

370

На правах рукописи

ФЕДОРОВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА

Федорова

**Комплексный подход к устранению дисфоний у детей
с узелками голосовых складок**

Специальность 13.00 03- коррекционная педагогика
(логопедия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук



Москва, 2007

Работа выполнена в Московском государственном гуманитарном университете им. М.А. Шолохова на кафедре логопедии

Научный руководитель · доктор педагогических наук, профессор
Орлова Ольга Святославна

Научный консультант. доктор медицинских наук, доцент
Радциг Елена Юрьевна

Официальные оппоненты · доктор педагогических наук, профессор,
Чиркина Галина Васильевна
зав. лабораторией воспитания и обучения
детей с речевым недоразвитием ИКП РАО

доктор медицинских наук,
Солдатский Юрий Львович
кафедра оториноларингологии,
Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова

Ведущая организация Московский педагогический
государственный университет

Защита диссертации состоится «7» ноября 2007 г. в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 212 136 06 в Московском государственном гуманитарном университете им. М.А. Шолохова, по адресу: 109240, Россия, г. Москва, ул. Верхняя Радищевская, д. 16/18.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова

Автореферат разослан «5» октября 2007 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат педагогических наук, доцент



Н.Р. Геворгян

Общая характеристика работы

Актуальность работы. Голос – это уникальное явление, благодаря которому человек получает возможность выражать свои мысли, общаться с окружающими его людьми. Длительное расстройство голосовой функции ведет к затруднению межличностных отношений, нарушению процесса социальной адаптации, что негативно сказывается на общем развитии, перво-психическом состоянии и формировании личности ребенка (Е.С. Алмазова, 2005; Ю.С. Василенко, 1984; О.С. Орлова, 2002; Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина, 1989).

В детском возрасте, который характеризуется пониженной устойчивостью нервной системы к неблагоприятным воздействиям, неправильное использование голосового аппарата может привести к стойким и выраженным нарушениям голоса.

В настоящее время число детей, имеющих измененный тембр голоса, — от легкой охриплости, гиперназальности до более выраженных нарушений тональности, силы звучания, вплоть до шепотной речи — не имеет тенденции к снижению. В работах отечественных и зарубежных исследователей указывается, что нарушения голоса диагностируются у 6% школьников, а хроническая охриплость у учащихся начальных классов составляет от 23 до 38% (Ю.С. Василенко, С.Е. Уланова, 1984; Е.Ю. Радциг, 2005; G. Kittel, 1984).

По данным Ю. С. Василенко (2002), частота нарушений голоса у детей достигает 23% и проявляется в виде функциональных и органических дисфоний. Среди функциональных наиболее часто встречается гипотонусная (17,7%) и мутационная (18,1%) дисфония, из органических – дисфонии, обусловленные узелками голосовых складок (29,2%) и воспалительными заболеваниями гортани (19,4%)

Многие отечественные и зарубежные исследователи отмечают, что у детей узелки голосовых складок являются наиболее частой причиной нарушения голоса (Г.И.Гаращенко, Е.Ю.Радциг, Е.С. Астахова, 2002; Ю.С. Василенко, 2002, Б.С.Преображенский 1974, Ю.Е.Степанова 1996; Utsumi, 1970).

Вопросы консервативного и хирургического лечения узелков голосовых складок у детей освещены в медицинской литературе достаточно полно. Все авторы указывают на необходимость комплексного консервативного лечения, включающего медикаментозную терапию, психотерапию и фonoпедическую коррекцию, однако существующие методы коррекционного воздействия не всегда эффективны. Повышение эффективности проводимого лечения возможно при использовании цифровых и компьютерных технологий (Е.Ю. Радциг 2006).

В педагогической литературе представлены единичные работы, касающиеся реабилитации детей с названной патологией, а вопросы взаимодействия врача-оториноларинголога и логопеда освещены не в полной мере.

Анализ специальной литературы позволил выявить **противоречия** между:

- объективной значимостью проблемы нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста и недостаточной разработанностью данного вопроса в отечественной логопедии;
- наличием ценного педагогического и медицинского опыта по нормализации голоса у детей при различных нарушениях фонации и отсутствием научно-обоснованной модели, позволяющей проводить коррекционно-логопедическую работу по исправлению нарушений у детей с узелками голосовых складок,
- возможностями повышения эффективности раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок (в рамках диспансеризации, при помощи цифровых и компьютерных технологий) и отсутствием взаимосвязанной работы врача и логопеда

Таким образом, существующие противоречия, недостаточная теоретическая разработанность проблемы и ее несомненная практическая значимость определяют **актуальность исследования**.

Проблема исследования каковы оптимальные условия диагностики и коррекции нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок?

Цель исследования - теоретически обосновать, разработать и оценить эффективность системы комплексного воздействия, направленной на раннее выявление и нормализацию акустических параметров голоса у детей с узелками голосовых складок.

Объект исследования - комплексная система воздействия, предупреждения и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок

Предмет исследования - особенности формирования голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок

Гипотеза исследования. Работа по раннему выявлению и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок будет эффективной, при условии

- разработки научно обоснованной, комплексной системы коррекционного воздействия по нормализации тембра голоса у детей, включающей в себя медикаментозную терапию и психолого-педагогическую коррекцию,
- внедрения в коррекционный процесс модели, способствующей оптимизации процесса восстановления голоса у детей с узелками голосовых складок.

В соответствии с проблемой, целью, объектом, предметом и выдвинутой гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать современную научно-методическую литературу по проблеме диагностики, предупреждения и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок

2. Разработать методику качественно-количественной оценки акустических характеристик голосового аппарата.
3. Определить степень нарушения голосовой функции у детей с узелками голосовых складок
4. Научно обосновать, разработать, апробировать и оценить эффективность методики коррекционного воздействия, направленной на нормализацию тембра голоса, учитывающей эмоционально-поведенческие особенности ребенка
5. Разработать модель оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок

Для решения поставленных задач использовались **методы**.

- теоретический (анализ психологической, медицинской, педагогической литературы по проблеме исследования),
- биографический (сбор анамнестических данных, анализ документации);
- эмпирический (констатирующий и формирующий эксперимент),
- интерпретационный (анализ речевой и голосовой продукции),
- математико-статистический метод (описательная статистика, критерий «хи-квадрат»).

Методологическую основу исследования составили положения о сложной структуре речевой деятельности и сложном взаимодействии ее компонентов (Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.); о поэтапном формировании умственных действий (П.Я. Гальперин), представления о коммуникативно-деятельностном подходе при коррекции речевых нарушений (Е.С. Алмазова, Л.С. Волкова, Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, Л.В. Лопатина, О.С. Орлова и др.), концепция о соотношении первичных и вторичных нарушений (Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева, С.Н. Шаховская); современные научные знания о физиологических механизмах голосообразования и развитии голосовой функции у детей (Е.С. Алмазова, Д.К. Вильсон, О.С. Орлова), концепция о коррекционно-развивающем обучении (Л.Б. Баряева, О.П. Гаврилушкина, Н.Н. Малофеев, Е.А. Стребелева и др.).

Этапы исследования:

- I этап (2004-2005 гг.) – анализ педагогической, лингвистической, медицинской, психологической и методической литературы. Постановка проблемы исследования, определение цели и задач.
- II этап (2005-2006 гг.) – проведение констатирующего эксперимента, анализ результатов исследования, разработка системы коррекционного воздействия.
- III этап (2006-2007 гг.) – проведение обучающего эксперимента, выводы по результатам работы, статистическая обработка полученных данных

Научная новизна исследования:

- проведено комплексное скрининговое исследование нарушений голоса у детей по обращаемости и в рамках диспансеризации;
- выявлено, что в возрасте от 5 до 9 лет наиболее распространенной патологией голоса являются узелки голосовых складок,

- установлено, что нарушения голоса, обусловленные узелками голосовых складок, вариативны по степени нарушения голосовой функции и коррелируют с эмоционально-поведенческими особенностями детей,
- научно обосновано содержание и апробирована система комплексной коррекционной работы по устранению дисфоний с учетом степени нарушения голоса и эмоционально-поведенческих особенностей ребенка;
- определены основные направления по предупреждению голосовых расстройств, обусловленных узелками голосовых складок (профилактика заболеваний ЛОР- органов, голосовой режим, работа с педагогами и родителями)

Теоретическая значимость:

- уточнены и дополнены современные представления об этиологии нарушений голоса (узелков голосовых складок) у детей 5-9 летнего возраста;
- теоретически обоснована возможность раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей 5-9 летнего возраста,
- разработаны теоретические и методические основы комплексного коррекционного воздействия, направленного на нормализацию тембра голоса у детей с узелками голосовых складок в условиях поликлиники,

Практическая значимость исследования:

- разработана и апробирована скрининговая диагностическая программа раннего выявления нарушений голоса у детей,
- предложена система балльной оценки функционального состояния голосовой функции у детей с узелками голосовых складок по степени тяжести нарушения;
- определены направления совместной работы логопеда и врачоториноларинголога по выявлению детей с нарушениями голоса с использованием цифровых и компьютерных технологий;
- разработана, апробирована и внедрена комплексная дифференцированная методика, направленная на нормализацию функциональных показателей голоса детей с узелками голосовых складок 5-9 летнего возраста;
- рекомендована к использованию модель оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок, прошедшая апробацию в ходе обучающего эксперимента

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечивается исходными методологическими позициями, использованием современных научных концепций в области логопедии и психологии, адекватных объекту, предмету, цели и задачам, динамическим характером изучения; сочетанием количественного и качественного анализа результатов, изучением достаточного числа обследованных, использованием современных методов статистики

Положения, выносимые на защиту:

1. Узелки голосовых складок являются наиболее распространенным нарушением фонации у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста и обусловлены неправильной техникой голосообразования, повышенной голосовой нагрузкой, эмоционально-поведенческими особенностями ребенка.
2. Комплексная методика, направленная на нормализацию функциональных показателей голоса детей с узелками голосовых складок, должна учитывать степень нарушения голосовой функции и эмоционально-поведенческие особенности ребенка.
3. Повышение эффективности логопедического воздействия и нормализация фонации у детей 5-9 лет с узелками голосовых складок достигается за счет внедрения разработанной модели оптимизации процесса выявления и коррекции нарушений голоса

Апробация и внедрение результатов исследования.

Материалы диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедры логопедии дефектологического факультета МГГУ им. М. А. Шолохова в 2005-2007 годах, внутривузовских конференциях МГГУ им. М. А. Шолохова, на межвузовской научно-практической конференции молодых ученых в Московском педагогическом государственном университете в 2006 году; на X съезде оториноларингологов Украины (2005); на XVII съезде оториноларингологов России в г. Нижнем Новгороде (2006), на Всероссийском симпозиуме «Логопедия XXI века» (2006) в г. Санкт-Петербурге; на 3 международном конгрессе «Голос» в Стамбуле (2006); а также 27 Всемирном конгрессе логопедов и фонистров в Копенгагене (2007)

Полученные в исследовании результаты используются при чтении лекций по курсам «Практикум по постановке голоса и выразительности чтения», «Технология формирования интонационной стороны речи», на практических и лабораторных занятиях, в процессе проведения педагогической и логопедической практики в МГГУ им. М. А. Шолохова

Публикации. Результаты исследования представлены в 9 научных статьях и других публикациях. Общий объем 1,3 п.л.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 18 рисунками. Список литературы содержит 187 источников, в том числе 176 отечественных и 11 зарубежных авторов

Основное содержание работы

Во введении обоснована актуальность проблемы исследования, определены объект, предмет, цель и гипотеза исследования, сформулированы задачи, указаны методы, используемые в исследовании, раскрыта научная новизна, ее теоретическая и практическая значимость, описаны формы

апробации полученных результатов и внедрение их в практику, определены положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Особенности развития детского голоса в норме и при патологии» представлен анализ литературных источников, основные положения которых стали теоретико-методологической основой настоящей диссертации.

Рассмотрены этапы развития детского голоса в медицинском и педагогическом аспектах. Голосообразование – это сложный физиологический процесс, обусловленный взаимосвязанной работой всех органов голосового аппарата. Такая связь особенно ярко проявляется в детском возрасте. Голосовая функция формируется с момента рождения и проходит сложную эволюцию.

Особенностью детского возраста является активное использование голосового аппарата на фоне продолжающегося роста и развития, становления функций всех систем организма. Неблагоприятные факторы внешней среды и повышенная психо-эмоциональная и голосовая нагрузка могут приводить к развитию различных нарушений голоса (как функциональных так и органических).

Далее особое внимание уделено распространенности нарушений голоса у детей, в том числе обусловленных узелками голосовых складок. Возникновение этой патологии фонации зависит, в первую очередь, от неправильной техники голосообразования, а также от биологических и психологических факторов (Д.К. Вильсон, 1990; Ю.С. Василенко, 1997 и др.).

Нарушение голоса при узелках голосовых складок сначала проявляется в виде быстрой утомляемости, затем стойкой охриплости, которая усиливается к концу дня в связи с перенапряжением голоса. У некоторых детей наблюдаются периоды «пропадающего» голоса (Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, 2003; Ю.Е. Степанова, 1996, В.Д. Тахтамышев, 1974, Е.Ю. Радциг, 2006), поэтому проявление охриплости у детей является важным диагностическим критерием.

Традиционно лечение узелков голосовых складок осуществляется консервативно. Хирургический метод применяется только при «зрелых» узелках больших размеров. Ю.С. Василенко, С.Е. Уланов (1997) считают, что, несмотря на использование микроскопической операционной техники, удаление узелков с широким основанием всегда наносит определенную травму голосовым складкам. Авторы склоняются к тому, что лечение узелков голосовых складок должно быть в основном консервативным. Г. Китель, Ю.С. Василенко (1997) подчеркивают, что некоторых голосовых нарушений у взрослых можно было бы избежать благодаря раннему их выявлению и своевременному лечению в детском возрасте.

Анализ литературных данных позволяет сделать вывод о том, что в психолого-педагогической литературе освещены методики, направленные в основном на нормализацию голоса у взрослых. (Ф.А. Ивановская 1956, 1960, 1961; С.Л. Таптапова 1962, 1971, 1975)

У детей изменение тембра голоса и степень выраженности этого нарушения рассматриваются в логопедической литературе в зависимости от структуры речевого дефекта. Так, нарушения тембра голоса при ринолалии отмечают многие исследователи и рассматривают их как один из ведущих симптомов (М. Зеемац, 1962, А. Митронович-Моджеевска, 1965; Г.В. Чиркина, 1968, Е.С. Алмазова, 1973, Л.И. Вансовская, 1977, И.И. Ермакова, 1979, Т.В. Волосовец, 1995; А.В. Доросинская, 2000 и др.)

У дошкольников, страдающих дизартрией, нарушения тембра зависят от степени выраженности голосовых, артикуляционных и дыхательных расстройств (И.И. Панченко, 1974; Е.Ф. Архипова, 1980; Л.В. Лопатина, 1986; Е.Н. Винарская, 1987; И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, 2001; В.Т.А. Сорокина, 2004 и др.). Существует целый ряд методик коррекции просодических расстройств у детей (Е.С. Алмазова, И.И. Ермакова, Т.В. Колпак, И.Б. Карелина, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина, И.А. Поварова, Н.В. Серебрякова и др.), в том числе - учитывающих уровень сформированности слухового самоконтроля (Е.Э. Артемова). В последнее время появилось много исследований, которые указывают на связь нарушений голоса с психо-эмоциональным статусом (В.Т.А. Сорокина 2004; Ю.Л. Солдатский, А.И. Щепина 2006 и др.).

Однако работы, рассматривающие нарушения голоса у детей с узелками голосовых складок, единичны

Необходимо особо отметить исследования Г.М. Степановой и Ю.Е. Степановой о распространенности узелков голосовых складок среди детей с дизартрией. Авторы доказывают, что узелки являются вторичным дефектом у детей с дизартрией. При формировании компенсаторного механизма фонации дошкольники форсируют звук, перенапрягают голос, в результате чего возникает изменение структуры голосовой складки

Таким образом, расстройства голоса в детском возрасте широко распространены и проявляются в форме функциональных и органических дисфоний, диагностика которых в ряде случаев затруднена. Многие авторы отмечают, что традиционные методы исследования, применяемые для оценки функционального состояния детской гортани (непрямая ларингоскопия, микроларингоскопия, ларингостробоскопия и др.), не всегда достаточно информативны и просты в применении.

Несмотря на многообразие применяемых методик, сроки восстановления голоса по-прежнему остаются длительными, а процент рецидивов и осложнений заболевания - высоким. Раннее выявление нарушений фонации у детей возможно в рамках диспансеризации при создании комплексных бригад, состоящих из врача - оториноларинголога, логопеда и психолога (Ю.С. Василенко, О.С. Орлова, Е.Ю. Радциг). Вышеизложенное определяет необходимость разработки модели оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей

Во второй главе диссертации «Изучение тембра голоса детей с узелками голосовых складок» описаны организация, этапы, материалы и методики эксперимента.

Выбор методик осуществлялся в соответствии с целью и задачами исследования. Предъявляемый речевой материал адаптирован с учетом возрастных особенностей и уровня речевого развития детей. Программа констатирующего эксперимента включала три этапа *диагностический, основной и уточняющий* (рисунок 1)

В констатирующем эксперименте участвовали дети 5-9 летнего возраста, преподаватели дошкольных и школьных учреждений Западного административного округа (ЗАО) города Москвы. Исследование проводилось в рамках диспансеризации и по обращаемости к врачу - оториноларингологу

Было обследовано 200 детей (в рамках диспансеризации), посещающих ДООУ № 1555, 786, 2286 и школы № 591, 72, 1232, 1230 ЗАО г Москвы и 150 детей с жалобами на охриплость, обратившихся к врачу оториноларингологу. Всего было обследовано 350 детей, из них 162 мальчика (46,3 %), 188 девочек (53,7 %).

Цель **диагностического** этапа эксперимента выявление (до клинического осмотра) детей, у которых, по мнению педагога или воспитателя, возникали проблемы с фонацией. Для этого проводилось анкетирование педагогов. В анкетах, предложенных педагогам, мы просили отметить такие характеристики голоса и речи детей, как приятный или неприятный на слух голос, есть или нет нарушения тембра (осиплость, металлический оттенок голоса, наличие придыхания и т д), гиперназальность, тихий или избыточно громкий, высокий или низкий голос; имеются ли нарушение звукопроизношения, быстрая или слишком медленная речь

Были проанализированы анкеты преподавателей дошкольных и школьных учреждений. Все педагоги обращали внимание в основном на нарушение звукопроизношения и практически не замечали проблем, которые связаны с патологией голосового аппарата, объясняя изменение тембра голоса возможной «простуженностью» ребенка.

По нашему мнению, отсутствие достоверной информации о развитии голоса детей в норме и при патологии не позволяло преподавателям дифференцировать норму и патологию на ранних этапах. Поэтому мы решили изменить условия эксперимента и перед анкетированием преподавателей проводили беседу, в которой отметили причины и проявления нарушений голоса у детей. После такой подготовительной работы преподаватели стали более успешно выделять детей с гиперназальностью, тяжелой степенью охриплости, однако легкую степень охриплости учителя определить не смогли. Таким образом, после анкетирования педагогов мы не выделили всех детей группы риска.

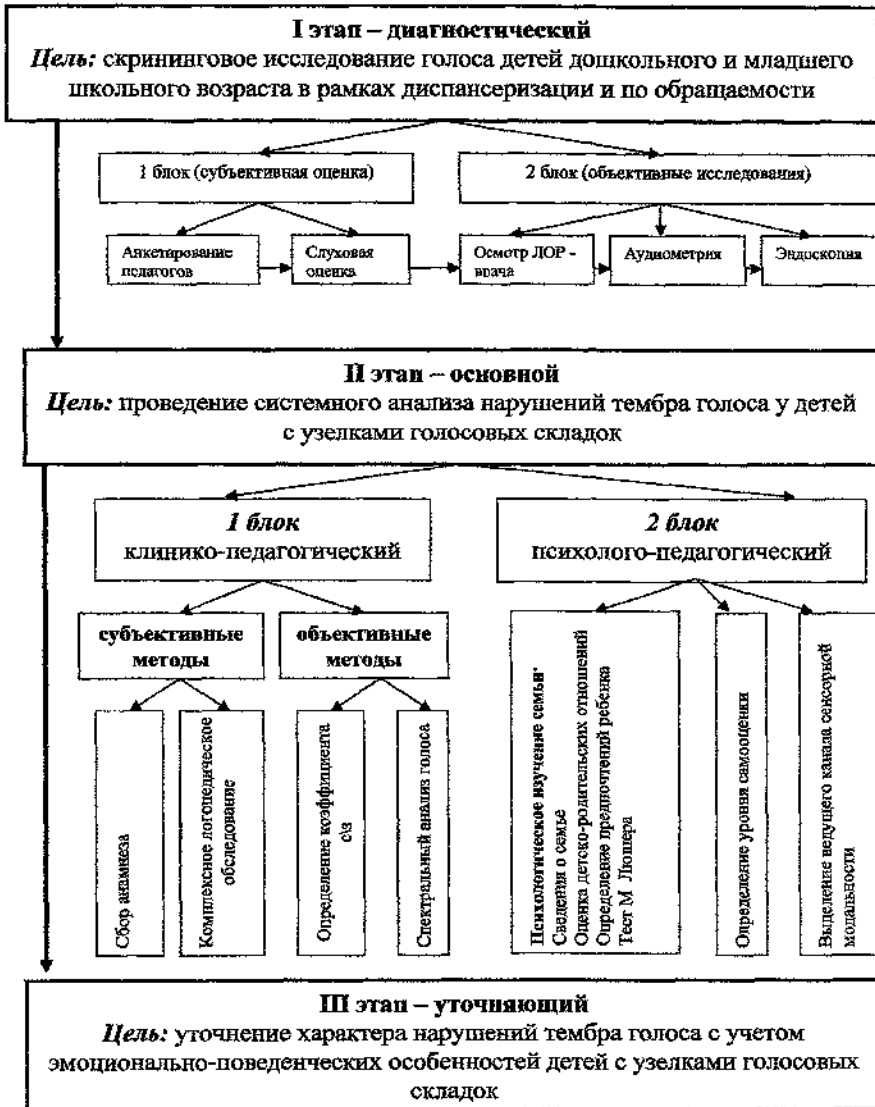


Рисунок 1. Графическая схема констатирующего эксперимента

При субъективной слуховой оценке акустических параметров голоса, проводимой логопедом в ходе общения с ребенком, обращалось внимание на изменение силы, высоты и тембра голоса. Для оценки тембра голоса мы пользовались пятибалльной шкалой, учитывали наличие добавочных призвуков, придыхание, стабильность звучания.

Было выявлено 90 детей (что составляло 25,8 % от общего числа обследуемых детей 5-9 летнего возраста), которые после субъективной оценки акустических характеристик голоса логопедом были направлены для уточнения диагноза и проведения объективных исследований, включавших осмотр ЛОР-врача, аудиометрию и эндоскопию гортани.

Дифференциальная диагностика, проведенная врачом – оториноларингологом (эндоскопия ЛОР-органов) подтвердила предварительное заключение логопеда - у 72 детей (20,6 %) была диагностирована органическая дисфония, обусловленная узелками голосовых складок и у 18 детей (5,2 %) определена функциональная дисфония, вызванная недосмыканием голосовых складок. Ларингоскопическое изображение сохраняли на электронных носителях для документального динамического наблюдения.

На основном этапе констатирующего эксперимента нами были использованы методики, предложенные Г.А. Каше, Р.И. Лалаевой, Н.В. Серебряковой, Т.Б. Филичевой, М.Ф. Фомичевой, Г.В. Чиркиной и др. Особое внимание обращалось на состояние артикуляционной моторики и звукопроизношения, поскольку именно эти нарушения оказывают влияние на состояние голосовой функции детей. Лексический материал для обследования ребенка подбирался индивидуально и не содержал дефектных звуков. Кроме того, нами была исследована функция дыхания (определение времени максимальной фонации, коэффициента С/З), спектральный анализ голоса.

Для качественно-количественной оценки результатов была разработана пятибалльная шкала на основе критериев, выделенных для каждого задания. При правильном выполнении задания в протокол для дальнейшей обработки записывался минимальный балл, при невыполнении задания – максимальный. Количественно-качественный анализ результатов позволил нам условно выделить три степени нарушения голосовой функции у детей с узелками голосовых складок (таблица 1).

1 степень – тяжелая. Сумма баллов в диапазоне от 30 до 40. Для детей этой группы характерно грубое нарушение голосовой функции (выраженная охриплость). Нарушения голоса затрудняли общение, были заметны и ребенку и взрослым. Звуко-высотные изменения были малодоступны. Дыхание – поверхностное, неравномерное, отмечалась дискоординация вдоха и выдоха. Среднее время максимальной фонации (ВМФ) достигало 4 с. Логопедический статус детей – минимальные дизартрические расстройства.

2 степень – средняя Сумма баллов в диапазоне от 20 до 30 При фонации отмечались умеренные нарушения голосовой функции. Расстройства голоса не мешали общению и практически незаметны для окружающих. Детям этой группы были доступны незначительные звуко-высотные изменения. Дыхание поверхностное, но равномерное, вдох и выдох координированы. Снижение среднего показателя времени максимальной фонации (5 с). К этой группе были отнесены дети 5-9-лет с нормальным речевым развитием, дислалией и минимальными дизартрическими нарушениями.

3 степень - легкая. Сумма баллов в диапазоне от 8 до 20 Для данной категории детей характерны незначительные нарушения голосовой функции. Легкая охриплость незаметна окружающим, ребенок также не обращает внимания на нарушение тембра голоса. Звуко-высотные изменения доступны в полном объеме. Дыхание не нарушено, незначительное снижение среднего показателя ВМФ при нагрузке (6 с). Логопедический статус детей – норма и дислалия.

Таблица 1

Распределение детей по степени нарушения голосовой функции и речевому статусу (% / абс. зн.) n-72

Степень нарушения →	1 степень (тяжелая)		2 степень (средняя)		3 степень (легкая)		Всего
	5-7	8-9	5-7	8-9	5-7	8-9	
Возраст речевой статус							
Норма	2,8/2	1,3/1	4,2/3	12,4/9	-	5,6/4	26,4/19
Дислалия	4,2/3	2,8/2	4,2/3	5,6/4	2,8/2	6,9/5	26,4/19
Минимальные дизартрические нарушения	13,9/10	4,2/3	15,2/11	13,9/10	-	-	47,2/34
Всего	20,9/15	8,3/6	23,6/17	31,9/23	2,8/2	12,5/9	100/72

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что более тяжелая степень нарушений голоса наблюдается у детей с минимальными дизартрическими расстройствами. В данном случае, узелки голосовых складок могут являться вторичными нарушениями, которые вызваны форсированием голоса. Однако прямой зависимости между тяжестью нарушений голоса и дизартрическими проявлениями выявлено не было. Это указывает на влияние других факторов, одним из которых, по нашему мнению, являются эмоционально-поведенческие реакции ребенка. Для изучения эмоционально-поведенческих реакций детей мы использовали психолого-педагогические методики обследования.

При проведении психолого-педагогических исследований использовались методики психологического изучения семьи, предложенные В В Ткачевой, оценка семейных детско-родительских отношений, цветовой тест Люшера, исследование уровня самооценки и ведущего канала сенсорной модальности. При анализе результатов учитывались сведения о семье, особенности общения родителей (по наблюдению), отношения в семье (с точки зрения родителей), определение уровня тревожности, тип детско-родительских отношений, характер родительского отношения (принятие, отвержение, «маленький неудачник»), самооценка, ведущий канал сенсорной модальности.

По результатам психолого-педагогических исследований было выделено три группы детей. Критерием распределения по группам стала сумма баллов, полученная ребенком в результате обследования.

I группа (выраженные изменения) – сумма баллов от 27 до 37 (20,8 %). Для детей этой группы характерно «хроническое утомление», практически отказ от коррекционных занятий. Эмоционально-поведенческие реакции неадекватны ситуации. Дети агрессивны, капризны, истеричны с нестабильным настроением. При общении с родителями часто повышали голос и переходили на крик. Родители не воспринимали адекватно своего ребенка, не понимали причин, приведших к такому состоянию, поэтому дети этой группы не стремились к духовному и телесному контакту с родителями и не могли получить эмоциональную поддержку.

Мы предположили, что для успешной коррекционной работы с этими детьми, потребуется более длительный срок, чем для детей из последующих групп.

II группа (умеренные изменения) – сумма баллов от 15 до 27 (63,9 %). Для детей характерно нестабильное физическое и эмоциональное состояние, требующее постоянного психолого-педагогического сопровождения. Родители были способны сопереживать и поддерживать своего ребенка, однако не понимали причин нестабильного психического состояния. Часто сопереживание и поддержка сводилась к потаканию различным детским капризам. Поведение таких детей характеризовалось раздражительностью, утомлением при нагрузке, негативизмом. Большинство родителей считали, что недостаточно уделяли внимания своему ребенку. Причиной являлось, по мнению родителей, большая загруженность на работе и ненормированный график. Этот недостаток взрослые пытались компенсировать дорогими подарками и неоправданными тратами. Дети очень избалованы, с завышенными потребностями. Они прекрасно чувствовали состояние своих родителей и умело этим пользовались. Основной способ воздействия на родителей - слезы и истерики.

III группа (незначительные изменения) – сумма баллов от 5 до 15 (15,3 %). Характерным для детей этой группы являлось критическое отношение к своему голосу и желание улучшить его, что создавало хорошую основу для всестороннего коррекционного воздействия. Родители этих детей выбрали

правильную тактику воспитания. Между взрослыми и детьми установились хорошие, доверительные отношения. Дети обращались за помощью и советом к своим родителям. Поведение детей отличалось стабильностью, практически без эмоциональных срывов и неоправданных истерик.

Мы предположили, что существует зависимость степени нарушения голосовой функции от эмоционально-поведенческих реакций ребенка (таблица 2).

Таблица 2

Зависимость степени нарушения голосовой функции от эмоционально-поведенческих реакций (% / абс. зн.)

группы эмоционально поведенческих реакций Степень состояния голосовых функций	1 группа (выраженные изменения)	2 группа (умеренные изменения)	3 группа (незначительные изменения)	Всего
1 степень (тяжелая)	11,1/ 8	15,3/11	2,8 / 2	29,2/ 21
2 степень (средняя)	8,3 / 6	41,7 / 30	5,6 / 4	55,6 / 40
3 степень (легкая)	1,4/ 1	6,9 / 5	6,9 / 5	15,2 / 11
Всего	20,8/ 15	63,9/ 46	15,3/ 11	100 / 72

Проанализировав результаты обследования, мы пришли к выводу, что более тяжелое состояние голосовой функции наблюдается в группе детей с неадекватными эмоционально-поведенческими реакциями. Установленная зависимость является прогностическим признаком успешности коррекционного воздействия и обеспечивает дифференцированный подход при выборе методов и приемов логопедической работы ($p \leq 0,05$).

Анализ результатов констатирующего эксперимента позволяет сделать следующие выводы:

- включение логопеда в бригаду врачей, проводящих диспансеризацию, позволило на ранней стадии заболевания выявить детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с нарушениями голоса,
- у детей с нарушениями голоса 5-9 лет наиболее часто диагностируются узелки голосовых складок (20,8 %),
- количественно-качественный анализ результатов обследования детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста позволил выделить три степени нарушений голосовой функции (1 степень - тяжелая - 29,2 %; 2 степень – средняя - 55,5 %, 3 степень – легкая - 15,3 %) и три группы детей по особенностям эмоционально-поведенческих реакций (1 группа – выраженные изменения - 20,8 %; 2 группа – умеренные изменения - 63,9 %; 3 группа – незначительные изменения- 15,3 %),

- выявлено, что нарушения голоса, обусловленные узелками голосовых складок, полиэтиологичны и зависят от эмоционально-поведенческих реакций ребенка.

В III главе «Система комплексной работы по исправлению нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок» представлена, разработанная нами, комплексная методика, направленная на нормализацию функциональных показателей голоса детей с узелками голосовых складок, учитывающая степень нарушения голосовой функции и эмоционально-поведенческие особенности ребенка. Была разработана и рекомендована к использованию модель оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей. Схема, разработанной модели представлена на рисунке 2

Основными составляющими модели по оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста явились

- совместная работа врача-оториноларинголога и логопеда по выявлению патологии голоса у детей в рамках диспансеризации и по обращаемости,
- скрининг диагностика акустических параметров голоса,
- объективные и субъективные методы исследования (представленные в тексте диссертационной работы),
- разработанная комплексная методика нормализации тембра голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Основной целью обучающего эксперимента являлась нормализация тембра голоса детей с узелками голосовых складок В соответствии с поставленной целью необходимо было решить следующие задачи.

- определить направления и этапы работы по нормализации тембра голоса,
- апробировать предлагаемую методику и оценить эффективность предложенных мероприятий,

Программа формирующего эксперимента разрабатывалась с учетом общедидактических и специальных принципов, учитывались существующие в коррекционной педагогике методы и приемы работы, а также физическое развитие ребенка.

Нами были учтены результаты исследований Е.С Алмазовой, Ю.С. Василенко, Д.К Вильсона, Г.А. Каше, О.С. Орловой С целью развития речевого дыхания мы применяли методики, разработанные А.М Бруссер и М.П. Оссовской, а также Л.И. Беляковой, Н.Н. Гончаровой, Т.Г. Шишковой Для нормализации эмоционального статуса использовали приемы, разработанные В.В. Ткачевой, Т.А. Данилиной, В.Я. Зенгеридзе, Н.М. Степиной. Вышеперечисленные методики и приемы работы были модифицированы и адаптированы с учетом основного заболевания, возраста и уровня речевого развития детей

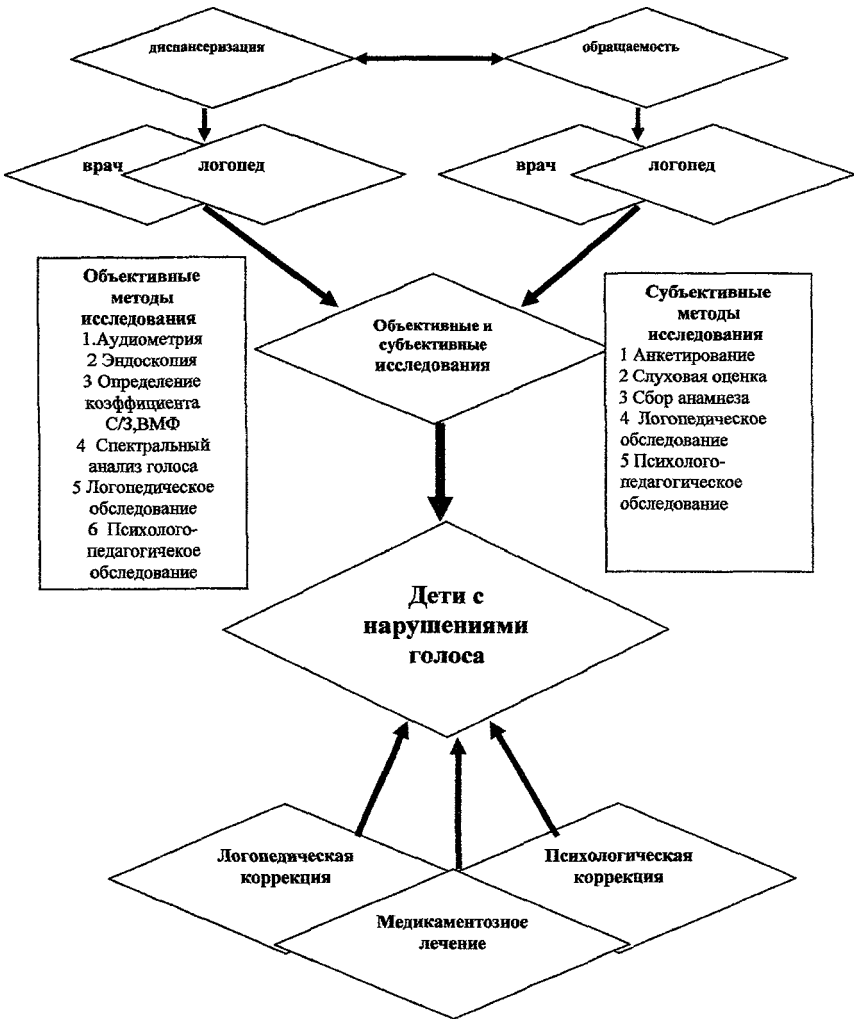


Рисунок 2 Модель оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей с узелками голосовых складок

В формирующем эксперименте, который проводился на базе Консультативно-диагностического центра детской городской поликлиники № 30 ЗАО г. Москвы в течение учебного 2006-2007 года, принимали участие 72 ребенка в возрасте 5-9 лет с узелками голосовых складок.

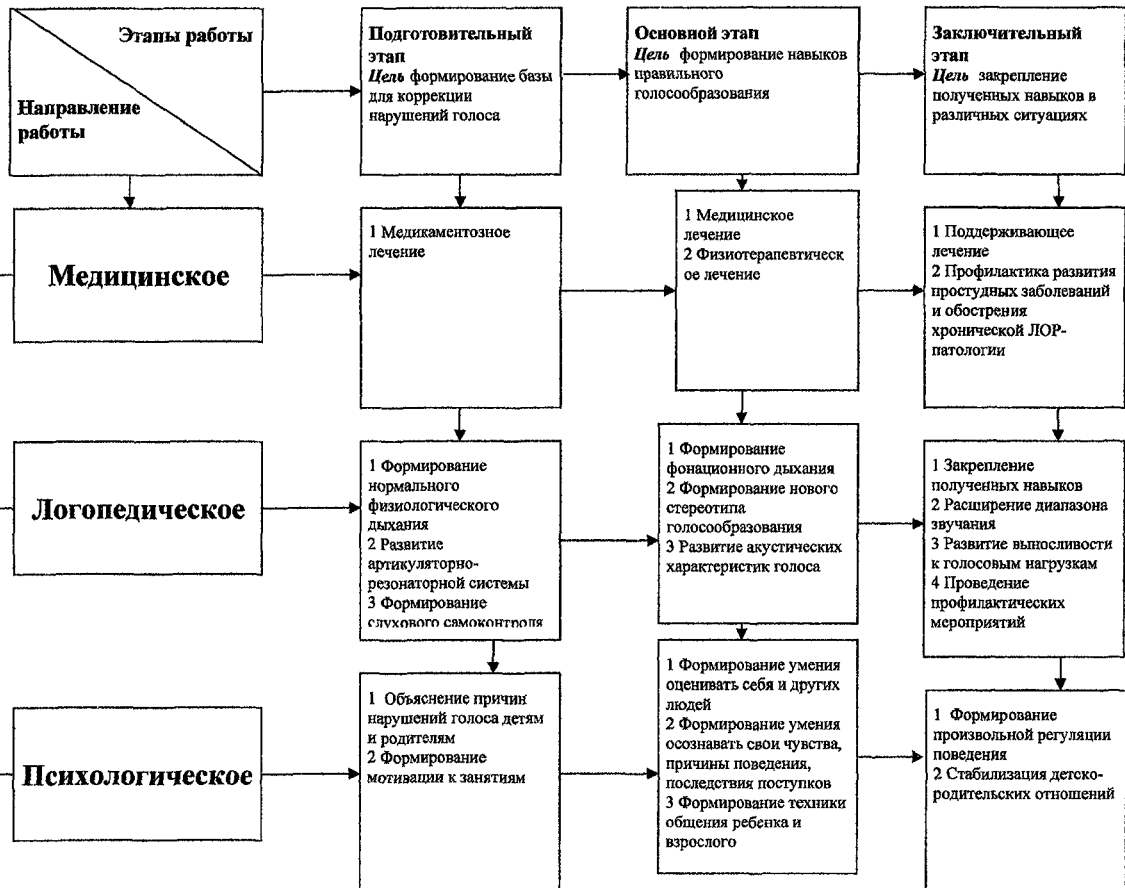
Для оценки эффективности предлагаемого коррекционного воздействия, были выделены контрольная и экспериментальная группы. В экспериментальную группу (ЭГ) было отобрано 40 с диагнозом «узелки голосовых складок», которые получали медикаментозную помощь и имели возможность посещать логопедические занятия в условиях поликлиники детей (19 детей - 5-7 летнего возраста и 21 ребенок 8-9 летнего возраста) Контрольная группа (КГ) состояла из 32 детей (из них 15 детей 5-7 летнего возраста и 17 детей 8-9 летнего возраста) с тем же диагнозом, логопедические занятия с которыми не проводили. Дети контрольной группы получали медикаментозное лечение и психолого-педагогическую консультацию логопеда во время посещения поликлиники

Комплексная работа осуществлялась одновременно по трем направлениям медицинскому, логопедическому, психологическому и включала три этапа - подготовительный, основной и заключительный (рисунок 3)

Коррекционно-логопедическую работу по нормализации голоса детей с узелками голосовых складок проводили на фронтальных и подгрупповых занятиях в условиях отделения восстановительного лечения (зал лечебной физкультуры). Обстановка, отдаленная от кабинета врача, позволяла организовать индивидуальные консультации для родителей и осуществлять занятия с детьми в игровой форме. Оптимальный результат достигался путем совместной работы логопеда, оториноларинголога и врачей других специальностей, обеспечивая тем самым комплексный подход к системе реабилитационных мероприятий

Оценку эффективности обучения проводили на основе сравнения данных объективных исследований (эндоскопия гортани, спектрального анализа голоса, ВМФ) до и после коррекционной работы с детьми В контрольном эксперименте мы использовали задания основного этапа констатирующего эксперимента.

Рисунок 3. Схема формирующего эксперимента



Дети ЭГ справились с предложенными заданиями лучше, по сравнению со сверстниками КГ. Отмечалась положительная динамика показателей при воспроизведении звуковысотных изменений, ритмических фрагментов; увеличение ВМФ.

В результате проведенного коррекционного воздействия наблюдалось изменение акустических параметров голоса как в ЭГ, так и в КГ. При слуховой оценке голоса детей было установлено, что у 60% обследуемых ЭГ голос приблизился по звучанию к норме, а у 40 % отмечали незначительную охриплость. В то время как в КГ улучшились показатели голоса только у трети детей.

Для объективного сравнения результатов констатирующего и контрольного эксперимента, совместно с врачом - оториноларингологом, были проведены эндоскопические исследования гортани и спектральный анализ голоса детей КГ и ЭГ. Результаты объективных исследований приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты эндоскопического обследования гортани детей дошкольного и младшего школьного возраста до и после обучения (% / абс.зн.)

Сроки обучения →	До обучения		После 2 месяцев		После 4 месяцев	
	узелки	норма	узелки	норма	узелки	норма
Экспериментальная группа (40 детей)	100 / 40	-	70 / 28	30 / 12	40 / 16	60 / 24
Контрольная группа (32 ребенка)	100 / 32	-	81,5 / 26	18,5 / 6	63 / 20	37 / 12

Таким образом, после двух месяцев комплексной коррекции в ЭГ у трети детей был снят диагноз «узелки голосовых складок». По результатам спектрального анализа голоса после 2 месяцев обучения у всех детей ЭГ уменьшились проявления шумовых компонентов, улучшилось качество голоса. Такая динамика наблюдалась у старших дошкольников и младших школьников с более легкой степенью нарушений фонации. После четырех месяцев занятий у 60% детей ЭГ были устранены нарушения голосового аппарата. Более быстрое улучшение функциональных показателей голоса отмечалось у детей ЭГ 5-7 летнего возраста. Такая ситуация объясняется тем, что неправильный механизм голосообразования начинает формироваться практически с периода становления активной речи детей, поэтому, чем раньше начинается логопедическая работа по формированию правильного стереотипа голосообразования, тем быстрее по времени происходит улучшение качества голоса.

У детей КГ тоже наблюдалась положительная динамика, связанная, по нашему мнению, с приемом препаратов и выполнению рекомендаций, данных при консультировании.

В ЭГ отмечено статистически достоверное увеличение числа детей с более легкими проявлениями эмоционально-поведенческих реакций и уменьшение числа детей с тяжелыми проявлениями, по сравнению с КГ ($p < 0,1$)

Следовательно, только консервативного лечения недостаточно для нормализации акустических показателей голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок. Снижение сроков восстановления голоса возможно лишь при комплексном подходе, включающем специальную логопедическую и психологическую коррекцию.

Вышеизложенное указывает на результативность предложенной методики. Это подтверждается проведенными психолого-педагогическими исследованиями, а также объективными данными медицинских исследований. Исходя из этого, наша гипотеза об эффективности комплексного подхода, учитывающего степень нарушения голосовой функции и эмоционально-поведенческие реакции, подтвердилась.

Для более точной оценки достоверности предложенной методики был применен статистический оценочный критерий однородности χ^2 . Характеристики всех сравниваемых выборок, кроме экспериментальной и контрольной групп после окончания эксперимента, совпадают с уровнем значимости 0,05.

Полученный результат $\chi_{эмп}^2 = 10,69 > 5,99 = \chi_{0,05}^2$. Достоверность различий характеристик экспериментальной и контрольной группы после окончания эксперимента составляет 95%.

Следовательно, до начала обучения состояние акустических характеристик голоса детей экспериментальной и контрольной групп совпадают, а после проведения обучающего эксперимента различаются. Можно сделать вывод о том, что изменения обусловлены применением экспериментальной методики обучения.

В заключении подведены итоги диссертационного исследования, сформулированы выводы и намечены перспективы дальнейшей работы.

Выводы

- на основании изученной литературы и собственного опыта установлено, что узелки голосовых складок являются наиболее распространенной патологией нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста и встречаются, по данным скринингового исследования, в 20,8 % случаев. Нарушение фонации у детей с узелками голосовых складок полиэтиологичны и обусловлены различными причинами (неправильной техникой голосообразования, повышенной голосовой нагрузкой, эмоционально-поведенческими особенностями ребенка),
- ранняя диагностика узелков голосовых складок возможна в рамках диспансеризации детского населения, при условии включения в состав врачебной бригады логопеда и специалистов, владеющих слуховой оценкой голоса;

- группа детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок неоднородна. На основании количественно-качественной оценки результатов экспериментального исследования было выделено три степени нарушения голосовой функции (1 степень – тяжелая - 29,2 %; 2 степень – средняя - 55,5 %, 3 степень – легкая - 15,3 %) и три группы по особенностям эмоционально-поведенческих реакций (1 группа – выраженные изменения - 20,8 %, 2 группа – умеренные изменения - 63,9 %, 3 группа - незначительные изменения - 15,3 %),
- доказано, что комплексная методика, направленная на коррекцию нарушений голоса у детей 5-9 лет, должна включать медикаментозное, логопедическое и психологическое воздействие, дифференцированное с учетом степени тяжести голосового нарушения и особенностями эмоционально-поведенческих реакций;
- сопоставительный анализ результатов коррекционного воздействия в ЭГ и КГ с помощью цифровых и компьютерных технологий достоверно доказывает эффективность разработанной модели по оптимизации процесса раннего выявления и коррекции нарушений голоса у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с узелками голосовых складок

Диссертационное исследование позволяет обозначить перспективы дальнейшей работы по данной проблеме: проведение скрининг - диагностики нарушений голоса у детей раннего возраста, определение нарушений акустических компонентов голоса у детей с различной речевой патологией, разработка модели профилактики, выявления и коррекции нарушений голоса для внедрения ее в ДОУ и школах, дополнение программ обучения для детей с различной речевой патологией разделами, направленными на профилактику и нормализацию нарушений фонации.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора

1. *Федорова О.Ю.* Что нужно знать учителю о голосе школьника? / *О.Ю.Федорова, П.А.Эстрова* // *Воспитание школьников.* – 2007. – № 10. – С. 67-72. – (0,3 п.л.; авторский вклад – 50 %).

2. *Федорова О.Ю.* Фонопедическая работа по коррекции и предупреждению нарушений голоса у детей/ *О.С.Орлова, П.А.Эстрова, О.Ю.Федорова, Э.И.Ефремова* // X з'їзд оториноларингологів України 22-25 травня 2005 р.м. – Судак. – С 19 – (0,1 п.л.; авторство не разделено).

3. *Федорова О.Ю.* Нарушения голоса у детей дошкольного и младшего школьного возраста / *Е.Ю. Радциг, О.Ю. Федорова* // *Школьный логопед* № 5-6 (8-9), 2005- с.71-75.- (0,3 п.л.; авторский вклад- 50 %).

4. *Федорова О.Ю.* Применение компьютерной программы «Видимая речь» в комплексной реабилитации больных с мутационной дисфонией / *П.А.Эстрова, О.С.Орлова, О.Ю.Федорова,* // *Материалы XVII съезда оториноларингологов*

России г Нижний Новгород 7-9 июня 2006 г – С 239 – (0,1 п.л., авторство не разделено)

5 *Федорова О Ю* Скрининг диагностика голосовых расстройств у детей в рамках целевой диспансеризации/ О.С. Орлова, Е.Ю Радциг, О Ю Федорова //Материалы XVII съезда оториноларингологов России г Нижний Новгород 7-9 июня 2006 г С.495, 0,1 п.л. (авторство не разделено).

6. *Федорова О Ю* Современные технологии в ранней диагностике и лечении подростков с мутацией / Е.Ю Радциг, П А Эстрова, О.С Орлова, О Ю.Федорова // Всероссийский съезд педиатров 25-26 октября 2006 года. – С.486-487 – (0, 15 п л , авторство не разделено).

7. *Федорова О Ю* Физиологические дисфонии в период мутации/ Е Ю Радциг, П А.Эстрова, О.Ю.Федорова // Школьный логопед – 2006. – № 2(11).– С.3-10 – (0,5 п л , авторский вклад – 30 %)

8. *Федорова О Ю* Логопедическая работа с детьми с узелками голосовых складок /О.Ю. Федорова // Материалы Всероссийского симпозиума «Логопедия XXI века» 20-21 апреля 2006 г. Санкт-Петербург- С.280-283. – (0,2 п.л)

9 *OlgaYU Fedorova* Early different voice disorders diagnostic in children / Olga YU Fedorova, Olga Orlova, Elena YU. Radzig, Anna V Savynykh// 3rd World Voice Congress June 19-22, 2006 ISTANBUL – TURKEY, P 9, 0,1 п.л.(авторство не разделено)

Подписано в печать 04 10 2007 г
Исполнено 04 10 2007 г
Печать трафаретная

Заказ № 827
Тираж 100 экз

Типография «11-й ФОРМАТ»
ИНН 7726330900
115230, Москва, Варшавское ш , 36
(495) 975-78-56
www.autoreferat.ru