**Сообщение на тему**

**«РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА ПРИ РИНОЛАЛИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ»**

***Прокофьева Алла Олеговна***

*Учитель-логопед , МБДОУ «Детский сад «Теремок»» г.Десногорска.*

Аннотация

Целью данного сообщения для учителей – логопедов является уточнение специфических расстройств голоса при риноалии, виды коррекционной работы в ситуации ринолалии.

Форма проведения : онлайн видео конференция

Расстройства голоса при ринофонии и ринолалии многообразны. Ведущим 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, неполетным 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. Доказано, что 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.

Все перечисленные патологические качества голоса усугубляются нарушением фонационного дыхания и особенностями поведения людей, страдающих ринолалией или ринофонией.

В результате звучание голоса и механизм фонации при расщелинах нёба становятся настолько специфичными, что М. Зееман выделил голос при ринолалии в самостоятельное расстройство и назвал его дисфония палатина или палатофония. Современная фониатрия вообще классифицирует ринофонию и ринолалию как голосовое расстройство.Начало формы

Из всего вышесказанного 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 выход 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 фонопедические мероприятия тесно переплетаются и проводятся в комплексе с другими, направленными на исправление фонетической стороны речи.

На I, подготовительном, этапе основное внимание уделяется дифференцированному выдоху и уточнению артикуляции гласных звуков. На II этапе занятия дыхательной гимнастикой продолжаются, но направлены они на нормализацию соотношения вдоха и выдоха.

Непосредственно голосовые упражнения на II этапе позволяют решить две задачи. Подвижность нёбной занавески развивается вокальными упражнениями, а избыточный носовой резонанс устраняется фонопедическими.

Применение вокальных упражнений в обучении лиц с нёбно-глоточной недостаточностью и расщелинами нёба основано на тесной филогенетической и функциональной связи мягкого нёба и гортани. В норме при пении мышечный тонус нёбной занавески резко повышается с возрастанием мышечного тонуса в гортани и глотке. Мягкое нёбо рефлекторно поднимается и примыкает к задней стенке глотки.

Вокальные упражнения растягивают нёбную занавеску, растормаживают и одновременно активизируют всю мускулатуру гортаноглотки, заставляют ребенка шире открывать рот, увеличивать силу звука. Методика проведения вокальных упражнений и их последовательность при ринолалии имеют ряд особенностей.

На II этапе эти упражнения сводятся к пению гласных: вначале звуков *а*и *э,*через 2—3 урока прибавляется *о,*еще через неделю *и*и последним *у.*При ежедневных занятиях сроки сокращаются.

Начинаются вокальные упражнения с пения терций, что детям довольно трудно, особенно при сниженном слухе. Но интервалы меньше двух тонов, как правило, недоступны детям с ринолалией, поскольку они не привыкли петь, не слышат разницы в высоте тонов, а новизна материала и ощущений и восприятие музыкальных тонов еще больше затрудняют слуховые дифференцировки.

К вокальным упражнениям приступают на 3—4-м занятии после повторения гласных, когда появляется хотя бы незначительная подвижность мягкого нёба. Его тренируют пением гласных в диапазоне терции первой октавы с детьми и трезвучия с подростками и взрослыми.

При практической неподвижной нёбной занавеске или лишь при подергивании ее края начинают с пения *а*или *э*на одной ноте. Затем переходят к пению терций, потом трезвучия. Чтобы определить допустимую нагрузку, первые попытки осуществляют только под контролем логопеда. Расслабление нёба, уменьшение амплитуды его подъема являются показателями для дозировки тренировок. Обычно поют гласные по 2—3 раза подряд до 12 раз в день под аккомпанемент фортепиано.

Начинают пение с низкого тона. Последующий переход к более высокому тону резко активизирует мышцы гортани и глотки, что помогает значительно дольше удерживать сегменты нёба в высокой позиции. Поэтому при снижении слуха подросткам и взрослым целесообразно петь интервалы, охватывающие 3,5— 4 тона.

Поют трезвучия и терции не менее трех недель. Чтобы удлинить выдох и увеличить продолжительность смыкания мягкого нёба с задней стенкой глотки, повторяют верхнюю ноту трезвучия дважды, не прерывая фонации. Для развития голоса и усиления смыкания поют достаточно громко, но не форсируют голос, поскольку активность нёба быстро истощается и оно провисает, вследствие чего звук назализуется. Все вокальные упражнения выполняют стоя.

Чтобы расширить диапазон, увеличить силу голоса, развить интонацию, упражнения модифицируют: меняют тональность, поют тихо, громко.

Подбор вокальных упражнений должен быть строго дифференцированным для каждого обучающегося, поскольку в пении участвуют все отделы голосового аппарата, и очень важно, чтобы они работали без всякого напряжения и насилия, вредно отражающихся на голосе. Как указывают В. Г. Ермолаев и Н. Ф. Лебедева, детский голос требует максимально щадящего отношения, которое должно проявляться в соблюдении следующих требований: петь только в соответствующем возрасту диапазоне, при пении не использовать крайние ноты присущего данному возрасту диапазона, петь на коротких певческих фразах, петь негромко, без напряжения. Эти требования основаны на анатомических и физиологических особенностях детского организма. Пренебрежение ими ведет к нарушению голосовой функции. Подбирая вокальные упражнения, следует руководствоваться схемой средних диапазонов детских голосов. Наиболее легко, без усилий и усталости детские голоса до периода мутации звучат в следующих диапазонах (по В. Г. Ермолаеву и Н. Ф. Лебедевой,  1970):

3—4 года       —        ми1  — соль1

5—6 лет         —        ми1  — си1

7—10 -лет      —        ре1   —  ре2

10—14 лет     —        ми1  — ре2

При правильном выполнении вокальных упражнений носовой резонанс в пении вначале значительно уменьшается и постепенно совсем исчезает. Желательно петь под аккомпанемент фортепиано, но можно и под магнитофон, вместе с логопедом и после него.

Активизация нёбно-глоточного смыкания и овладение среднереберным (для детей) или диафрагмально-реберным (для подростков и взрослых) выдохом позволяют приступать к постановке сбалансированных по резонансу гласных звуков.

Развивая подвижность нёбной занавески на начальных упражнениях с гласными звуками *а*и *э,*внимание сосредоточивают на кинестезиях подъема мягкого нёба. При этом ощущения нёбно-глоточного смыкания соотносятся с непривычным для детей с ринолалией ротовым резонансом. Следует обязательно обращать внимание ребенка на звонкость и чистоту сбалансированного по резонансу звука, хвалить его после каждой удачной попытки фонации. Следующий шаг в обучении — сделать этот процесс осознанно управляемым.

Известно, что при ринофонии и ринолалии имеется тенденция перенесения в слове носового резонанса звука на последующий. То же самое происходит и с эмиссией воздуха в нос. Это и создает впечатление смазанности речи. Чтобы затормозить указанные явления и научить ребенка сохранять ротовой резонанс, приходится упражняться в произнесении звукосочетаний с согласными в интервокальной позиции: гласный — согласный — гласный. Разумеется, упражняются только правильно артикулируемые согласные. Звонкие сонорные и фрикативные звуки включаются в упражнения в следующей последовательности: *м,*и, *л, р, в, з, ж.*Звукосочетания произносят слитно, плавно, с протяжной фонацией на равноударных гласных.

Сформированные предыдущим упражнением кинестезии позволяют приступать к повторениям изолированных слов, начинающихся на ударные гласные звуки. Эти слова должны включать как можно больше сонорных и звонких фрикативных согласных в интервокальной позиции. Упражнение закрепляет кинестезии сбалансированного резонанса в сочетании с физиологичной манерой

Причем если для детей с ринофонией нет ограничений в подборе материала, то при ринолалии количество слов будет регламентировано, поскольку в упражнения включаются только правильно артикулируемые согласные звуки.

Упражнение со звуком составляется по тому же принципу.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| яма | ели | ежик | Юля |
| ялик | ехал | ершик | юмор |
| явно | ельник | емкий | юный |
| яблоко | если | елка | южный |

Координации резонанса, фонации и дыхания добиваются при произнесении фраз. Поскольку при ринолалии имеются значительные отклонения речевого дыхания, дидактический материал усложняется постепенно. Начинаются тренировки со словосочетаний из двух слов и спряжений глаголов, состоящих из звонких фрикативных и сонорных согласных. Словосочетания произносятся плавно, напевно, с утрированно открытой артикуляцией гласных звуков и расслабленными артикуляциями согласных. Основное внимание уделяется согласованности фонационного нижнереберного или диафрагмального выдоха с синтагмой.

Примеры словосочетаний: *Вон Аня. Вон Оля. Вон Уля. Умная Оля. Умная Аня. Умная Уля. Мила ела. Оля играла. Элла мыла. Узкая улица. Узкое облако. Очень узкий.  Очень умный.*

Спряжение служит основой для увеличения количества слов в фразе, которое растет от занятия к занятию. Приводим несколько коротких фраз, пригодных для спряжения с распространением предложения:

*Я мыл(а) Милу.*

*Я нарезал (а) лимон*

*я съел(а) сметану*

*Я мел (а) пол.*

*Я жалею Женю.*

*Я ел(а) малину.*

*Я   вел(а) Вилю.*

*Я вылил(а) воду.*

*Я  живу  на  восьмом этаже.*

Увеличения силы голоса и расширения его диапазона легче всего достигнуть вокальными упражнениями. Каждое занятие III и IV этапов начинают с распевания терций или трезвучий на гласные звуки или протяжное произнесение звука *м*в «маску». При этом меняют тональность, поют то тише, то громче, начинают петь пиано, переходя постепенно к форте, и наоборот. Затем приступают к пению коротких музыкальных фраз и песенок. Музыкальные фразы, пригодные для увеличения силы и расширения диапазона голоса при ринофонии и ринолалии, должны отвечать следующим требованиями) быть простыми и легко запоминающимися; 2) обладать легким ритмическим рисунком, не требующим слишком длинного выдоха; 3) по диапазону не выходить за пределы отработанного трезвучия; 4) мелодия фразы обязательно должна быть построена на интервалах не меньше терции; 5) петь можно только в речевом диапазоне, т. е. песню следует протранспонировать на основной тон голоса обучающегося, поскольку такое пение не вызывает перенапряжения голосовых складок.

Литература:

1.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.Конец формы