие природных голосовых данных детей, восстановление двигательной функции гортани при заболеваниях голосового аппарата и воспитание навыков правильного голосоведения. К мерам, способствующим улучшению голоса детей до пластической операции нёба, относятся постановка физиологического и фонационного дыхания, профилактика дистрофии мускулатуры глотки и нёба, коррекция звукопроизношения. После операции, работа над голосом состоит из дыхательной гимнастики, удлиняющей выдох и активизирующей внутренние межреберные мышцы и подвижность диафрагмы, усиления нёбно-глоточного смыкания, постановки сбалансированного резонанса, выработки навыка правильного голосоведения, расширения диапазона голоса, увеличения его силы, а также компенсации расстройства двигательной функции гортани, если таковое уже имеется. Все фонетические

мероприятия тесно переплетаются и проводятся в комплексе с другими, направленными на исправление фонетической стороны речи.

Логопедические занятия по восстановлению голоса состоят из двух этапов — подготовительного и восстановительного и включает психотерапию, артикуляционную, дыхательную гимнастику и голосовые упражнения. Артикуляционные, дыхательные и голосовые упражнения характеризуются изолированно. Несмотря на это, упражнения должны проводиться одновременно, так как артикуляция, дыхание и голосообразование — это единые, взаимосвязанные и взаимообусловленные физиологические процессы. Координированная работа этих трех систем и обеспечивает нормальную функцию голосообразования.

На подготовительном этапе перед началом занятий с детьми по восстановлению голоса необходимо получить анамнестические сведения о ребенке, систематизировать и обобщить данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования (организационный момент). Как уже указывалось, у детей с заболеваниями гортани выявлено астеническое состояние организма, изменения в строении функции нервно-мышечного аппарата гортани, нарушение эмоционально-волевой сферы, задержка речевого развития и длительное расстройство голосовой функции. Все эти сведения дают возможность вскрыть особенности развития ребенка, выработать пути и средства восстановительной работы, начальным звеном которой является психотерапия.

Цель психотерапии — сознательное, активное, волевое включение ребенка в процесс восстановления голоса. Психотерапия способствует перевоспитанию личности ребенка в целом, стимуляции и активизации ее на преодоление трудностей и на борьбу за скорейшее выздоровление. Психотерапия 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, привязанностях, наклонностях, отношении к дефекту; устанавливается личный и рабочий контакт. Все дети с длительным и тяжелым заболеванием гортани требуют активной и целенаправленной психотерапии, проводимой в форме однократных или чаще многократных бесед. Психотерапия является важным мероприятием, способствующим оздоровлению личности ребенка и успеху восстановительного обучения. Одновременно с психотерапией проводится артикуляционная гимнастика. Как отмечалось, артикуляции в процессе фонации придается важное значение. Именно здесь оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Кроме того, чем лучше и точнее артикуляция, тем целесообразнее и точнее функция голосовых складок.

При нарушении деятельности верхней резонирующей трубки артикуляционные движения теряют свою координированную точность, становятся вялыми, неловкими, неуклюжими. Поэтому голос не попадает в «ротовую позицию», в «позицию резонатора», звучит гортанно, хрипло, сдавленно, что и наблюдается у детей.

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, паретичности

Для снятия напряжения артикуляционного аппарата и повышения его тонуса применяется гигиенический массаж. Производится поглаживание кончиками пальцев:

- а) от середины лба к вискам и вокруг глаз до переносицы;
- б) от переносицы к околоушной впадине;
- в) от кончика носа по его спинке вверх и обратно;
- г) винтообразные движения вокруг кончика носа с переходом на верхнюю и нижнюю губу.

Массаж активизирует движения лицевой мускулатуры, улучшает мимику лица. Вслед за массажем ребенок учится самостоятельно морщить лоб, нос, 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 проводится артикуляционная гимнастика, дифференцированная для различных частей артикуляционного аппарата.

**Результаты работы.** Каждое артикуляционное движение проводится четко и неторопливо перед зеркалом, с соблюдением определенного ритма (под счет).

Примерные артикуляционные упражнения:

I. Движения языка:

- 1) высовывание языка;
- 2) повороты его вправо-влево;
- 3) облизывание кончиком языка верхней и нижней губы;
- 4) укладывание языка за верхнюю и нижнюю губу, «щелкание» языком,
- 5) укрепление кончика и корня языка при произнесении звуков т — к.

#### II. Движения губ

- 1) вытягивание губ вперед «трубочкой»;
- 2) складывание губ «кружочком»;
- 3) растягивание губ в стороны (улыбка);
- 4) укрепление губ при произнесении звука п-п-п-п (беззвучно).

III. Движение челюстей: открывание и закрывание рта, опускание нижней челюсти, имитация жевания. В процессе жевания происходит энергичное сокращение мускулов гортани, глотки, неба, языка, губ.

V. Расслабление мышц шеи: опускание головы вниз, запрокидывание назад, повороты головы вправо-влево; в дальнейшем эти движения сочетаются с произнесением звуков и—э — о — у —а ы.

#### VI. Движение гортани и голосовых складок:

а) поглаживающий и вибрационный массаж гортани. Производятся ритмичные, энергичные движения пальцами по передней поверхности шеи в вертикальном и горизонтальном направлениях с легким надавливанием на область щитовидного хряща;

б) кашлевые движения, подражание голубиному воркованию, стону, мычанию, что может сочетаться с вибрационным массажем гортани.

VII. Упражнения для развития четкой, координированной работы всех частей артикуляционного аппарата с одновременной тренировкой дыхания (работа над дикцией).

Были сделаны следующие *выводы*.

1. Патологическое изменение акустических характеристик голоса обедняет интонационное оформление высказывания. Недостаточная выразительность, отсутствие эмоциональной окраски речи не только влияют на качество передаваемой информации, но и ограничивают коммуникативные возможности детей с тяжелыми речевыми дефектами.

2. У преобладающей части детей отмечается несформированность фонационного дыхания, выражающаяся в учащении дыхательного ритма во время речи, поверхностных вдохах, непродолжительных выдохах, реверсивной фонации.

3. Дети с тяжелой речевой патологией нуждаются в специальных занятиях по устранению нарушений голоса и развитию интонационной стороны речи, которые повышают эффективность всего коррекционного процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова Е. С. К вопросу о нарушениях голоса/Очерки по патологии речи и голоса. - М.: Учпедгиз, 1.60. - Вып. 1. - С. 125-141.
2. Алмазова Е. Г. Основы комплексного метода восстановления голоса у детей при органических заболеваниях гортани/Патология речи/Под ред. Ляпидевского С.С. М.: МГПИ, 1971. - С. 5-29.
3. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М.: Просвещение, 1973. - 150 с.
4. Алмазова Е. С. Методика логопедической работы по устранению ринофонии/Нарушения речи и голоса у детей/Под ред. Ляпидевского С. С., Шаховской С. Н. М.: Просвещение, 1975. - С. 89-108.
5. Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда— 2-е изд., перераб.— М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996.—143 с.
6. Колпак Т. В. «Нарушения голоса в структуре речевого дефекта», Диссертация, М.1999г.