РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА

ГОЛОС и РЕЧЬ

№1 (1) 2010

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ

ГИМН РОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ГОЛОСА

Музыка и слова Константина Губина

1.

В миг рождения души
Голос в дар
Людям дан.
Мы судьбу его вершим
Сквозь года,
Миру в дань.

Ref:
Знай, силы неба хорусом
Нам восславие поют.
Во имя голоса,
Во имя голоса
Мы дарим свой благословенный труд.

2.

Стань творцом своих наук,
Ты пришёл
Зрить в века…
Дай России в каждый звук
Чистый звон
Родника.

Ref:
Знай, силы неба хорусом
Нам восславие поют.
Во имя голоса,
Во имя голоса
Мы дарим свой благословенный труд.

ISSN 2078-8436

ГОЛОС и РЕЧЬ
VOICE and SPEECH

Междисциплинарный
научно-практический журнал

Учредитель:
Общероссийская общественная организация
«Российская общественная академия голоса»

УДК 08
ББК 95

Основан в 2010 году
Выходит три раза в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой
по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-38837 от 09.02.10

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор
Рудин Лев Борисович – Президент Российской общественной академии голоса, Председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, врач-отоларинголог, фониатр Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова и московского театра Новая опера имени Е.В. Колобова.

Зам. главного редактора
Оссовская Мария Петровна – Заслуженный работник культуры РФ, Вице-президент Российской общественной академии голоса, кандидат филологических наук, доцент, проректор по учебно-методической работе и профессор кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина.

Ответственный секретарь
Татарченко Елена Александровна – ассистент кафедры сценической речи Высшего театрального училища (институт) имени М.С. Щепкина.

Члены редколлегии

Агин Михаил Суренович – Заслуженный деятель искусств РФ, Заслуженный работник высшей школы РФ, Председатель вокально-методической секции Российской общественной академии голоса, кандидат педагогических наук, профессор кафедры сольного пения РАМ им. Гнесиных.

Бруссер Анна Марковна – Почётный работник образования г. Москвы, Председатель профессионально-речевой секции Российской общественной академии голоса, кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина.

Орлова Ольга Святославна – член Президиума Российской общественной академии голоса, доктор педагогических наук, профессор, зав. кафедрой логопедии Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова, главный научный сотрудник Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

Осипенко Екатерина Владимировна – член Президиума Российской общественной академии голоса, кандидат медицинских наук, руководитель отдела научно-организационной и международной деятельности и лаборатории певческого и сценического голоса Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

Силантьева Ирина Игоревна – член Президиума Российской общественной академии голоса, доктор искусствоведения, доцент кафедры оперной подготовки и режиссёр оперного театра Московской государственной консерватории имени П.И. Чайковского.

Электронный адрес редакции:
golos.journal@gmail.com

Телефон редакции: 8-967-087-97-02

Ответственные редакторы

Михалевская Ирина Анатольевна, к.п.н.
(практический блок)

Поповицкая Наталья Владимировна
(информационно-новостной блок)
natalpop@rambler.ru
8-903-593-37-17

Свёрстано и отпечатано
в ООО «Издательская группа «Граница»
Тираж 1500 экз. Формат 70x100/16
Корректор Никитюк Виктория Владимировна
Вёрстка Сафина Гульнара Замилевна
Горячев Александр Вячеславович
Сайт Академии: www.voiceacademy.ru
E-mail Академии: foncentr@mail.ru
Телефон Аппарата Президиума: (495) 726-97-60
Адрес для почтовых отправлений: 119002, Москва, а/я 23

© Бруссер А.М., Оссовская М.П., Рудин Л.Б., 2009
© Российская общественная академия голоса, 2010
© ООО «Издательская группа «Граница», 2010

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Аникеева Зоя Ивановна – член Президиума Российской общественной академии голоса, доктор медицинских наук, врач-отоларинголог, фониатр московского детского центра диагностики и лечения им. Н.А. Семашко.

Бачерикова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, зав. ЛОР отделением поликлиники Областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга.

Дайхес Николай Аркадьевич – Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса, Член Общественной Палаты РФ, Почётный гражданин города Астрахани, доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

Лаврова Елена Викторовна – кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры логопедии дефектологического факультета Московского городского педагогического университета.

Морозов Владимир Петрович – Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса, Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник института психологии РАН и Научно-учебного центра музыкально-компьютерных технологий Московской государственной консерватории им. П.И.Чайковского.

Панкова Вера Борисовна – доктор медицинских наук, профессор, зав. отделением клинических исследований и профпатологии Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Пьявко Владислав Иванович – Народный артист СССР, Почётный член Российской общественной академии голоса, кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством» IV степени, Лауреат Премии города Москвы в области литературы и искусства, профессор кафедры сольного пения Московской государственной консерватории им. П.И.Чайковского.

Романенко Светлана Георгиевна – член Президиума Российской общественной академии голоса, кандидат медицинских наук, руководитель отделения фониатрии и микрохирургии гортани Московского научно-практического центра оториноларингологии ДЗ Москвы.

Сидорова Маргарита Борисовна – Заслуженный работник культуры РФ, член Президиума Российской общественной академии голоса, кавалер ордена Дружбы, кандидат педагогических наук, доцент, зав. вокальным отделением института музыки и кафедрой теории музыки Московского государственного университета культуры и искусств.

Смелянский Анатолий Миронович – Заслуженный деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, Почётный член Российской общественной академии голоса, кавалер орденов «За заслуги перед Отечеством» IV и III степени, доктор искусствоведения, профессор, ректор Школы-студии (вуз) им. Вл.И. Немировича-Данченко при МХАТ им. А.П. Чехова.

Сметанников Леонид Анатольевич – Народный артист СССР, Лауреат Государственной Премии имени Глинки, Почётный гражданин города Саратова, Почётный член Российской общественной академии голоса, кавалер орденов Дружбы, Преподобного Серафима Саровского III степени, «Знак почёта», профессор, зав. кафедрой сольного пения Саратовской государственной консерватории им. Л.В. Собинова.

Степанова Юлия Евгеньевна – член Президиума Российской общественной академии голоса, доктор медицинских наук, руководитель отдела патофизиологии голоса и речи Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, профессор кафедры высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Чарели Эдуард Михайлович – Почётный член Российской общественной академии голоса, доцент, профессор кафедры сольного пения Уральской государственной консерватории им. М.П. Мусоргского.

ВВЕДЕНИЕ

«...так важно каждому из нас – знать о своей нужности. (...) Каким бы он ни был, это – наш век, тот, в котором нам выпало жить, и другого времени для нас не было. Важно, что ты сделал в отведённое тебе на этой земле время. И что ты оставил после себя».

И.К. Архипова

Этими словами недавно ушедшей великой певицы, выдающегося педагога и видного общественного деятеля Ирины Константиновны Архиповой, которая так просто, но многозначительно, словно завет ныне живущим, изложила позицию истинного патриота своей Родины, мы открываем новую страницу в отечественной науке. Начинается издание специализированного средства массовой информации, посвящённого уникальному природному феномену — голосу, и важнейшему средству коммуникации человека — речи, — научно-практического журнала «ГОЛОС И РЕЧЬ».

Мы живём в непростое противоречивое время. Политические и экономические преобразования последних двадцати лет дали возможность свободы выбора своего пути и самореализации. Слова И.К. Архиповой, которая была Почётным членом Российской общественной академии голоса, как нельзя более созвучны консолидирующей идеи Академии: только сами специалисты — каждый в своей профессиональной сфере — могут стать творцами лучшего будущего, провозвестниками грядущих перемен, и никто другой не изменит ситуацию к лучшему, если мы сами этого не захотим! Издание данного журнала является беспрецедентным шагом Академии на пути междисциплинарной консолидации. Его актуальность и целесообразность назрела давно. Отсутствие единого печатного органа во многом способствовало разобщению науки и практики в голосоведческой сфере. Коллективный опыт специалистов различных областей знаний, занимающихся голосовым и речевым усовершенствование человеческих возможностей, — вот то, к чему мы должны стремиться в настоящее время.

Голос и речь в современном обществе используются всё более осознанно. Большому количеству специалистов широкого профиля выразительный красивый голос и нормированная ясная речь необходимы для удовлетворения своих профессиональных потребностей. В данном контексте необходимо обратить внимание на целый ряд насущных проблем: повышение качества вокального и речевого образования для соответствующих областей искусства; удовлетворение потребностей широкого круга потенциальных потребителей, желающих улучшить качественные характеристики своих голоса

и речи; широкое распространение знаний о профилактике заболеваний голосового аппарата; разработка, утверждение и внедрение ориентировочных нормативов голосовых нагрузок для учреждений культуры и искусств; структурирование и развитие системы оказание специализированной фониатрической помощи в системе Министерства культуры РФ; утверждение порядка и развитие системы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями голосового аппарата в учреждениях Министерства здравоохранения и социального развития РФ; развитие сети научно-исследовательских лабораторий по изучению голоса; подготовка и повышение квалификации специалистов голосоведческих специальностей; развитие издательской деятельности и многое другое.

Издание журнала «Голос и речь», безусловно, является важнейшим шагом к достижению намеченных целей. Богатейший педагогический и творческий опыт речевого и вокального образования, соединившись на страницах журнала с научно-практическими исследованиями в области медицины и коррекционной педагогики, наметят пути взаимодействия и взаимовлияния и откроют новые горизонты междисциплинарных открытий, предложат новые приёмы профессионального совершенствования.

На страницах журнала мы планируем проводить проблемные дискуссии, высказывать экспертные мнения, делиться опытом, давать практические рекомендации, публиковать результаты экспериментальных исследований и многое другое. Всё это постепенно — от номера к номеру — будет складываться в единое перспективное научное направление — голосоведение — науку о голосе человека.

Первый номер журнала приурочен к международному Дню голоса, который 16 апреля отмечается во многих странах. Надеемся, что для наших читателей он станет одним из значимых профессиональных праздников.

Я от всего сердца поздравляю всех специалистов с рождением журнала и желаю всем нам плодотворного сотрудничества и осуществления задуманного!

Президент
Российской общественной академии голоса **Л.Б. Рудин**

ОПЫТ ПОКОЛЕНИЙ

УДК 80

СВЯЗЬ ВРЕМЁН. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Оссовская М.П.

ФГОУ ВПО «Театральный институт имени Бориса Щукина при Государственном академическом театре им. Евг. Вахтангова» (ректор — Народный артист РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. Е.В. Князев)

На протяжении многих лет идея междисциплинарного сотрудничества всегда оставалась насущной, ряд ведущих специалистов во всеуслышание высказывали идею объединения, идею создания единого института, изучающего проблемы голоса и речи. Опубликование архивных материалов, связанных с Институтом живого слова, совпало с созданием общественной организации — Российской общественной академии голоса. Сегодня Академия по праву может быть названа продолжателем традиций, заложенных более чем сто лет назад.

Ключевые слова: голос, речь, междисциплинарное сотрудничество, наука о речи, живое слово.

Библиография: 3 источника.

THE LINK OF TIMES. INTERDISCIPLINARY INTEGRATION

Ossovskaya M.P.

Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Theatre Institute name after Boris Shchukin with the State Academic Theatre named after Eugeny Vakhtangov» (rector — People's Artist of the Russian Federation, Laureate of State Prize of the Russian Federation, professor E.V. Knyazev)

The idea of interdisciplinary cooperation has been actual during many years. A number of leading specialists expressed the idea of uniting, the idea of creating of one institute dealing with problems of voice and speech. Publishing of the

archival materials connected with Institute of living word coincided with foundation of public organization — Russian Academy of Voice. Nowdays Russian Public Academy of Voice can be truly called the continuer of traditions put more than hundred years ago.

Keywords: voice, speech, interdisciplinary cooperation, speech science, live word.

References: 3 references.

Междисциплинарное сотрудничество, основанное на изучении, анализе многомерного видения проблемы через комплексный подход к её решению, становится одним из перспективных направлений развития науки сегодня.

Российская общественная академия голоса сумела объединить специалистов различных областей знаний, имеющих один объект исследования, с целью решения актуальных общих проблем, а именно — ГОЛОС. Голос, который является важным средством звуковой коммуникации, и речь, формирующаяся на его основе, выполняют важные функции при общении и жизнеобеспечении.

Появление журнала «Голос и речь» является своеобразным продолжением традиций в области изучения голоса. В начале XX века уже существовал журнал с таким названием. Это был период, в котором гуманитарные исследования отличались широким междисциплинарным подходом, период в истории развития человечества, известный под названием «Серебряный век». Именно это время получило название «революции в естествознании», научные открытия привели к пересмотру устоявшихся представлений об окружающем мире. Расцвет культуры того времени был беспрецедентным, он охватил все виды творческой деятельности, породил выдающиеся художественные произведения и научные открытия, новые направления творческого поиска, открыл плеяду блестящих имён, ставших гордостью не только русской, но и мировой культуры, науки и техники.

В 1910 году **Юрий Эрастович Озаровский**, артист и режиссёр Александринского театра (1892—1915 гг.), театровед, преподаватель и популяризатор художественного выразительного чтения, имея уже большой опыт преподавания, возглавляет двухгодичные курсы для подготовки преподавателей выразительного чтения в школе. Печатным изданием курсов становится журнал «Голос и речь» (1913—1914 гг.). В числе сотрудников этого популярного журнала были физиологи, психологи, лингвисты, юристы, актёры, врачи. В нём затрагивались самые насущные вопросы — вот несколько названий статей: «Сила голоса (громкость) и крик», «Сила звука на сцене», «О временной потере голоса», «Как говорят в Петербурге», «Античные маски и декламация», «Об однотонном чтении», «Педагогика пения», «О профессиональной гигиене голоса», «О голосе и жесте», «Искусство дыхания при произнесении (чтении и декламации)», «Жест на сцене» и т.д. В журнале появляются статьи академика В.М. Бехтерева; театрального педагога С.М. Волконского; литератора, профессора Ф.Ф. Зелинского; юриста, выдающегося общественного деятеля А.Ф. Кони; профессора Б.В. Варнеке; филолога, специалиста по детской речи Б. Китермана; чтеца-декламатора В.В. Сладкопевцева; филолога В.И. Чернышёва и многих др.

В.Н. Гернгросс (1882–1962)

М.В. Богданов-Березовский (1867–1921)

Н.С. Гумилёв (1886–1921)

Ю.М. Юрьев (1872–1948)

Вскоре в преподавательском кругу курсов, возглавляемых Ю.Э. Озаровским, возникает идея создания «Института Словесных Искусств для преподавателей русского языка, словесности и художественной выразительной речи». К сожалению, финансовые и организационные сложности, вызванные военным временем, не позволили осуществить этот проект.

В 1918 году ученик Ю.Э. Озаровского, **Всеволод Николаевич Гернгросс** (театральный псевдоним Всеволодский), впоследствии — первый советский профессор-театровед, историк театра, доктор искусствоведения, возродил идею создания института. Впервые в Петербурге при театральном отделе Народного комиссариата просвещения был организован Институт Живого Слова, искренне поддержанный наркомом просвещения А.В. Луначарским, который находил организацию Института одним из наиболее интересных начинаний по Народному Просвещению.

В 2007 году в рамках осуществления проекта «Становление и развитие ранней советской социолингвистики (1917 – 1938 гг.): институты, идеи, проблематика» при поддержке Совета по исследованиям в области гуманитарных наук (Arts and Humanities Research Council) — Великобритания, в первом отечественном независимом филологическом журнале «Новое литературное обозрение» в рубрике «Постакадемическая» филология 1910 – 1920-х годов: идеи и институции» были опубликованы новые материалы об Институте живого слова, основанные на архивных документах разных лет. Из стенограмм заседаний Института ясно виден междисциплинарный подход к решению актуальных проблем в области изучения голоса и речи и объём проведённой в его стенах организационной, учебной, просветительской, исследовательской и экспериментальной работ. [1].

Задачи Института живого слова в начале XX века оказались созвучны с задачами созданной в начале XXI века Российской общественной академией голоса, объединившей в своих рядах лучших специалистов в области фониатрии, фонопедии, акустики, вокальной и речевой педагогики и т.д. на базе научно-исследовательской и творческо-экспериментальной деятельности.

Начал своё существование Институт живого слова в здании бывшего Павловского института (привилегированного женского учебного заведения) на Знаменской улице, дом 8 (ныне — улица Восстания, 8), а затем разместился в доме 7 на площади Александринского театра (ныне — площадь Островского, 7). В то время в Петербурге уже существовали с 1912 года Курсы ритмики С.М. Волконского, с 1915 г. — Школа пластики и сценического выражения Л.И. Исаченко-Соколовой; в Москве с 1913 г. действовали Курсы дикции и декламации В.И. Сережникова. В.Н. Всеволод-

ский-Гернгросс предложил новый подход в организации учебного процесса, в котором практика соединялась бы с научными изысканиями. Он пригласил к сотрудничеству различных учёных, из них: медик-ларинголог **М.Б. Богданов-Березовский**, поэт **Н.С. Гумилев**, лингвисты **Л.В. Щерба** и **Л.П. Якубинский**, критик и поэт **К.А. Эрберг**, актёр Александринского театра **Ю.М. Юрьев**, писатель **Ю.Н. Тынянов**, нарком просвещения **А.В. Луначарский**, музыковед **Б.В. Асафьев**, филолог **А.А. Шахматов**, философ **И.И. Лапшин**, писатель **В.Б. Шкловский**, одна из лучших камерных певиц и профессор Петербургской консерватории **А.Г. Жеребцова-Андреева**, композитор и руководитель оркестра **А.Н. Канкарович**, сказительница — педагог **Е.Е. Соловьева**, логопед и сурдопедагог **Д.В. Фельдберг**, детский психолог, в будущем профессор ленинградского Института по изучению мозга и психической деятельности, **П.О. Эфрусси** и поэт-переводчик, библиограф **Н.Н. Бахтин**.

Л.П. Якубинский (1892–1945)

Л.В. Щерба (1880–1944)

К.А. Эрберг (1871–1942)

Д.В. Фельдберг (1873–1942)

Это было уникальное высшее учебное и научно-исследовательское заведение, которое сразу же приобрело популярность не только благодаря экспериментальному характеру, но и именам преподавателей, а ими были величайшие учёные и известные деятели литературы и искусства. Помимо уже упомянутых лекторов, в их ряду числились филолог **Б.М. Эйхенбаум**, поэт и публицист **Н.А. Энгельгардт**, диалектолог **В.И. Чернышев**, пушкинист **С.М. Бонди**, критик **А.Г. Горнфельд**, юрист и общественный деятель **А.Ф. Кони**, музыковед **Л. Сабанеев**, к сотрудничеству были приглашены: **Ф.И. Шаляпин**; **К. Чуковский** и **А. Ремизов**; критик **А.Л. Волынский** и т.д. Документы той эпохи свидетельствуют об участии в работе института Н. Гумилёва, В.И. Иванова, А. Белого, В. Маяковского, Вс.Э. Мейерхольда, А. Ахматовой, З.Н. Гиппиус, А. Блока.

На первом заседании института были чётко сформулированы три основные задачи: первая — учебная, она состояла в преподавании предметов, относящихся к устной речи; подготовке мастеров живого слова в областях: педагогической (для педагогов школы и преподавателей искусства речи), общественно-политической (ораторов, судебных, духовных, политических и др.) и художественной (поэтов, писателей, актёров, певцов и др.); вторая — научная: создание «науки о слове», научно-практическая разработка вопросов, связанных с областью живого слова и соответственных дисциплин; третья — воспитательная: распространение и популяризация знаний в области живого слова.

Вот только некоторые научные проекты, намеченные к осуществлению сотрудниками Института живого слова: создание науки об искусстве речи; установление законов правильного произношения в русском языке; изучение влияния войны и революции на язык; изучение мело-

А.В. Луначарский (1875–1933)

Б.В. Асафьев (1884–1949)

дики русского языка; сбор материала для создания учебника по декламации универсальной поэзии и прозы; составление библиографии по искусству языка; сбор материала о методах преподавания искусства речи; слово и знак; классификация творческих образов; коллективная импровизация; аналогия между звуком и цветом и т.д. Многое было осуществлено. Ряд начинаний, зародившихся и утвердившихся в рамках института, получили дальнейшее развитие за его пределами.

Важнейшим научным результатом междисциплинарного сотрудничества в области голоса и речи, достигнутым Институтом живого слова, является создание Д.В. Фельдбергом отофонетической лаборатории, которая предшествовала открытию в 1919 году отдельного Отофонетического института, впоследствии ставшего центром по исследованию проблем сурдопедагогики и логопедии — Ленинградским институтом слуха и речи.

Благодаря увлечению С. Бернштейна изучением поэтической декламации и записи чтения стихов поэтами и актерами мы можем сегодня слышать голоса А. Ахматовой, А. Белого, В. Брюсова, Н. Гумилева, С. Есенина, Г. Иванова, В. Маяковского, О. Мандельштама, В. Ходасевича.

В конце 1920-х годов К. Эрберг создает ряд трудов по теории ораторской речи, органической частью этих разработок были идеи, обсуждаемые автором и его коллегами в стенах Института живого слова.

Следует также упомянуть о созданных Л.П. Якубинским в 1926 г. двух лабораториях публичной речи, являвшихся своего рода логическим продолжением ораторского отделения ликвидированного к тому времени Института живого слова. Основным направлением деятельности лабораторий являлось создание терминологии и определений для описания форм публичной речи, их классификация, а также подбор библиографии по соответствующей тематике.

Экспериментальный характер исследований сотрудников Института столкнулся с жизненной реальностью сложного времени, в которой многие проекты не могли быть осуществлены. Возникла и методологическая проблема, ставшая сначала причиной постоянных проверок и ревизий учебных и научных материалов, а затем и закрытия в 1924 году Института.

В начале XX века Институт живого слова дал начало многим научным гипотезам и открытиям. В этот период были проведены интереснейшие научные исследования, заложена теоретическая база в области изучения голоса и речи.

Имена деятелей театра соседствовали с именами литераторов и литературных критиков, лингвистов, медиков, юристов и психологов. Подход Института живого слова к проблемам языка, несомненно, был междисциплинарным: голос и речь изучались с точки зрения филологии, лингвистики, музыки, физиологии, психологии, социологии и техники речи.

Журнал «Голос и речь» постигла та же участь. На фоне сложной политической ситуации в России начала XX века журнал просуществовал всего почти полтора года и закрылся по причине, о которой говорят следующие строки редактора и издателя А.И. Долинова: «Настоящей, мартовской книж-

кой издание журнала «Голос и речь» — приостанавливается, впредь до лучших времён» [2].

Хочется верить, что такие времена наступили. Мы живём в XXI веке, в веке междисциплинарной интеграции. На протяжении многих лет идея междисциплинарного сотрудничества всегда оставалась насущной, ряд ведущих специалистов во всеуслышание высказывали идею объединения, идею создания единого института, изучающего проблемы голоса и речи. Опубликование архивных материалов, связанных с Институтом живого слова, совпало с созданием новой общественной организации — Российской академии голоса. Сегодня Российская общественная академия голоса по праву может быть названа продолжателем традиций, заложенных более чем сто лет назад. Академия вновь соединяет в своих рядах специалистов различных областей знаний, занимающихся проблемами голоса и речи, и восстанавливает традицию профессионального общения ведущих специалистов различных научных направлений и творческой деятельности. Это вселяет уверенность в то, что восполнятся утерянные знания, откроются перспективы научно-исследовательской работы и междисциплинарной интеграции, теоретические знания и практический опыт послужат на благо развития отечественной науки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассена Р.* К реконструкции истории и деятельности Института живого слова (1918—1924) / Рафаэлла Вассена. // Новое литературное обозрение. — 2007. — №86. http://magazines.russ.ru/nlo/2007/86/va5.html

2. *Чоун Е.* Из предыстории Института живого слова: протоколы заседаний курсов художественного слова / Екатерина Чоун, Крейг Брандист // Новое литературное обозрение. — 2007. — №86. http://magazines.russ.ru/nlo/2007/86/ch6.html

3. *А.И. Долинов* / Голос и речь. — 1914. — №3. — С. 3.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

В сообществе людей есть личности, которые своей интенсивной созидательной деятельностью невольно возвышаются над другими; они, как правило, являются носителями формирующих общество концепций, публичными выразителями подспудно вызревших идей, дерзкими первооткрывателями в разных областях труда, науки, искусства. Их достижения во благо других высоко оцениваются государством. Такие люди привлекают к себе повышенное внимание, их личная и профессиональная, будничная и праздничная жизнь неизменно вызывает интерес общества. Публичный человек, специалист, посвятивший себя служению Голосу в любом из его воплощений в поликультурном пространстве, достоин быть представленным КРУПНЫМ ПЛАНОМ.

11 февраля 2010 г. завершила свой жизненный путь Ирина Константиновна Архипова. Обозревая его, понимаешь, что она жила по канонам высшей мудрости: «В постоянном творении красоты восходит человек от земного бытия к престолу Всевышнего!». И она верила, что творчество, красота, гармония восторжествуют над распрями и неурядицами нашей жизни.

Ирина Константиновна одной из первых своим именем, своим авторитетом поддержала молодую Российскую общественную академию голоса, являлась её Почётным членом. Отмечая международный День голоса, мы не можем не вспомнить об этом человеке. Память сердца будет хранить её дивный голос, которым она воспевала жизнь.

УДК 792.0

ДУША В ЗАВЕТНОЙ ЛИРЕ

Силантьева И.И.

ФГОУ ВПО «Московская государственная консерватория (университет) имени П.И. Чайковского» (ректор — Засл. деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. А.С. Соколов)

Очерк посвящён памяти Ирины Константиновны Архиповой, выдающейся певицы XX века, искусство которой обрело международное признание. «Царица русской оперы», «Богиня искусств», «Волшебное меццо» — вот лишь несколькие титулы, которыми был увенчан её талант. На прославленной сцене Большого театра сбылись для артистки без малого все роли её вокального амплуа, но сердце своё она отдала лишь одной — Кармен, чистая, пламенная, свободная, героиня торжествовала на всех знаменитых сценах Европы и Америки. Ирина Архипова жила с чувством ответственности за продление лучших традиций русской вокальной школы и была поглощена

заботой о талантливой молодёжи; по её инициативе отечественная культура обогатилась несколькими, ныне престижными вокальными конкурсами, в том числе Международным конкурсом имени М.И. Глинки. Делу поддержки молодых талантов и распространению лучших образцов вокального искусства служил и продолжает служить Фонд Ирины Архиповой, как и Международный союз музыкальных деятелей. Её голос и судьба навсегда останутся национальным достоянием России.

Ключевые слова: Большой театр, Кармен, Фонд Архиповой.

Библиография: 2 источника.

THE SOUL IN SACRED LYRE

Silantiyeva I.I.

Moscow State Conservatory named after P.I. Tchaikovsky

The essay is devoted to the memory of Irina Konstantinovna Arkhipova, an outstanding singer of the XX century, whose art was famous around the world. «The Queen of Russian Opera», «Goddess of Arts», «Magic Mezzo» — here are just some titles that refer to her talent. The artist played all roles of her vocal line on the glorious stage of the Bolshoi Theatre, but she gave her all heart to just one role — Carmen; clean, flaming, free, her heroine triumphed on all famous stages of Europe and America. Irina Arkhipova lived with responsibility for continuation of the best traditions of the Russian vocal school and was captured with care of the talented youth. As a result of her initiative, the native culture was enriched with several vocal competitions, which are prestigious now, including the International Competition named after M.I.Glinka. Irina Arkhipova Fund as well as the International Union of Music Professionals served and continue to serve the goal of support of young talents and distribution of the best samples of vocal art. Her voice and fate will always remain the national property of Russia.

Keywords: the Bolshoi Theatre, Carmen, Arkhipova Fund.

References: 2 referenses.

Мир оскудел: прекрасная душа вернулась в обитель муз.

Не покидает чувство, что уход Ирины Архиповой знаменует собой близкий конец золотого века русской оперы, исчезновение со сцены особой, многодушной артистической натуры, щедрой в своих созидающих порывах и всегда жертвенно раскрытой для творчески обновляющей боли. Многие участвуют в серьёзной игре под названием «театр», но лишь избранные сотворяют игру преображения внутри себя, обращаясь к миру то одним, то другим из многих своих ликов; как говорится, «много участников, да мало призванных». Уже век назад высказывались опасения, что артистическая душа как особый тип вскоре сойдёт с драматической сцены. Она же обрела

себя на сцене оперной и прежде всех воскресла в творениях Фёдора Шаляпина. Ирина Архипова — истинная преемница великой шаляпинской традиции и последней тайны перевоплощения в вокальной интонации.

Дар воображения и фантазии — непременный признак души артистической; он возбуждает жажду творческого преображения действительности, что рождает необходимость посредством художественных образов сказать миру своё особое слово. Духовное перерождение Ирины Архиповой в героиню, начинаясь с пульсации новых ритмов внутренней жизни, вызревания новой души в атмосфере любви и сострадания, заканчивается срастанием актрисы и её творения в двуединое существо.

Монолог героини, в слиянии с помыслами и чувствами исполнительницы, захватывает слушателя и как поток увлекает в русло вымышленной жизни. Разнообразие внешних, сценически выразительных приёмов уступает внутренней «многоликости», выраженной в игре тембров и фактурной образности голоса, в основе которых лишь «чистая магия духа».

Сколько бы ни выходила на сцену, певица никогда не позволяла себе воспроизводить ранее созданный образ, но каждый раз заново возрождалась в нём, и поэтому каждое мгновение всегда было творчески первично, и чистая энергия непосредственного переживания неизменно завораживала публику, а само переживание обретало каждый раз неповторимую и совершенную форму воплощения в вокальной речи.

В душу ближнего возможно проникнуть только через преображение собственной души. Это было дано Ирине Константиновне, иначе каким образом открылся бы ей во всей полноте высокий художественный репертуар, сценически сбылись разные характеры *Марфы и Шарлоты, Любаши и Амнерис, Марины Мнишек, Кармен и Элен, Эболи, Полины, Азучены или Ниловны, Дьячихи, Варвары, Комиссара,* которые, в согласии с разнообразием композиторских замыслов, объединяло волевое и страстное личностное начало.

ГОЛОС

Уже несколько поколений слушает голос Ирины Архиповой в основном в записях, и он стал олицетворением её имени, за которым для большинства стоит Незнакомка. А ведь вся её долгая и трудная, как у каждого большого художника, жизнь сосредоточилась и запечатлелась именно в голосе, который теперь остался с нами. Какой он? Неповторимый, как неповторима личность! «Сравненья все перебирая, не знаю, с чем сравнить».

Каждая страна, познавшая искусство первого меццо-сопрано России, искало свой аналог и уравнивало русскую певицу с выдающимися исполнителями своего народа и своей эпохи; так на оперный Олимп взошли рука об руку две богини — Ирина Архипова и Монсеррат Кабалье. Это была новая высота для титулованной в отечестве «Царицы русской оперы».

Искусство знает голоса, идеально технически отточенные, равнозвучные от нижайшей до верхней ноты диапазона. Голос Архиповой, отражающий содержательность внутреннего мира певицы, помнится иным: бездонностью звука, благородным металлическим блеском, бесконечными переливами красок, волнообразной гибкостью, невероятно волнующим пианиссимо, преодолевающим оркестровое tutti. Он способен выразить все состояния

и отношения, эмоции, чувства и переживания женщины: в нём щедрая страстность, повелевающая властность, всепокоряющая женственность, тёплая чувственность. И всё это в обрамлении безупречного вкуса.

Тембр изумительной красоты рождается из трепета внутренней жизни, сдерживаемой безупречным чувством меры; он возбуждает восприятие слушателя, навевая образы текучей струи тёмно-золотистого мёда, бликов на поверхности шёлка, трепета свечного пламени. Одушевлённость звука рождается от интенсивности внутреннего переживания, которое подхватывает слушателя как полноводный поток, покоряет и вбирает покорившуюся душу слушателя, ненасильственно принуждая его дышать вместе с певицей. Как сказал когда-то философ Ильин о Шаляпине, дыхание скользит по связкам, словно смычок по струнам, и от этого рождается несравненная свобода самовыражения, чуждая какой-либо аффектации. Кажется, а может, так и есть, Ирина Архипова поёт как говорит, будь то на эмоциональной вершине звучания или в низинах музыкального шёпота; возникает впечатление, что звуковой поток льётся просто и беспрепятственно, подобно свободному течению реки. И эта свобода говорит о том, что голос Архиповой — природный, Богом данный.

ПРИЗВАНИЕ

Певческий дар Ирина Константиновна унаследовала и по материнской, и по отцовской линии. Бывает так, что природа одаривает способностями поколение за поколением, и однажды накопленные сокровища духа собираются в талант и заявляют о себе в одном представителе, хочет он этого или нет. Это и называется призванием. Певица писала о своих первых музыкальных впечатлениях: «Познание окружающего мира происходило не только с помощью зрительных образов, но и через посредство звуковых впечатлений. Первыми музыкальными звуками моего детства было мамино пение. У неё был очень красивый голос, задушевного, мягкого тембра. Папа всегда восхищался им. Хотя сам не имел голоса, но был очень музыкальным человеком, любил ходить на концерты, в театр на оперные спектакли. Самоучкой он научился играть на балалайке, мандолине, гитаре. (...) Потом я узнала, что в семье папиных родителей, где было несколько сыновей, даже существовал своего рода семейный оркестр. Играл папа и на рояле. Во времена моего детства «живая» музыка намного чаще, чем сейчас, звучала не только в семейном кругу — в школьной программе обязательными были уроки пения. Они были непременной частью разностороннего образования и эстетического воспитания детей. (...) В доме у нас часто звучала музыка и не только, когда приходили гости. Нередко мы с мамой напевали что-нибудь вдвоём. Особенно нам нравилось петь дуэт Лизы и Полины из «Пиковой дамы» П.И. Чайковского...».

Ирина поступила в музыкальную школу имени Гнесиных, наставниками по классу фортепианной игры была сама Елена Фабиановна, а затем — её сестра, Ольга Фабиановна Гнесина. Будущее знаменитой певицы первым предрёк Ирине педагог по сольфеджио, П.Г. Козлов: богатый обертонами, её голос словно фальшивил на фоне «прямых» голосов класса. К тому же первая учительница пения юной Ирины, поборница неких приёмов постановки голоса, была убеждена, что та петь не сможет, несмотря на музыкальность. И Архипо-

ва почти разуверилась в своих вокальных возможностях. Что ж, и это, наверное, закономерно для большой личности, — двигаться вперед не «благодаря», а «вопреки» всему: ведь Шаляпина поначалу не приняли даже в хор...

Семья не сомневалась в том, что будущее Ирины будет связано с архитектурой, да и сама она мечтала об этом и альтернативу видела лишь в профессии скульптора, восхищаясь работами А.С. Голубкиной и В.И. Мухиной. И тут по линии судьбы прошла война. Казалось счастливым совпадением, что в Ташкенте, куда семья переехала из затемнённой столицы, совсем рядом с новым домом в эвакуации находился МАРХИ. Окончив школу, в 1942 году Ирина поступила в Архитектурный институт с отличными оценками. Но Полигимния не отпускала её: в стенах института эта муза снискала поклонение, педагоги и студенты увлекались театром, пением и музицированием. В МАРХИ был создан вокальный кружок, руководителем которого стала Надежда Матвеевна Малышева, опытный и вдумчивый концертмейстер Московской консерватории, «правая рука» К.С. Станиславского в подготовке знаменитого спектакля Оперной студии «Евгений Онегин». Ей удалось возродить в Архиповой веру в собственные силы, и девушка возобновила прерванные войной занятия пением. Последовавшие вскоре вокальные вечера стали необходимой частью её жизни.

«Именно с момента нашей встречи я отсчитываю свою биографию певицы. В вокальном кружке Архитектурного института я усвоила основные приёмы правильной постановки голоса, именно там сформировался мой певческий аппарат. И именно Надежде Матвеевне я обязана тем, чего достигла», — признавалась позже Архипова. Бесценны были уроки Малышевой, посвящённые русской камерной музыке: романсам с их тонкой драматургией и глубоким подтекстом, сложной образностью и психологией характеров. Они требовали ясности трактовки и прекрасной простоты исполнения, чувства формы, скульптурности слова, омузыкаленности согласных звуков, смысловой выразительности интонации, образности пения. В дальнейшем это стало присуще творческому почерку Ирины Архиповой, звучала ли в её исполнении старинная ария, народная песня, вокальная миниатюра, оперная партия. Недаром скупая на похвалу Малышева сказала однажды о своей ученице: «С Ирой можно говорить на одном языке — языке Шаляпина и Станиславского!». От Малышевой приняла Ирина Константиновна и навык интерпретации вокального образа, оперного характера. Это касалось Хабанеры из оперы Ж. Бизе — Надежда Матвеевна увлекла её своей трактовкой: чистая, свободная, дикая Кармен покорила воображение Ирины, и из этого зерна впоследствии родилась её героиня, покорившая мир.

МУЗЫ

Неизвестно, какие битвы за будущую профессию Ирины Архиповой разыгрывались на Парнасе между Полигимнией и Уранией, но очевидно, что первенство, прежде чем покровительница зодчества смирилась, долго переходило из одних божественных рук в другие. И это к лучшему, ибо присущая Архиповой в музыке свежесть мышления и восприятия отличала её блестящие работы и в области архитектуры, недаром Г. Свиридов позже заметил, что Ирина Константиновна обладает «пропорцией искусства».

«Для своего диплома я выбрала не совсем обычную тему — проектирование памятника-музея в честь павших в Великой Отечественной войне в городе Ставрополе, — вспоминала Ирина Архипова. Необычность была не в теме, необычным было предложенное мною решение — возвести на возвышенном месте в парке, в самом центре города Ставрополя монумент в виде своеобразного пантеона. Внутри ротонды я наметила разместить музей Славы со скульптурными изображениями героев, с выбитыми на стенах фамилиями павших. К этой ротонде должны были сходиться аллеи парка, детальную планировку которого (и прилегающей к нему местности) я тоже сделала».

Дипломница Архипова выступила провозвестником новой мемориальной архитектуры — монументальных ансамблей на Мамаевом кургане в Волгограде, на Поклонной горе в Москве; её проект заинтересовал немецких и японских зодчих, отбиравших наиболее интересные работы для выставок. Интересно, многие ли столичные жители, поклонники великой певицы, знают Москву Архиповой: с 1948 года она занималась проектированием жилых домов на Ярославском шоссе, выступила автором проекта здания Московского финансового института на проспекте Мира, служебных построек комплекса МГУ имени М.В. Ломоносова. Ректор университета В. Садовничий назвал её человеком блестящих естественно-научных познаний. Действительно, на архитектурном поприще впервые раскрылся масштаб личности Ирины Константиновны.

Но вторая, певческая половинка души не давала покоя, требуя своего осуществления в жизни Архиповой, и она поступила на вечернее, а затем на дневное отделение в Московскую консерваторию в класс Народного артиста РСФСР Л. Савранского и уже на втором курсе дебютировала в спектаклях Оперной студии. Она исполнила партии Лариной в опере Чайковского «Евгений Онегин» и Весны в опере Римского-Корсакова «Снегурочка», после которой студентку пригласили выступить на радио.

Пять долгих лет Урания постепенно уступала свою власть Полигимнии, и наконец призвание победило: с Ириной Архиповой осталась лишь одна муза. Под её покровительством в 1953 году блестяще прошли дипломный концерт, государственные и вступительные аспирантские экзамены. Но ни всеобщая убеждённость в её карьере оперной певицы, ни роскошный, включавший сложнейшие партии, репертуар, ни участие в престижных концертах не спасали от профессиональной беды: невостребованности! Два прослушивания в Большой театр окончились неудачей. Возмущённый положением педагог представил ученицу старейшему импресарио Г. Комиссаржевскому. Тот, прослушав Архипову, тотчас позвонил кому-то и аттестовал: «Высокая, стройная, интересная, музыкальная, с полным диапазоном, столько-то лет...». Такой она и взошла на сцену Свердловского театра оперы и балета.

ДЕБЮТЫ

В творческом становлении Ирины Константиновны была велика роль человеческого фактора. Казалось, будто судьба её, наконец встрепенувшись, сказала: пора! И на жизненном пути Архиповой стали появляться значимые люди. Один из них — М. Ганелин, без всяких проб подписавший будущей

солистке дебют в Свердловском театре. Перевод на заочное отделение аспирантуры вокального факультета позволил певице, оставаясь солисткой театра, совершить первую гастрольную поездку в Ленинград: избранная публика Малого зала филармонии рукоплескала исполнительнице вокальных опусов Р. Шумана, а через два дня публика Малого оперного театра стала счастливым свидетелем дебюта певицы в «Царской невесте». Позднее Ирина Константиновна рассказывала, что со страху отворачивалась от афиш, где впервые напечатано было: «Любаша — Архипова».

Сохранились воспоминания солиста оперы Ю. Гуляева об Архиповой в роли Любаши: «...с первого же звука голоса певицы всё преобразилось, ожило и заговорило. Она пела «Вот до чего я дожила, Григорий», и это был такой вздох, протяжный и щемящий, это была такая правда, что я обо всём забыл; это была исповедь и рассказ, было откровение обнаженного сердца, отравленного горечью и страданием. В её строгости и внутренней сдержанности, в умении владеть красками голоса с помощью самых лаконичных средств жила абсолютная доверительность, которая волновала, потрясала и удивляла. Я верил ей во всём. Слово, звук, внешность — всё заговорило богатым русским языком. (...) Это была сама жизнь. Это было похоже на то состояние, когда кажется, что человек оторвался от земли, такое вдохновение, когда сострадаешь и сопереживаешь саму истину. «Вот она, матушка Русь, как поёт, как берёт за сердце», — подумал я тогда...».

Далее были гастроли театра в Ростове-на-Дону, в Кисловодске... Настойчиво звал к себе Ленинград... Колесо фортуны медленно тронулось. Наступил год V Всемирного фестиваля молодёжи и студентов в Варшаве. На кремлёвском концерте победителей Международного конкурса вокалистов один из членов правительства поинтересовался: «Почему Архипова не в Большом?». Ирину Константиновну приказом Министерства культуры перевели в Большой театр. Там главный дирижёр театра А. Мелик-Пашаев работал над обновлением постановки оперы Бизе и нуждался в новой исполнительнице. Был первый день весны 1956 года. А ровно через месяц состоялась премьера «Кармен».

ХОЗЕ

13 июня 1959 года. Этот день был отмечен судьбой для двоих, хотя один пока не знал о существовании другого. Оказавшись в Москве по случаю отпуска, курсант Владислав Пьявко попал на спектакль «Кармен» с участием Марио дель Монако и Ирины Архиповой. Талант Архиповой разбудил в нём страстную актёрскую природу, — молодому человеку на галёрке ослепительно открылось его призвание. Он признался себе в стихах:

Я был раздавлен. Очарован.
Не мог поверить в этот пир,
Чтоб краски, музыка и слово
Могли рождать подобный Мир.
И я в плену! Я весь во власти
Калейдоскопа бурных сцен.
Меня волнуют эти страсти,
Происходящие в «Кармен».

Я весь сижу, как на иголках,
Страдаю, мучаюсь, люблю
И на соседа, зыркнув волком,
Чтоб не мешал, уже шиплю.
А сам с Дель Монако ревную
Непостоянную Кармен.
Готов на жертву я любую
За счастья призрачность взамен.
То я в трагизме вырастаю,
То унижаюсь до колен,
То смертью ей я угрожаю,
То горько плачу над Кармен.
Она ж, свободная, как птица,
По воле мудрого Бизе,
Не замечает, что глумится
Над чувством бедного Хозе.
Она стройна, как тополь дикий,
Кармен — Ирира юных лет...
Партнёр назвал ее Великой,
Которой равных в мире нет.
Их голоса, как волны моря,
Сплетясь в тембральные валы,
Несутся в зал, в стаданьях споря,
Упруги, ярки и мощны...
Погасла рампа... Канул вечер,
Слетел, как календарный лист...
В ту ночь во мне погиб ракетчик
И родился простой артист.

Мечта стать актёром музыкального театра мучительно осуществлялась. Получив первые уроки игры на аккордеоне в посёлке Таёжный Красноярского края, окончив школу рабочей молодёжи, Владислав упорно поднимался по профессиональной лестнице, поражая неимоверной работоспособностью. Но ни актёрский факультет ВГИК, ни Высшие режиссёрские курсы «Мосфильма» не открыли перед ним свои двери. Судьба жёстко и предначертано вела его по пути, устремлённом в самое «лоно искусства»: ГИТИС. Неординарный, самородный талант Владислава высвобождали из породы столь же неординарные педагоги: С. Ребриков и Б. Покровский. Далее пролегла долгая самостоятельная дорога совершенствования. Пьявко стал первым выпускником ГИТИСа, попавшим на сцену Большого театра в числе шести из трёх сотен претендентов. В 1966 году он благополучно закончил первый год стажировки, но, по собственному выражению, оказался выброшен на «творческую мель»: проходящие партии не тешили страстную натуру артиста, тосковавшего по сильным характерам, многогранным личностям героев, высоким эмоциям. Но намечались перемены...

В том же, 1966 году, возвратясь с длительных американских гастролей, Ирина Константиновна застала труппу Большого театра в недоумении: как же

так? Стажёру отдана партия в «Чио-Чио-Сан»! Объектом разора был В. Пьявко. Тогда впервые Архипова приняла участие в его судьбе: содействовала стажёрской поездке в Италию, конечно, не только в целях вокального совершенствования... «И вот тут-то у меня и произошло с ним настоящее знакомство — он мне писал. Писал очень интересно. В каждом письме было что-то такое, что отличало только его характер. И у меня постепенно стало складываться совершенно иное к нему отношение», — призналась Ирина Константиновна. Она приняла участие в его репертуарном росте, и так получалось, что каждая небольшая, рекомендованная ею и выполненная им роль, становилась яркой, интересной, гастрольной. Такой стала партия Андрея Хованского, по поводу чего дирижёр Б. Хайкин напророчил: «Ой, заведёт она его на костёр!», имея в виду Архипову. Действительно, на сцене властвуют над людьми неистовые эмоции и непреодолимые силы притяжения. Владислав Иванович стал ухаживать за Ириной Константиновной, красиво, как истинный поэт только может. А она обрела бесценного друга. Надо отдать ей должное: она сопротивлялась, вопреки всем жизненным обстоятельствам, — ничего не вышло; и богиня сдалась, уступила «упрямству, сибирской, кержачьей породе». Их роднило ощущение призвания и взаимодополняющая уникальность каждого. В конце концов любовь — это служение любимому. Их было двое, и они заново учились любить.

С того момента начинается озарённая работа В. Пьявко в Большом театре. Одна за другой появляются в его репертуаре всё более трудные и интересные партии драматического тенора. И вот уже три исполнительницы партии Кармен претендуют на партнёрство с ним, но для него, Хозе, среди них есть только одна истинная Кармен, единственная, обожаемая.

КАРМЕН

Сама Архипова позже записала свои впечатления: «От дебютного спектакля в Большом театре память сохранила чувство какого-то необыкновенного страха. (...) По своей тогдашней неопытности я не знала, что бояться надо было не просто первого выхода на сцену Большого, а первого появления на ней именно в партии Кармен».

Ты — мой восторг, моё мученье,
Ты озарила счастьем жизнь мою.
Моя Кармен!

Так обращается к Кармен влюблённый Хозе в своей знаменитой арии из второго акта, или, как её ещё называют, «арии с цветком». Я тоже с полным правом могу повторить эти слова признания своей героине, — призналась Ирина Константиновна. — И хотя нельзя сказать, что работа над этой ролью была моим мучением, но давалась мне моя Кармен не сразу и не просто, а после многих сомнений и поисков своего видения, своего понимания этого персонажа очень популярной оперы Бизе и не менее популярной новеллы Мериме. Зато бесспорно, что исполнение этой партии оказало решающее влияние на всю мою дальнейшую творческую судьбу. Кармен действительно озарила мою жизнь, поскольку с ней связаны очень яркие впечатления от первых лет моей работы в театре».

За тридцать с лишним лет служения сцене Большого театра Ирина Константиновн с большим успехом дебютировала в партиях Амнерис (Аида), Эболи (Дон Карлос), Азучены (Трубадур), Любаши (Царская невеста), Элен Безуховой (Война и мир), Мэг (Фальстаф), Марины Мнишек (Борис Годунов) и Марфы (Хованщина), Шарлоты (Вертер) и другие. В течение ряда последующих лет Архипова оставалась главным вокальным консультантом Большого театра.

Оказывается, Ирина Константиновна год за годом старалась каким-нибудь музыкальным событием отмечать «юбилеи» своего знаменитого дебюта в «Кармен»: петь спектакли в Большом театре или проводить на его сцене творческий вечер, и так — целых сорок лет! В одном из стихотворений, написанном Владиславом Пьявко в ночь на 1 апреля 1981 года, рассказано об одном таком юбилейном выступлении — 25-летии со дня дебюта Ирины Константиновны в Большом театре в её любимой партии Кармен.

Совсем недавно — первого апреля?! —
Звездой неведомой, ярчайшею блеснув,
Она затмила всех, в успех не веря,
Но возвестив собой вокальную весну.

Совсем недавно — первого апреля?! —
Ворвавшись в зал блистательной Кармен,
Сказала всем (никто тогда не верил):
— Мой век настал и ждите перемен...

Совсем недавно: — Первое апреля?!
А дни сложились в двадцать пять кипучих лет!
Кто рядом шёл — давно уже сгорели.
Она ж по-прежнему струит свой яркий свет!..

СЛАВА

Ошеломительный триумф «Кармен» в Москве открыл перед Ириной Архиповой двери на мировую оперную сцену и принёс певице всемирную славу. Спектакль транслировался на все европейские страны, и каждая захотела приобщиться выдающему явлению искусства. Кармен умирала и воскресала на всех знаменитых оперных сценах планеты. В январе 1961 года к её ногам пал Рим. Хозе — великий Дель Монако сказал рождённые счастьем слова: «Я двадцать лет пою на сцене. За это время я знал многих Кармен, но лишь три из них остались в моей памяти. Это Джоанна Педерцини, Райз Стивенс и Ирина Архипова». Итальянский партнёр отмечал в большой и настоящей актрисе темперамент и тонкую сценическую интуицию, обаятельную внешность; особенно он восторгался совершенством пения; содержательной, эмоциональной актерской игрой, глубиной постижения и правдой выражения образа Кармен. По словам Дель Монако, это давало ему как исполнителю роли Хозе всё, что было нужно для жизни его героя на сцене. Особенно его пленила выражаемая всем существом Архиповой психологическая правда поведения и чувств героини, органически соединенная с музыкой и пением, преломленная через исполнительскую индивидуаль-

ность. Такой он себе и представлял Кармен: без тени вульгарности, яркой, сильной, цельной.

Год 1955-й ознаменован началом гастрольной деятельности за рубежом. Это поездки с сольными концертами в Японию, со спектаклями Большого театра в Милан (Ла Скала); певица блестяще выступила в партиях Марины Мнишек («Борис Годунов»), Полины («Пиковая дама») и Элен Безуховой («Война и мир»). Географию её турне составили Австрия, Англия, Америка, Болгария, Венгрия, ГДР, Италия, Канада, Польша, Румыния, Финляндия, Франция, Чехословакия, Япония. Каждое выступление сопровождалось неистовыми восторгами прессы.

В ряд наиболее значимых для самой певицы вошли дебюты в Ковент-Гарден (Лондон) в партии Азучены, в Ла Скала (Италия) в партиях Марфы («Хованщина») и Марины Мнишек («Борис Годунов»). «Конечно, перед выходом на столь необычную для себя сцену, где мне предстояло петь в окружении выдающихся исполнителей, я волновалась, но не ожидала такого успеха, такого необыкновенного восторга публики, — вспоминала Архипова. — Для меня, пережившей незадолго перед тем неприятные моменты в своём «родном» театре, было очень важно, что интерес и оценка моего прочтения образа Азучены получил во Франции столь высокий резонанс, газеты которой называли наш дуэт с Монтсеррат Кабалье так: «Триумф Кабалье! Коронация Архиповой!».

Ирина Архипова стала первой русской певицей, вошедшей в зарубежные оперные труппы. В «Карнеги-холл» её Кармен запела по-французски. Знаменательно, что в поистине международном по составу спектакле «Хованщина» партию Марфы она исполнила на итальянском языке, а её партнёром выступил знаменитый болгарский бас Николай Гяуров. Приглашение в оперу Сан-Франциско привело Ирину Архипову к царственной роли Амнерис (Аида) и к дальнейшему партнёрству с Лучано Паваротти, который, услышав её пение, пригласил к участию в постановке оперы «Фаворитка» в Болонье. В «Золотую книгу» театра в Нанси занесён спектакль «Трубадур» с участием Архиповой.

Любого артиста радует переполненность жизни. У Ирины Константиновны она бурлила. Она выступала как концертная певица, в её камерном репертуаре было более восьмисот произведений. Достоянием русской культуры стал цикл концертов «Антология русского романса». Он получил своё продолжение в виде цикла концертов «Русская камерная вокальная лирика — от Глинки до Свиридова» в исполнении молодых солистов московской оперы, и был осуществлён Фондом Архиповой при поддержке Правительства Москвы. Благодаря Ирине Константиновне произведения композиторов советского периода заняли равноправное положение рядом с классическими. Романсы Метнера, Танеева, Прокофьева, Шапорина, Свиридова в звучании «Волшебного меццо», по выражению лондонского музыкального обозревателя, стали открытием для английской публики.

Ирина Константиновна была одарена свойством большого артиста открывать музыку широкой аудитории; её концертные программы представляли слушателям неизвестные ранее или редко исполняемые вокальные произведения великих композиторов: Баха и Генделя, Листа и Шуберта, Глинки и Даргомыжского, Мусоргского и Чайковского, Рахманинова и Про-

кофьева. Она впервые исполнила с мужским хором и симфоническим оркестром замечательное произведение Брамса «Рапсодия для меццо-сопрано», познакомила ценителей камерного жанра с вокальными дуэтами Чайковского. Честь и слава певице за то, что, наконец, в преодоление всех запретов, достоянием публики, помимо европейской, стала русская духовная музыка как неотъемлемая часть вокального репертуара. Не была обойдена вниманием и достойная голоса и статуса Архиповой советская песня — воплощение глубины и простоты, задушевности и высокой нравственности, которая обрела в её исполнении новую образность и красоту.

ИНТРИГИ

Можно было бы подумать, что профессиональный путь Архиповой с некоторых пор стал усыпан лепестками роз... Увы, нет. Талант вызывает не только открытое восхищение, но и глухую зависть, которая постоянно меняет маски. Архипова нередко становилась жертвой закулисных интриг, в результате которых ей отказывали в выезде на гастроли, мотивируя тем... что у неё слишком много приглашений из разных стран и вместо неё предлагали другую исполнительницу. То до заграничных импресарио доходил «слушок», что де Архипова располнела и выглядит не сценично; то власти запрещали брать с собой в поездку концертмейстера...

Забавно то, что все мелкие усилия оборачивались ещё большим триумфом артистки: знаменитый импрессарио Сол Юрок собственной персоной приехал из Америки в Москву и после первой же встречи подписал контракт; на роль концертмейстера мгновенно согласился известный американский пианист Джон Вустман, и концертное турне по городам США прошло с блеском. Мотивация отказа Ирине Константиновне участвовать в постановке оперы «Трубадур» во Франции в устах руководства Министерства культуры была совсем уж изысканной: не подобает де солистке ГАБТа петь во французской провинции, тем более что партия ещё не спета ею на родной сцене. Вся интрига состояла в том, что «Трубадур» в то время не шёл на сцене Большого театра. Что же Архипова? Она выполнила условие на сцене Латвийского оперного театра, получила визу и успешно спела партию Азучены в Нанси. Но вот парадокс: когда через некоторое время Большой театр стал готовить спектакль «Трубадура», Ирину Архипову как-то не взяли в расчёт, оправдываясь, что её «западная» трактовка образа Азучены была признана нетрадиционной — чересчур современной.

На долю Ирины Архиповой выпало трудное для выдающихся «одиночек» время. Впрочем, когда им просто? Не в характере волевой и властной женщины было подчиняться постоянной жёсткой опеке «сверху». И в отношении зарубежных гонораров, как известно, у зарабатывающих и контролирующих лиц были разные намерения. Иной раз случалось, что певице приходилось ограничивать себя в питании. Но никогда не теряла она достоинства. И не ждала награды: достоинству чужда соревновательность. Но вот настал момент, когда годы постоянной напряженной творческой работы и многочисленные заслуги Ирины Архиповой получили признание на государственном уровне; это были высшие звания Героя Социалистического труда, лауреата Ленинской премии, народной артистки СССР.

Интеллект и интуиция гармонично сочетались в ней; она владела даром понимания, без которого невозможно проникнуть во внутренний мир персонажа, а значит, без труда понимала и движения живых человеческих, и чиновничьих душ. И прощала. Потому что понять — значит простить.

ИНИЦИАТИВЫ

Мир делится в основном на людей берущих и дающих. Профессия артиста подразумевает щедрую и бескорыстную отдачу, торжество божественной, альтруистической любви. И чем больше отдаётся энергии творения, тем счастливее чувствует себя исполнитель. «Я с уверенностью могу назвать свою жизнь счастливой», — так подытожила певица, оглянувшись на прожитые годы. «Я была счастлива своими родителями, своими близкими, своими друзьями, счастлива своими учителями и своими учениками. Всю жизнь занималась любимым делом, объездила почти весь мир, встречалась со многими выдающимися личностями, имела возможность делиться с людьми тем, чем одарила меня природа, ощущать любовь и признательность своих слушателей и чувствовать, что моё искусство нужно многим. А ведь это так важно каждому из нас — знать о своей нужности. (...) Каким бы он ни был, это — наш век, тот, в котором нам выпало жить, и другого времени для нас не было. Важно, что ты сделал в отведённое тебе на этой земле время. И что ты оставил после себя».

Она служила обществу, являясь депутатом Верховного Совета СССР 6-го созыва и народным депутатом СССР в общей сложности семь лет, и очень часто жизни людей, с которыми она соприкасалась, менялись к лучшему.

Другое, не менее важное направление деятельности Архиповой — просветительское: она выступала на страницах журналов «Советская музыка», «Музыкальная жизнь». Перу Ирины Константиновны принадлежат три книги. В одной из них есть такие строки: «Сама удивляюсь, как при всей своей прямо-таки сумасшедшей загруженности педагогическими, организационными, общественными и другими «невокальными» делами я ещё и продолжаю петь. Совсем как по тому анекдоту про портного, которого избрали царём, а он не хочет бросать своё ремесло и ещё немножечко шьёт по ночам...» Ну вот! Опять телефонный звонок... «Что? Просят организовать мастер-класс? Когда?.. А выступить где надо?.. Как? Разве запись уже завтра?..». И при такой занятости Ирине Архиповой удавалось плодотворно вести работу на посту председателя центрального правления Всесоюзного музыкального общества, затем — Президента созданного на его основе Международного союза музыкальных деятелей с целью широкого знакомства аудитории с перспективными музыкантами Отечества. Строгий конструктивный ум Ирины Константиновны отметили участники многих международных конгрессов и симпозиумов общественных и государственных организаций, на которых певица выступала не только по вопросам музыкальной культуры, но и по глобальным проблемам человечества.

Жизнь дала Ирине Константиновне главное — непреходящую профессиональную и личную востребованность, и это мощнейший импульс творческого долголетия и социальной активности. Получив приглашение работать в Московской консерватории, она стала наставницей многих поколений

молодых исполнителей; открытые уроки профессора, академика Международной академии творчества (Москва) Архиповой проходили во многих городах России и за рубежом — в Финляндии, США, Польше и других странах. В поддержку молодых российских талантов певица организовала фестивали и конкурсы «Ирина Архипова представляет...». В 1992 году по инициативе выдающихся деятелей российской культуры, среди которых были Георгий Свиридов и Наталия Сац, был создан Фонд Ирины Архиповой, а она единогласно избрана его главой. Спектр деятельности Архиповой неимоверно расширился: помимо концертной и фестивальной деятельности в Москве и городах России открылись новые направления — издание книг о классической музыке, выдающихся исполнителях, вокальном искусстве, проведение мастер-классов и выставок, запись компакт-дисков.

Начиная с 2001 года в Москве регулярно проходят торжественные церемонии вручения премий Фонда Ирины Архиповой. Они сопровождаются интересными музыкальными программами, художественным руководителем и режиссёром-постановщиком которых является Народный артист СССР, вице-президент Международного союза музыкальных деятелей, профессор Московской консерватории В.И. Пьявко. Деятельность Фона по всесторонней поддержке молодых певцов не имеет аналогов в мире, а пиетет, с которым зарубежный музыкальный мир относится к его руководителям, поднимает культурный престиж России в целом.

Собственный сложный опыт побудил Ирину Константиновну пристально следить за судьбами молодых талантливых певцов, благо она уже в молодости входила в состав или возглавляла жюри сначала конкурса имени П.И. Чайковского и престижных конкурсов мира — «Вердиевские голоса», Королевы Елизаветы в Бельгии, затем стала бессменным председателем жюри конкурса имени М.И. Глинки в номинации «сольное пение». Важно отметить, что благодаря её опыту, мудрости, интуиции под её руководством сложился этикет конкурсов, прерогативой которых стала не конкуренция участников, а выявление и воспитание талантливой молодёжи. Она с почтением приняла предложение возглавить жюри престижных вокальных конкурсов, носящих имена великих певцов: Марио дель Монако в Италии, Марии Каллас в Греции, Франсиско Виньяса в Испании, а также вокальных конкурсов в Париже и Мюнхене, конкурса имени Бюль-Бюля, организованного к 100-летию со дня рождения выдающегося азербайджанского певца. К ней относились как к главному эксперту, оценка которого неоспорима. С её благословения на мировой оперной сцене зажглись звёзды Владимира Чернова, Дмитрия Хворостовского, Анны Нетребко.

Подвижнический труд Ирины Константиновны Архиповой озарён бескорыстьем, даже если вознаграждён драгоценным Всемирным призом искусств «Бриллиантовая лира». Потому что она знала: когда человек уходит, всё остаётся людям.

ШТРИХИ

Однажды пожилая секретарша в Большом театре попросила Ирину Константиновну расписаться на льняной скатерти с тем, чтобы впоследствии

вышить цветной гладью её росчерк наряду со многими другими. Подобную «скатерть дружбы» внук Архиповой Андрей увидел и в руках бабушки. Да, подтвердила Архипова: «Есть у меня дома одна «неархивная» вещь, постоянно напоминающая мне о разных событиях и людях. Это солидного возраста льняная скатерть, на которой мною вышиты автографы, оставленные в разное время многими выдающимися деятелями культуры, с которыми мне довелось встречаться, быть знакомой, работать или дружить. (...) Первыми, кто оставил свои подписи на моей скатерти, были мои коллеги по Большому театру — певицы Мария Максакова, Мария Звездина, Кира Леонова, Тамара Милашкина, Лариса Никитина. Из певцов, с которыми я часто выходила на сцену Большого, для меня расписались Иван Петров, Зураб Анджапаридзе, Владислав Пьявко. Есть у меня автографы и наших выдающихся артистов балета — Майи Плисецкой и Владимира Васильева. Вышиты на скатерти и подписи многих великих музыкантов — Давида Ойстраха, Эмиля Гилельса, Леонида Когана, Евгения Мравинского. Скатерть ездила со мной по всему свету в специальном мешочке для рукоделия. Она и по сей день в работе».

У планеты «Ирина Архипова» есть невидимая сторона, доступная разве только тем спутникам по жизни, которых её мощное обаяние притянуло и оставило на самой ближней орбите. Там протекали редкие часы и дни, позже — месяцы отдыха скромной во всём женщины. Стоит ли шарить во тьме лучом фонарика? Всё, что хотела, Ирина Константиновна рассказала о себе в книгах, а они были о главном — деле, которому она служила, людях, с которыми создавала произведения искусства. Сложная любовь двух сильных личностей, скорбь матери, пережившей сына, любование внуком, поющим на знаменитой сцене, изящество тёзки-правнучки, дарящей прабабушке в день рождения восточный танец, милые сердцу розы, зимующие на даче, — всё это может быть содержанием любой жизни.

Архипова — особенная. Она жила, подгоняя время: всё успеть, сделать как следует, и поэтому тратила всю себя. Иначе ей не достичь бы таких высот. Она владела тончайшим искусством акварели, её кисть была прозрачной и точной, выписывая выразительные детали характеров на лицах. Она очень много читала, отдавая предпочтение историческим книгам, шедеврам мировой художественной литературы, постигая силу слова; а уж «Евгения Онегина» читала и перечитывала про себя — для души, и вслух — для «вкуса на языке». Она была строгих правил, могла вспылить, повысить голос и высказать негодование в глаза, но это касалось только профессии. Она не была злопамятна, и с опальным собеседником вновь устанавливались ровные хорошие отношения. Юмор был волшебным ключом к её сложной, взрывной натуре, и супруг, как никто другой, умел шуткой разрядить гнетущую атмосферу: от весёлого слова она сразу расцветала. Она вызывала ревность у младшего поколения в семье тем, что всё свободное время отдавала молодым перспективным певцам, с головой погружаясь в наставнические заботы. Её последним дебютом стала партия Няни в спектакле «Евгений Онегин» на сцене Метрополитен Опера, и она готовилась к ней, привычно подчинив работе режим жизни и сосредото-

чив все помыслы на вокальном образе. В дни лучшего самочувствия слышался по-прежнему Грудной увлекающий голос, виделся Лучистый с бесятами взгляд...

Неизменным оставалось Величье чувств в спокойном стройном русле.

БЕЗМОЛВИЕ

Ирина Константиновна готовилась отметить 55-летие творческой деятельности, из которых пять десятилетий были отданы исполнительской карьере. Имя Архиповой сегодня — одно из самых ярких, если не ярчайшее на мировой оперной сцене второй половины XX века, и эту славу увековечила среди звёзд малая планета её имени. В то же время Ирина Архипова принадлежит к числу немногих знаковых фигур отечественной культуры, имя которых навсегда останется синонимом России, а слава — её национальным достоянием. Портрет личности Ирины Константиновны ещё много десятилетий будет дополняться и уточняться, воссоздаваться во всей полноте женственной и артистической природы. Это нужно будущему, которое берёт во временную даль лучшие образцы человеческих жизней.

Казалось бы, как ни велик исполнитель, как бы долго ни лелеял слушатель пережитый восторг, след впечатлений рано или поздно стирается волнами времени с «памятного песка». Ещё столетие назад считалось: артист жив до тех пор, пока память о нём хранит его последний слушатель. Ныне залогом бессмертия певицы, совершенное искусство которой сумело выразить все переливы души и затронуть сердечные струны публики, становится звукозапись: надёжно хранимый голос преодолеет пространство, переживёт время и, когда-то вобрав в себя дыхание, казалось бы, ныне отлетевшей жизни, будет длить её до тех пор, пока человечеством будут востребованы глубокие эмоции, высшая красота и духовное наслаждение.

ТИТУЛЫ И НАГРАДЫ

Ирина Константиновна Архипова удостоена всех высших наград и званий СССР и России. Она занесена в российскую книгу рекордов как самая титулованная российская певица.

Награды

- Герой Социалистического Труда;
- Орден Святого Андрея Первозванного;
- Орден «За заслуги перед Отечеством» II степени;
- Орден Ленина;
- Орден Трудового Красного Знамени;
- Медаль Пушкина;
- Ордена святой равноапостольной княгини Ольги II степени (РПЦ);
- Орден Республики (Молдова);
- Орденский знак «Крест Святого Михаила Тверского»;
- Орденский знак «За милосердие и благотворительность»;
- Орденский знак «За заслуги перед культурой Польши»;
- Орденский знак Святого Луки;
- ордена и медали иностранных государств.

Премии

- Ленинская премия;
- Государственная премия России;
- Российская оперная премия «Casta diva»;
- Премия Москвы;
- Премии и медали имени С.В. Рахманинова;
- Всемирный приз искусств — «Бриллиантовая лира» и титул «Богиня искусств».

Звания

- Заслуженная артистка РСФСР;
- Народная артистка РСФСР;
- Народная артистка СССР;
- Народная артистка Республики Кыргызстан;
- Народная артистка Республики Башкортостан;
- Заслуженная артистка Удмуртии;
- Почётный доктор молдавской Национальной академии музыки имени Музическу.
- Почётный доктор РХТУ;
- Профессор;
- Почетный член Российской общественной академии голоса.

Титулы

- «Богиня искусств»;
- «Человек года» 1993;
- «Человек столетия» 1993;
- «Человек века» 2002.

Должности

- Президент Международного Союза Музыкальных Деятелей;
- Президент Фонда Ирины Архиповой.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипова И.К.* Музы мои. М.: Молодая гвардия, 1992.

2. *Владислав Пьявко.* Тенор. Из хроники прожитых жизней / автор-сост. Н. Хачатурова. М.: Издательство Фонда Ирины Архиповой, 2002.

ФОНИАТРИЯ И ФОНОПЕДИЯ

УДК 616.2

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФОНИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Аникеева З.И.[1], Рудин Л.Б.[2]

1. ЗАО «Медицинские услуги» (Детский центр диагностики и лечения имени Н.А. Семашко — главный врач А.Ю. Нестеровская)
2. ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н.А. Дайхес)

В настоящее время в России происходит процесс реформирования амбулаторно-поликлинической помощи населению, в том числе с заболеваниями уха, горла и носа. Однако фониатрическая служба в целом по стране претерпевает негативные изменения. Вызывает обеспокоенность не только ситуация с организацией, но и единым теоретическим обеспечением данной специальности. Ждут своего обоснования и внедрения в практику нормы вокальных нагрузок, режимы труда и отдыха вокалистов, методические принципы профотбора и др.

Ключевые слова: диспансеризация, профотбор, фониатрия, фониатрическая помощь.

Библиография: 8 источников.

PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF RUSSIAN PHONIATRICS SERVICE AT CONTEMPORARY STAGE

Anikeyeva Z.I., Rudin L.B.

Federal State Institution «National Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia» (director — prof. N.A. Daikhes)

At present, the process of reforming of stationary and polyclinic health care to population takes place in Russia, including otorhinolaryngologic diseases. However, phoniatrics service round the country undergoes adverse changes. Anxiety is caused not only with organization, but with the unified theoretical support of this

speciality as well. Norms of vocal loads, work and rest schedule of vocalists, methodical principles of professional selection, etc. are to be grounded, approved, and introduced into practice.

Keywords: medical examination, professional selection, phoniatrics, phoniatric care.

References: 8 references.

Амбулаторно-поликлиническая сеть является первым этапом в оказании медицинской помощи населению и здесь большая часть больных начинает и заканчивает лечение. Сегодня работой поликлиник удовлетворено лишь 40%, а работой «узких» специалистов 30% населения. Это связано с недостаточностью медико-технической базы, низкой заработной платой врачей, которая обусловливает укомплектованность врачебными кадрами, их недостаточной квалификацией. В то же время в амбулаторно-поликлинических учреждениях ведётся основная лечебная, профилактическая и реабилитационная работа [2].

Очаги хронической инфекции ЛОР-органов играют большую роль в развитии как острых заболеваний, так и рецидивов хронической патологии. В ряде случаев хронические заболевания слизистой оболочки верхних дыхательных путей обусловливают формирование дисфоний среди детского и взрослого населения.

В течение последнего десятилетия здравоохранение развивается в сторону улучшения специализированной медицинской помощи. В рамках одной специализации появляются другие более узкие, в частности фониатрия. Эта дисциплина в процессе своего развития доказала и доказывает не только свою самостоятельность, но и свою необходимость, как в методах диагностики, так и выбора тактики лечения и профилактики заболеваний голосового аппарата, в связи с чем возникает потребность в приближении этой специальности к населению в рамках консультативно-диагностических центров, что является наиболее важным условием повышения качества амбулаторно-поликлинической помощи населению [3].

Под координирующим руководством специалистов Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России был подготовлен порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями голосового аппарата, работа над которым шла на протяжении двух лет. Специалисты Российской общественной академии голоса принимали в данном процессе активное участие. Однако в 2009 году Минздравсоцразвитием РФ данный документ был отклонён. Поэтому в настоящее время положительных тенденций по организации фониатрической службы в России ожидать не приходится. Работа в этом направлении продолжается.

Другим важным направлением на современном этапе является развитие системы оказания фониатрической помощи в структуре Министерства культуры РФ, учитывая громадную потребность в данном виде услуг работников именно этого ведомства, прежде всего вокалистов и драматических актёров.

По нашим данным и данным литературы наиболее распространёнными причинами возникновения дисфоний у вокалистов являются: нарушение режима труда и отдыха; пение в несвойственной тесситуре; исполнение оперных партий с недостаточной технической или психологической готовностью к ним; психоэмоциональные и физические перегрузки; пение на фоне острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей; пение во время месячных; наличие хронического воспалительного процесса в нёбных миндалинах; наличие у вокалиста искривления перегородки носа. Нетрудно заметить, что данный список достаточно объёмен и его ещё можно продолжить менее распространёнными факторами [5, 6].

Как известно, голосовые перегрузки пагубно влияют на состояние гортани [5, 6]. А что есть вокальная перегрузка? Где её нормированность. Этого в литературе мы не найдём, так как подобные нормативы не разработаны для различных категорий лиц вокально-речевых профессий [8]. В литературе мы можем встретить мнение и том, что «недогруз» также отрицательно сказывается на вокальном состоянии. А что есть «недогруз»? Где его нормированность? На этот вопрос мы также не найдём ответа. Более того, нами доказан тот факт, что не только нарушение режима труда, но и режима отдыха может приводить к возникновению патологии гортани. А каков должен быть он, режим отдыха? Каковы его нормативы? И вновь мы сталкиваемся с отсутствием ответов.

Слух и голос играют важную роль в жизни человека. Политическая и общественная жизнь, просвещение, наука и искусство предполагают повышенные требования к слуху и голосу у лиц, работающих в этих сферах. Принимая во внимание тот факт, что орган слуха и речи подвергается различным заболеваниям, становится очевидным, какое большое значение приобретает диагностика и рациональное лечение нарушений слуха и голосообразования.

Развитие электронной, телевизионной техники, широкое внедрение в фониатрическую практику акустических методов исследования, РЭП УЗДГ, ЭЭГ, КТ и МРТ гортани и легких, сонографию, ларингостробоскопию расширили диагностические возможности врачей-фониатров, позволили им объективно исследовать состояние голосовой функции. Имеющийся широкий спектр методов лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография, магниторезонансная томография) позволяет специалисту в каждом конкретном случае избрать диагностический и лечебный алгоритм, учитывая возможности этих методик.

Большой проблемой остаётся вопрос профотбора к голосоречевым профессиям в фониатрической практике. В России до сих пор нет узаконенной инструкции об обязательной фониатрической экспертизе соответствующего контингента с перечислением абсолютных и относительных противопоказаний к тому или иному виду голосоречевой профессии. Существует лишь негласный закон, согласно которому в основном вокальные кафедры учебных заведений отправляют своих абитуриентов к врачу-фониатру перед поступлением. И такая инструкция вряд ли в ближайшее время может быть утверждена, т.к. она противоречит действующей Конституции РФ, опре-

деляющей право на свободу образование и выбора специальности. Однако фониатрическая практика, безусловно, должна иметь теоретическую базу для оценки пригодности к вокально-речевым профессиям для разрешения различных ситуаций.

Профилактическое направление в медицине было и остаётся приоритетным. Перед органами и учреждениями здравоохранения нашей Родины в настоящее время стоят большие задачи, направленные на организацию охраны здоровья населения страны в условиях обязательного медицинского страхования. Решение этой проблемы требует дальнейшего совершенствования форм и методов лечебно-профилактической помощи населению.

Современный период развития диспансерного наблюдения характеризуется как переходный от диспансеризации отдельных контингентов трудящихся к максимальному охвату населения диспансерным наблюдением. Являясь одним из методов профилактики заболеваний, диспансеризация в настоящее время представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, осуществление которого проводится на государственном уровне в виде отдельных программ при активном участии медицинских органов и учреждений [1].

На практике в поликлинике диспансерное наблюдение в рамках ОМС предусматривает 3 этапа:

I этап — группировка контингентов, подлежащих диспансеризации, их регистрация;

II этап — диспансерное наблюдение (этап исполнения);

III этап — оценка эффективности и качества диспансеризации.

Обычно ежедневные рабочие процессы при осуществлении диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинической службе в системе ОМС и качественное проведение I этапа диспансеризации ЛОР-больных складываются из:

— учёта первичных и повторных больных, обращающихся в поликлинику, и выявления среди них пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению;

— профилактического лечения диспансерной группы больных, прикреплённых к обслуживанию в поликлинике в рамках ОМС, с заболеваниями ЛОР органов согласно положений, определённых МЗ России;

— статистического учёта дополнительных методов диагностики и стандартных методов лечения, используемых у больных диспансерных групп, с заполнением первичной документации (форма №30);

— медицинского осмотра населения (поступающих на работу, учёбу, прикрепляющегося контингента, больных, направляемых на оперативное лечение) с последующим распределением по группам диспансерного наблюдения;

— эпидемиологического обследования группой специалистов рабочих промышленных предприятий согласно договору между поликлиникой и администрацией;

— медицинского осмотра подростков, прикрепляющихся к обслуживанию в поликлинике, с отдельным учётом юношей с заболеваниями ЛОР

органов, своевременного их лечения и подготовки их к медицинскому освидетельствованию призывной комиссией военкоматов;

— учёта, обследования и лечения юношей, признанных не годными к несению военной службы;

— ежегодного врачебного контроля и своевременного лечения ИВОВ, УВОВ, ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Диспансеризация больных осуществляется, в первую очередь, по нозологическим формам заболеваний, которые могут привести к инвалидизации больного, либо дают высокую заболеваемость (общую и с временной утратой трудоспособности).

Успешное проведение этой работы во многом зависит от чёткого оформления и ведения медицинской документации. Основными документами диспансеризированного являются индивидуальная карта амбулаторного больного (учётная форма №25) и контрольная карта диспансерного наблюдения (учётная форма №30).

В индивидуальную карту амбулаторного больного вносятся данные первичного и последующего медицинских осмотров, происшедшие изменения в состоянии здоровья, условиях труда, быта. Эпикризы составляются не менее чем за полный календарный год наблюдения, в них должны быть указаны: развёрнутый диагноз; план лечебно-оздоровительных мероприятий (медикаментозное и противорецидивное лечение, госпитализация, санаторно-курортное лечение, режим труда, отдыха, питания, трудоустройство и др.); кратность и сроки повторного обследования в течение года.

Индивидуальные карты должны иметь маркировку с учётом нозологической формы.

Контрольные карты диспансерного наблюдения маркируются в соответствии с нозологическими формами и хранятся в ящике картотеки у врача по месяцам в зависимости от срока назначенного посещения.

Отсутствие чётких критериев диспансеризации лиц голосо-речевых профессий являются основанием для междисциплинарного подхода к их оздоровлению с учётом общих изменений в организме и его системах при голосовых нарушениях.

На основании динамического наблюдения за лицами вокальных и речевых профессий считаем целесообразным выделение среди работников 5 групп диспансерного наблюдения:

1-я группа — практически здоровые люди, которые должны наблюдаться фониатром 1 раз в год. В эту группу включают лиц без изменений со стороны ЛОР-органов, солистов оперы, не предъявляющих жалоб на голос, а также артистов драмы, педагогов, не отмечающих затруднений при пении и разговоре;

2-я группа — «группа риска развития функциональных нарушений голоса». У лиц этой группы возможно развитие заболеваний гортани. В неё необходимо объединять пациентов, предъявляющих жалобы на изменения голоса и страдающих хроническим фарингитом, компенсированным тонзиллитом, а также лиц с несовершенной вокальной техникой. Кроме того, сюда необходимо включать больных, страдающих заболеваниями нервной, сердечно-сосудистой систем, имеющих патологические изменения желу-

дочно-кишечного тракта, гинекологические заболевания. Наблюдение за состоянием здоровья данной группы должно быть динамическим (не реже 2 раз в год) с использованием комплекса диагностических средств, объективно фиксирующих изменения в силе голоса, в колебаниях голосовых складок, характере фонационного выдоха и т.д.

3-я группа — лица с функциональными нарушениями голоса. Лица этой группы должны наблюдаться не реже 1 раза в 3—4 месяца с проведением фонопедического и медикаментозного лечения, контролируемого комплексом диагностических методов. В комплексном лечении данной группы в зависимости от нозологической формы могут использоваться седативные, десенсибилизирующие, общеукрепляющие, тонизирующие средства. Целесообразны иглорефлексотерапия, общий и местный массаж, гимнастика, водные процедуры, прогулки, фонопедическое лечение.

4-я группа — больные с органической патологией голосовых складок. В оздоровлении данной группы больных используются эндоскопические микрохирургические манипуляции, последующий голосовой покой, психологическая реабилитация, фонопедия.

5-я группа — больные с общесоматической патологией ЛОР-органов, подлежащие ежегодной диспансеризации согласно Приказу МЗ России, а также лица длительно и часто болеющие в течение года, страдающие сопряженной патологией внутренних органов и систем.

III этап диспансеризации, как правило, включает анализ качества и эффективности диспансеризации. По окончании года наблюдения составляют годовой эпикриз, где:

— указывают динамику заболевания в текущем году;

— характер и объём проведённых лечебно-оздоровительных мероприятий;

— оценивают эффективность диспансеризации. Критериями эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями являются: наличие или отсутствие обострений; отсутствие заболеваний с временной утратой трудоспособности; отсутствие случаев стойкой нетрудоспособности; вывод о состоянии здоровья: улучшение, ухудшение, без перемен.

Организационная работа по внедрению современных диагностических технологий в амбулаторную практику у первично обратившихся больных с различными формами дисфонии, при медицинском профилактическом осмотре профессионалов голоса, во время консультативного приёма населения позволяет выявить на ранних стадиях заболевания гортани, своевременно осуществлять этиопатогенетическую терапию и контроль за её эффективностью. Практика показывает, что контролируемое поэтапное и комплексное лечение больных предотвращает развитие стойких профессиональных заболеваний гортани.

Не до конца решён вопрос об утверждении списка профессиональных заболеваний для лиц вокально-речевых профессий [7]. 17 июля 2008 года состоялось совещание ведущих специалистов Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов Российской общественной академии голоса по обсуждению поправок в проект приказа «Об утверждении медицинских регламентов допуска работников, занятых на тяжёлых работах и на рабо-

тах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, и порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований)». В его работе приняли участие: д.м.н. Аникеева З.И., д.м.н. Иванченко Г.Ф., Изгарышева З.А., д.м.н. Панкова В.Б., к.м.н. Рудин Л.Б., д.м.н. Степанова Ю.Е. Протокол заседания был передан в Росздравнадзор. На его основании в проекте данного приказа был сформирован следующий список профессиональных заболеваний, вызванных перенапряжением голосового аппарата: хронический ларингит (j 37.0); узелки голосовых складок (j 38.2); фонастения (только для вокалистов) (R 49.0); параличи голосовых складок и гортани (j 38.0).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аникеева З.И., Плешков И.В., Авдеева С.Н.* Комплексная программа профилактики формирования хронических заболеваний гортани у профессионалов голоса. // Российская оториноларингология. — 2003. — №4 (7). — С. 24—29.

2. *Аникеева З.И., Авдеева С.Н., Василиненко В.А.* Повышение эффективности рабочих процессов амбулаторного отоларингологического приёма в рамках ОМС. / Актуальные вопросы фониатрии: Сборник трудов Всероссийской конференции с международным участием. — Самара, 2003. — С. 501—502.

3. *Аникеева З.И., Плешков И.В.* Основные направления развития фониатрической службы России. // Российская оториноларингология. — 2003. — №4 (7). — С. 124—128.

4. *Василенко Ю.С., Токман А.С.* О профориентации и профотборе лиц, готовящихся к вокально-речевой профессии // Вестник оториноларингологии. — 1973. — №6. — С. 47—50.

5. *Василенко Ю.С.* Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. — 480 с.

6. *Ермолаев В.Г., Лебедева Н.Ф., Морозов В.П.* Руководство по фониатрии. М.: Медицина, 1970. — 272 с.

7. *Панкова В.Б.* Профессиональные заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса. Первый международный междисциплинарный конгресс «Голос»: Сб. тр. / М., 2007. — С. 90—93.

8. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Руководство Р 2.2.2006-05.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ГОЛОС И ЗДОРОВЬЕ»

(8 апреля 2010 г., Москва)

ФОНОХИРУРГИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХОЛОДНОПЛАЗМЕННОЙ МИКРОХИРУРГИИ

Ахмедов И.Н.[1], Исаев В.М.[1], Мустафаев Д.М.[1], Осипенко Е.В.[2], Свистушкин В.М.[1]

1. ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (директор – Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАМН, проф. Г.А. Оноприенко).
2. ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Введение: Совершенствование хирургических способов и методов лечения заболеваний гортани представляется важным и актуальным. С развитием фониатрии возрастают требования к эндоларингеальным операциям, к разработке оптимальных объемов и техники вмешательств, обеспечивающих максимальную сохранность анатомических и функционально значимых структур гортани в сочетании с адекватной радикальностью.

Одним из вариантов хирургического лечения заболеваний гортани является применение холодноплазменного воздействия. Термин «коблация» (coblation) происходит от английских слов: *cold ablation* – холодное разрушение или *controlled ablation* – управляемое разрушение. В основе коблации лежит способность электрического тока образовывать плазму в растворе электролита при достаточной для этого напряженности электромагнитного поля, температура при обработке тканей не превышает 50–55°С. При эндоларингеальных микрохирургических операциях использовали аппарат Coblator II Surgery System (California, USA) и электрод «PROcise LW».

Цель исследования: Повышение эффективности хирургического лечения больных с доброкачественными новообразованиями гортани путем совершенствования методов эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы.

В основу работы легли результаты обследования и лечения 80 больных с различными доброкачественными новообразованиями гортани, обоего пола, в возрасте от 18 до 73 лет, за период с 2008 по 2010 гг. Из них мужчин – 47 (58,75%), женщин – 33 (41,25%). Все больные находились на стационарном лечении в клинике оториноларингологии ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского». По характеру заболевания пациенты подразделялись следующим образом: полипы голосовых складок – 24 больных, папилломатоз гортани – 16, фибромы – 6, у 4 пациентов были выявлены как контактные, так и постинтубационные неспецифические гранулемы гортани, узелки голосовых складок – 12, кисты гортани – 6, отёк Рейнке – 8, лейкоплакия без признаков малигнизации, что было подтверждено гистологически – 4 человек.

С целью проведения сравнительной оценки различных методов хирургического лечения доброкачественных новообразований гортани были сформированы две группы больных: 1-я группа – пациенты, которым выполнено удаление новообразования гортани традиционным инструментальным способом; 2-я группа – пациенты, оперированные с помощью эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии.

Результаты: Для оценки функционального состояния голосового аппарата у находившихся под нашим наблюдением больным использовали микроларингоскопию, видеофиброларингоскопию с фотодокументированием, видеоларингостробоскопию, определение акустических параметров голоса.

При эндоскопическом исследовании у больных 2-й группы, оперированных с применением эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии, отмечено существенно более быстрая динамика улучшения послеоперационной картины. Так, уже в первые сутки после операции в меньшей степени определяется гиперемия, отёчность, инфильтрация тканей в послеоперационной области.

Полученные данные при акустическом анализе голоса в обеих группах свидетельствуют о лучшей положительной динамике акустических параметров голоса у больных подвергнутых

хирургическому вмешательству с применением эндоларингеальной холоноплазменной микрохирургии.

Выводы: Эндоларингеальная холодноплазменная микрохирургия позволяет улучшить результаты лечения, проявляющиеся в статистически достоверном улучшении акустических показателей голоса, а также динамикой эндоскопической картины гортани.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Бойкова Н.Э.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Сахарный диабет (СД) является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенным нормативными актами ВОЗ.

Распространенность СД в западных странах 2–5% населения, а в развивающихся – 10–15%. В России сахарным диабетом страдает около 8 миллионов человек.

В структуре заболеваемости доминирует СД 2 типа, составляя 80–90% от всей популяции больных. При этом пациенты как минимум страдают поздними осложнениями различной степени тяжести – ИБС, ретинопатией, нефропатией, полинейропатией, что обусловлено хронической микропластической патологией. Как известно, СД – наиболее распространенная эндокринная патология, нарушение обмена веществ, вызванное недостатком инсулина в организме. При этом замедляется процесс перехода глюкозы в ткани, что способствует нарушению водно-солевого равновесия и дегидратации тканей.

Воздействие продуктов нарушенного метаболизма, диабетического ацидоза, дегидратации и гипергликемии обуславливает характерные изменения слизистых оболочек различных органов и систем.

Согласно данным различных авторов, патология ЛОР-органов выявляется у 59 % больных сахарным диабетом – отмечается атрофия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, у половины пациентов она достигает II-III степени. Описывают также патологию, как «сухой катар» слизистой оболочки гортани и трахеи, отмечая, что частота поражения пропорциональна тяжести течения диабета. С другой стороны, у подавляющего большинства пациентов с хроническим атрофическим ларингитом имелись нарушения углеводного обмена.

Поскольку большинство эндокринных расстройств ведет к дисфонии, при поражении голосового аппарата вследствие накопления жидкости в них, следует отметить, что при сахарном диабете механизм иной.

Сахарный диабет – микрососудистая патология с прогрессирующей окклюзией сосудов, сухостью слизистых, и соответственно, большей подверженности инфекциям. Большую роль в возникновении патологии гортани имеет прогресирующая диабетическая нейропатия.

На ранних стадиях сахарного диабета изменения голоса могут быть выявлены лишь инструментально, но затем нейро-мышечная дискоординация становится клинически явной. В таком органе как гортань малейшие нарушения нейро-мышечного контроля могут привести к перцептивным нарушениям, что наиболее актуально для лиц голосо-речевых профессий. Такие общие симптомы, как утомляемость и снижение веса, также сказываются на процессе фонации. Частота возникновения нейропатии варьирует от 25 до 79% в зависимости от степени компенсации процесса.

Диабетическая нейропатия – диагноз исключения. Необходимо в первую очередь исключить дисфункцию щитовидной железы, сифилдис, гематологическую патологию, отравления солями тяжелых металлов, колагенозы, интракраниальные образования.

Необходимо помнить также о возможности возникновения сирингомиелии, синдрома Гийома-Барре, множественный склероз и метастаза рака из невыявленного очага. При определении причины идиопатического паралича гортани не следует исключать сахарный диабет как проявление краниальной мононейропатии.

Исследования, проведенные авторами по гистологическому исследованию препаратов порции возвратного нерва и перстне-черпаловидных и перстне-щитовидной мышц, показали изменения, характерные для сахарного диабета.

Целью работы явилось создание схемы реабилитации нарушений голоса у больных, страдающих сахарным диабетом 1 и 2 типа, в зависимости от давности и тяжести сахарного диабета.

Под нашим наблюдением и лечением находилось 50 пациентов, страдающих сахарным диабетом, с нарушениями голоса различной степени тяжести. Из них сахарный диабет 1 типа был у 14 человек, у 36 – СД, соответственно, 2 типа.

64% пациентов страдали этим заболеванием длительно (до 10 лет и более – СД 2 типа), у молодых пациентов имелся СД 1 типа (36% больных, срок начала заболевания до 5 лет).

При определении тактики лечения использовали электромиографию – для определения степени полинейропатии, компьютерный анализ голоса, видеоларингостробоскопию. Метод компьютерного акустического анализа голоса позволил объективно характеризовать изменения голоса и на основе визуализации данных оценивать эффективность проводимого лечения

На основании нашего опыта предлагаем следующие схемы реабилитации нарушений голоса у больных сахарным диабетом.

Сахарный диабет 1 типа:

– контроль полинейропатии – препараты, улучшающие нервную трофику (Мильгамма, Эндур-В, витамины группы В); адаптогены (Когитум, Милайф);

– лечение метаболических нарушений (сосудистые препараты – курантил, трентал, препараты калия);

– в остром периоде – при ларингите местная противовоспалительная терапия – ингаляция масляных растворов витаминов А, Е; флуимуцил, флуимуцил-антибиотикль; ОКИ – орошение и перорально.

Сахарный диабет 2 типа:

– коррекция субатрофического процесса – увлажнение слизистой оболочки полости носа (спрей, обладающий физиологической концентрацией натрия хлорида) полости рта (с целью снижения симптомов ксеростомии) – использование заменителей слюны, стимуляции слюноотделения;

– общеукрепляющая и стимулирующая терапия – регуляция веса, соблюдение рационального режима дня, (обязательна дыхательная гимнастика);

– использование адаптогенов (Геримакс, Милайф, Когитум).

В дальнейшем при соблюдении пациентами диабетического режима, поддержания постоянного уровня глюкозы крови и контроле голосовой нагрузки удавалось достичь стойкой ремиссии профессиональных заболеваний, возникших на фоне сахарного диабета.

Фонопедическая коррекция нарушений голоса при сахарном диабете направлена на адаптацию измененного голосового аппарата к существующим голосовым нагрузкам и включает психотерапию, работу над фонационным дыханием, совершенствованием артикуляторно-резонаторной системы, расширением диапазона звучания. Основное внимание обращали на формирование адекватной оценки своего голосового нарушения и необходимости занятий для укрепления голосового аппарата с помощью систематических занятий в сочетании с препаратами, повышающими адаптационные возможности организма, тонус сосудов слизистой оболочки и улучшающими нервную проводимость.

Таким образом, реабилитация пациентов с голосовыми нарушениями, страдающими сахарным диабетом 1 и 2 типов, строится по принципу превалирующего нарушения (сосудистое, полинейропатическое, субатрофическое), учитывает возраст, степень тяжести диабета, его тип и проводится совместно с эндокринологом с целью длительной компенсации пациентов к оптимальному использованию их патологического измененного голосового аппарата.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ЛАРИНГОЛОГИИ

Верещагина О.Е.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ректор – проф. М.Д. Дидур)

Эндоскопия в ларингологии на современном уровне позволяет решить большинство диагностических задач, однако при этом отличается целым рядом особенностей, связанных со сложностью топографической анатомии гортани, а также многогранностью ее функций, рефлексогенностью и высокой подвижностью органа. Эти условия требуют привлечения и разработки все более сложных эндоскопических приемов и методов для решения диагностических задач при различных патологических состояниях гортани и трахеи. Наибольшей информативности удается добиться путем применения различных методов эндоскопии и комплексного анализа их результатов.

Непрямая ларингоскопия благодаря простоте и доступности осмотра гортаноглотки и гортани получила широкое применение и является основным методом исследования, в том числе и на амбулаторном этапе. Однако с помощью этого метода можно получить адекватное представление о характере патологического процесса далеко не во всех случаях, а некоторые отделы гортаноглотки и гортани остаются недоступными для осмотра. В отличие от непрямой ларингоскопии, фибро-

ларингоскопия выполнима у подавляющего большинства больных. Доступны осмотру практически все отделы гортани, часто необозримые при непрямой ларингоскопии. Важным достоинством является возможность осмотра гортани в физиологичном ее положении. Пациент во время наблюдения находится в контакте с врачом, может активно отвечать на вопросы. Как и любой метод исследования фиброларингоскопия имеет некоторые ограничения и недостатки. Низкое разрешение изображения затрудняет дифференциальную диагностику мелких процессов; часто невозможен полноценный осмотр валлекул и морганиевых карманов; имеются проблемы при оценке пассивной подвижности перстнечерпаловидных суставов; при прохождении в подскладковое пространство эндоскоп суживает дыхательный просвет у больных со стенозами; изображение не фиксируется как при ригидной эндоскопии, ограничивая возможность манипуляций.

На кафедре оториноларингологии СПбГМУ имени акад. И.П. Павлова в течение многих лет фиброларингоскопия выполняется у пациентов с различными заболеваниями и накоплен большой опыт в этой области. Кроме обычного осмотра в процессе фонации, спокойного и форсированного дыхания, для оценки труднообозримых анатомических областей гортани и гортаноглотки мы применяем ряд тестов, часть из которых проводятся по результатам видеозаписи, а некоторые во время функциональных проб или путем смещения мягких тканей шеи снаружи. Например, для осмотра гортанных желудочков торец эндоскопа подводим в непосредственную близость к гортанному желудочку, затем зажимаем пациенту нос пальцами и просим его сделать форсированный выдох через нос. Во время проведения данной пробы происходит повышение внутригортанного давления, что приводит к расправлению гортанных желудочков и позволяет произвести полноценный их осмотр. В ряде случаев с помощью фиброларинготрахеоскопии удается выявить патологические процессы в подскладковом отделе гортани и в трахее, оценить положение трахеостомической трубки у трахеотомированных больных, что существенно влияет на тактику лечения. Фиброскопический осмотр у канюленосителей позволяет оценить просвет трахеи, степень дифференцировки колец, состояние слизистой оболочки, состояние бифуркации трахеи, а также положение нижнего края трахеостомической трубки. Трахеостомический канал дает уникальную возможность осмотра гортани снизу. Это позволяет осмотреть подскладковое пространство, начальный отдел трахеи, нижнюю поверхность голосовых складок на предмет грануляционных разрастаний над трахеостомической трубкой, что может препятствовать деканюляции больных. При прямой ларингоскопии, как и при зеркальной, некоторые отделы гортани (гортанные желудочки, передняя комиссура, подкомиссуральная область и боковые стенки подскладкового пространства) могут оставаться плохо обозримыми. «Слепые зоны» гортани могут быть оценены визуально с помощью световолоконного эндоскопа с боковым углом зрения, что обеспечивает детальный осмотр дна гортанного желудочка, подскладкового пространства, трахеи. Комплексное эндоскопическое обследование несет в себе в первую очередь диагностические задачи, а прямая микроларингоскопия, являясь заключительным этапом осмотра, одновременно служит хирургическим доступом. Таким образом, все предшествующие методики осмотра (непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия) обеспечивают хирурга максимально возможной полнотой эндоскопической диагностической информации и являются обязательными этапами осмотра больных ларингологического профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ АКУСТИЧЕСКОЙ РИНОМЕТРИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫЯВЛЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

Гюлумянц А.Г., Осипенко Е.В., Серебрякова И.Ю.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Известно, что полость носа наряду с дыхательной выполняет и резонаторную функцию, которая влияет значительное влияние на тембр голоса. В.Г. Ермолаев (1970), М.С. Михайловский (1972), Т.Е. Шамшева (1976) и др. на основании обследования пациентов с нарушением носового дыхания сделали выводы, что у этой группы пациентов возникают функциональные нарушения голоса.

Цель исследования: Изучение наличия возможной связи двусторонней гипертрофии нижних носовых раковин (ННР) и голосовыми расстройствами.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 40 больных, обратившихся по поводу нарушения голоса, у которых при риноскопии была выявлена двусторонняя гипертрофия ННР. Все обследуемые находились в возрасте от 25 до 40 лет и относились к лицам вокальных профессий. Пациенты предъявляли жалобы на осиплость, быструю утомля-

емость голоса, боль и напряжение в области гортани после голосовой нагрузки, периодическое затруднение носового дыхания, заложенность носа в горизонтальном положении, выделения из носа слизистого характера. Для исследования нами были отобраны только те пациенты, у которых отсутствовала девиация перегородки носа (n = 32).

В диагностический алгоритм помимо видеоларингостробоскопии и риноскопии вошли: видеофиброназоскопия, микроларингоскопия (при необходимости), акустический анализ голоса, консультация аллерголога и аллергологическое обследование (при необходимости) и акустическая ринометрия.

Результаты: Было установлено, что цвет голосовых складок у 45,15% случаев (n = 14) пациентов с нарушением голоса был изменен (тусклые, гиперемия по свободному краю, инъекция сосудов). Ларингостробоскопическая картина характеризовалась асинхронностью колебаний голосовых складок с уменьшенной амплитудой колебаний, в 85,13% (n = 27) регистрировали наличие голосовой щели различных форм при фонации. Изменения в гортани, характерные для гипотонусной дисфонии, были выявлены у 26 человек (81,25%), у 4 (12,5%) пациентов — узелок одной из голосовых складок, у 3 (9,38%) — хронический катаральный ларингит.

С целью изучения архитектоники полости носа мы использовали акустический ринометр SRE 2000 INTERACUSTIK, система RHINOSCAN. Работа прибора основана на следующем принципе — он генерирует акустический сигнал с частотой звука от 150 до 10000 Гц, который направляется в полость носа по акустической трубе длиной 53 см. Звук, проходя по полости носа, отражается от ее стенок на всем протяжении носовых ходов. Мы анализировали следующие показатели: MCA1 — минимальная площадь поперечного сечения на протяжении от 0 до 22 мм от входа в полость носа; VOL1 — объем полости носа на протяжении от 0 до 22 мм от входа в полость носа; MCA2 — минимальная площадь поперечного сечения на протяжении от 22 до 54 мм полости носа; VOL2 — объем полости носа на протяжении от 22 до 54 мм полости носа. Контрольную группу составили 20 человек, не имеющие патологии гортани, носа и околоносовых пазух.

Результаты: При сопоставлении полученных данных была выявлена прямая корреляционная связь между возникновением гипотонусной дисфонии и гипертрофией ННР в 81,25% случаев, при которой значения акустической ринометрии были резко снижены по сравнению с соответствующими значениями в контрольной группе и составили: MCA1 — 0,24 ± 0,04 см^2; VOL1 — 1,15 ± 0,07 см^3; MCA2 — 0,23 ± 0,05, VOL2 — 2,35 ± 0,17. При дифференциальной диагностике гипертрофии ННР с помощью лабораторных методов исследования данной группе пациентов был поставлен диагноз вазомоторный ринит.

Наши исследования продолжаются, но уже сейчас можно вынести заключение что:

1. Взаимосвязь между ННР и голосовыми расстройствами существует. Гипотонусная дисфония напрямую связана с вазопатией слизистой оболочки полости носа, данное обстоятельство необходимо учитывать при лечении больных с выше описанной патологией.

2. Расширение алгоритма обследования лиц вокальных профессий за счет акустической ринометрии.

УСПЕХИ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Иванченко Г.Ф.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н.А. Дайхес)

Голосовой аппарат (ГА) — единая анатомо-функциональная система органов, объединяющая гортань как генератор звука, нос, околоносовые пазухи и глотку как резонаторы, и легкие как основной источник энергии для звукообразования. Заболевания каждого из этих отделов приводят к существенному расстройству сложного процесса голосообразования. На современном этапе развития фониатрии в лечебной практике, наряду с классическими ортофоническими и медикаментозными средствами, все более значительное место отводится хирургическим вмешательствам.

В основе хирургической деятельности специализированной фониатрической клиники лежат приемы щадящей эндоскопической микрохирургии всех отделов голосового тракта, сосредоточенные в одних руках в той степени, в которой они входят в компетенцию отоларинголога, фонопеда.

В лечебном процессе при необходимости должны участвовать пульмонолог и аллерголог.

Заболевания гортани — самый ответственный раздел хирургии голосового аппарата.

Со времени введения микроларингоскопии и микроларингохирургии в клиническую практику (1961 г. O. Kleinsassers) стали очевидными преимущества использования микроскопа. Применение увеличительной оптики является наиболее информативным клиническим методом для точ-

ной дифференциальной диагностики ранних стадий рака гортани. Стало возможным выполнение прицельной биопсии, а также прицизиозного удаления доброкачественных образований — узелков, полипов, кист, гранулем, варикозных узелков голосовых складок. Как метод выбора возможно избирательное применение микроточечного лазера, но с очень низкой интенсивностью (менее 3 ватт). Последним достижением является холоднoплазменная микрохирургия гортани.

В современной восстановительной микрохирургии при параличах, рубцовых деформациях все чаще используются средства для имплантации в голосовые складки с целью медиализации (т.е. перемещения их к средней линии).

Многолетний опыт, который включает в себя более 600 имплантаций различных препаратов, позволил выработать и усовершенствовать некоторые приёмы проведения процедур. Инъекция в голосовые складки представляет собой вмешательство, требующее большой точности и осторожности. Передозировка препарата может привести к сужению дыхательной щели.

Важно, чтобы процедура проводилась под местной анестезией в естественных условиях фонации.

Развитие химиополимеров привело к созданию разнообразных имплантов: стабильных и нестабильных. В настоящее время тефлон используется все реже, преимущество отдается препаратам на основе полиакрилалкидного геля. За последние годы накоплен клинический опыт применения импланта ДАМ+, содержащего коллойдное серебро, что позволяет предотвратить бактериальные воспаления в области имплантации. В начале 90-х годов прошлого века начал применяться коллаген. Коллаген — нестабильный имплант, выполняя функцию временно направляющего каркаса для регенерации, замещается собственными тканями. Еще одно преимущество коллагена заключается в том, что имплантация его в рубцово-измененные участки часто вызывает размягчение ткани. Заманчивым является имплантация собственного жира, однако из-за его рассасывния в 50% случаев требуется повторная инъекция аутожира через 6—8 месяцев. В настоящее время изучается новый тип имплантанта — аутологичный коллаген.

Наружная тиеопластика также имеет много показаний. Мы изменяем форму щитовидного хряща в сочетании с процедурой истончения и укорочения голосовых складок для повышения тональности голоса.

В послеоперационном периоде у лиц с речевой и вокальной деятельностью весьма важна объективная акустическая оценка голоса. Это необходимо для оценки результатов операции и контроля периода ортофонической коррекции.

Болезни носа. В том, что свободное носовое дыхание имеет огромное преимущество ни у кого не вызывает сомнения. Нас интересует его влияние не только на общее здоровье, но и на голос певца. Полости носа являются основными резонаторами голоса. Отсюда следует, что всякое отклонение от нормальной конфигурации.

В повседневной практике мы постоянно сталкиваемся с пациентами, имеющими одновременное поражение нескольких (анатомических) носовых структур.

Часть больных были ранее оперированы по поводу деформации перегородки носа или полипозного гаймороэтмойдита. Пациенты крайне неохотно соглашаются на операции, особенно повторные.

Даже знание психологических особенностей и умение установить контакт с пациентом бывают недостаточны без объективной информации.

Современные методы исследования, такие как компьютерная и магнитно-ядерная томография, микроэндоскопия носа и гортани, акустическая риноманометрия, электронная ларингостробоскопия, акустический анализ голоса, позволяют получить четкое представление о структуре и функциях основных звеньев голосового аппарата (ГА).

Опыт эндоскопической хирурги носа и околоносовых пазух у 180 пациентов с гнойными и полипозными риносинуситами, кистами, мицетомами подтверждает необходимость восстановления не только вентиляционной и траспортной функций, но и максимально смоделировать резонаторные полости. Конечно, во главу угла ставятся клинические проблемы.

Творчески переосмысливая опыт ведущих специалистов в области ринологии, таких как W.Meserklinder, Г.З. Пискунов и др., используем его в основной работе.

Важную роль отводим послеоперационному ведению больных для предупреждения рубцовой облитерации соустий и среднего носового хода.

Болезни глотки. **Больные фарингитом и хроническим тонзиллитом** — основной контингент как ЛОР, так и фониатрических кабинетов. Лечение их, как правило, консервативное. Среди отоларингологов и фониатров часто возникает вопрос о возможности тонзиллэктомии у профессионалов голоса, особенно у вокалистов.

С нашей точки зрения, в каждом конкретном случае вопрос решается индивидуально. Если у пациента есть прямые показания, а они достаточно четко сформулированы в руководствах, то операцию необходимо производить, соблюдая два условия: хирургическую виртуозность и техническую оснащённость.

Методом выбора может служить использование холодноплазменной тонзиллэктомии. Наш опыт подтверждает безопасность и целесообразность применения данной методики у вокалистов.

Резюмируя вышеизложенное, хирургия голосового аппарата охватывает широкий круг вопросов. Хирургическое вмешательство в большинстве случаев является лишь начальным этапом в сложной системе реабилитации больных.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТОНУСНОЙ ДИСФОНИИ

Исмоилова М.А.

Национальный медицинский центр республики Таджикистан (главный врач - А. Пиров)

В группу обследуемых с гипотонусной дисфонией были включены 76 больных в возрасте от 15 до 55 лет: мужчин — 36, женщин — 40. Давность заболевания составляла от месяца и свыше 5 лет. 34 больных в течение длительного времени (от 3 до 5 лет) лечились по месту жительства различными общепринятыми методами: медикаментозными и физиотерапевтическими. У 24 больных из 34 после лечения отмечалось улучшение голоса только 1—2 месяцев. Затем вновь наступало нарушение голоса. 10 больных вообще не отметили улучшения от проведённого лечения. Фонопедия с медикаментозным лечением применена 24 больным с гипотонусной дисфонией. Схема лечения состояла из проведения фонопедических упражнений, которые способствовали большему напряжению голосовых складок. Назначая медикаментозное лечение, мы преследовали цель использовать тонизирующее и стимулирующее действие препаратов на нервно-мышечный аппарат гортани.

При проведении фонопедических занятий и медикаментозного лечения 24 больным гипотонусной дисфонии выздоровление наступило у 7, улучшение — 13, не было эффекта от лечения у 4 больных. После 4—5 месяцев лечения рецидив наступил у 19 больных. Улучшилось состояние больных с давностью заболевания до 5 месяцев после лечения в течение месяца и более. У 3 больных с давностью заболевания более 5—10 лет лечение проведено без эффекта.

Лечение иглорефлексотерапией проведено 12 больным при гипотонусной дисфонии. Применяли 2-й вариант тормозного метода на общие точки со временем воздействия 20—30 минут и 2-й вариант возбуждающего метода на местные точки с введением 3—4 игл на 15 минут. Курс лечения состоял из 10—12 сеансов, через 2 недели курс повторяли.

В результате лечения иглорефлексотерапией выздоровление отмечено у 5, улучшение — у 6, не было эффекта у 1 больного с давностью заболевания более 2 лет. После 6 месяцев лечения рецидив наступил у 2 больных.

Иглорефлексотерапия в сочетании с фонопедией проведена 12 больным. Получены лучшие результаты по сравнению с таковыми при использовании предыдущих методов. В этой группе выздоровление наступило у 7 обследуемых, улучшение — 5, рецидив — у 2 после 6 месяцев лечения.

Комплексное лечение. В результате комплексного лечения 22 больных с применением медикаментозных препаратов, фонопедических упражнений и иглорефлексотерапии по вышеприведенным схемам выздоровление наступило у 12 больных, улучшение — 8. Рецидив отмечен у 2 больных после 6 месяцев лечения с давностью заболевания более 5 лет.

Таким образом, из примененных методов лечения наиболее эффективными и стойкими являются иглорефлексотерапия в сочетании с фонопедией и комплексное лечение, которое включает иглорефлексотерапию, фонопедию и медикаментозное лечение.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ

Карпищенко С.А., Катинас Е.Б., Кучерова Л.Р., Рябова М.А., Улупов М.Ю.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ректор — проф. М.Д. Дидур)

Фотодинамическая терапия (ФДТ) — метод лечения новообразований, основанный на воздействии света определенной длины волны на опухолевую ткань после предварительного местного или системного введения фотосенсибилизирующего вещества. Несмотря на то, что изначально ФДТ была задумана как способ лечения злокачественных новообразований, показания к её применению постоянно расширяются. Одним из перспективных направлений развития фотодинамической терапии является лечение рецидивирующего респираторного папилломатоза. Хирургический метод пока остается основным в лечении данного заболева-

ния, но он носит паллиативный характер и существенно не влияет на частоту рецидивирования, а по некоторым данным даже укорачивает межрецидивные периоды течения респираторного папилломатоза, составляет определенный риск рубцевания голосовой щели. Современные препараты для консервативного лечения папилломатоза позволяют добиться у некоторых пациентов улучшения клинического течения заболевания, однако, и они далеки от совершенства.

При анализе современной литературы нам удалось найти лишь 4 клинических исследования, посвященных фотодинамической терапии респираторного папилломатоза. Количество наблюдений в них варьирует от 10 до 30. Используются фотосенсибилизаторы как первого (Фотофрин, Фотогем), так и второго поколений (Фоскан). Авторы выделяют следующие преимущества ФДТ респираторного папилломатоза:

– хорошие функциональные результаты (отсутствие грубого рубцевания после ФДТ позволяет добиваться хорошего голоса);
– полная резорбция папиллом наступает в 80 – 100% случаев;
– скорость роста папиллом в большинстве случаев снижается на 25 – 30%;
– малое количество побочных эффектов;
– многократное повторение сеансов ФДТ не приводит к развитию резистентности.

На кафедре оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 2006 года проведено 7 сеансов фотодинамической терапии респираторного папилломатоза с поражением гортани и трахеи. Дважды процедура проводилась с использованием фиброларингоскопа под местной анестезией, в остальных случаях выполнялась прямая опорная микроларингоскопия под общей анестезией. Источником света служил полупроводниковый лазер «Лахта-Милон» с длиной волны 662 нм. В зависимости от распространенности папиллом суммарная доза световой энергии варьировала от 250 до 900 Дж, мощность от 0,5 до 1,0 Вт. Облучение проводилось через 1 – 3 часа после в/в введения фотосенсибилизатора второго поколения из группы хлоринов (Радахлорин, Фотодитазин).

Наш опыт показал, что ФДТ хорошо переносится больными как под общей, так и под местной анестезией. Побочных эффектов не наблюдалось. Полный регресс папиллом был достигнут лишь однажды, в остальных случаях он составил 60 – 80%. У одного из пациентов эффект от ФДТ полностью отсутствовал. Ни в одном случае не наблюдалось значимого изменения частоты рецидивирования папиллом. Возможно, это связано с большой распространенностью папилломатозного процесса и неполным регрессом папиллом после ФДТ. У одной пациентки, несмотря на четырехкратное повторение сеансов, не было замечено признаков развития резистентности к ФДТ.

Важным преимуществом фотодинамической терапии является щадящее отношение к структурам, отвечающим за голосообразование. Отсутствие грубого механического и термического воздействия на голосовые складки создает оптимальные условия для заживления, практически исключая рубцевание. Значительное улучшение голосовой функции было достигнуто у всех пациентов, кроме случая, когда ФДТ оказалась полностью неэффективна.

Проведение ФДТ под местной анестезией имеет очевидные преимущества: отсутствие негативного иммуносупрессивного влияния наркоза, возможность выполнять ФДТ амбулаторно.

Выводы:

1. Фотодинамическая терапия с отечественными фотосенсибилизаторами из группы хлоринов может применяться для лечения рецидивирующего папилломатоза гортани.
2. Необходимо продолжить поиск оптимальных режимов светового воздействия и дозировок фотосенсибилизатора для повышения эффективности фотодинамической терапии рецидивирующего папилломатоза гортани.
3. Побочных эффектов, осложнений ФДТ рецидивирующего папилломатоза гортани нами не зафиксировано.
4. Фотодинамическая терапия рецидивирующего папилломатоза гортани не создает предпосылок для формирования рубцов, безопасна для голосовой функции.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ И ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА РЕЙНКЕ-ГАЙЕКА: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Кочесокова Э.А., Демченко Е.В., Иванченко Г.Ф.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Отечно-полипозный ларингит (отёк Рейнке-Гайека) – заболевание, встречающееся чаще у курильщиков и характеризующееся субэпителиальным отёком вследствие закупорки пространства Рейнке, приводящее к выраженным нарушениям голоса.

Разработаны различные методики лечения отёка Рейнке-Гайека. К ним относятся: консервативное лечение, местное введение стеройдных препаратов, декортикация голосовых складок, лазерная и криохирургия. Но стойкие нарушения голоса, длительный послеоперационный период и частое рецидивирование заболевания оставляет необходимость в разработке новых методик — щадящих, в функцональном отношении, — лечения.

Нами было обследовано и пролечено 47 пациентов с отёком Рейнке-Гайека. Из них преимущественное большинство женщин (3:1), подверженных табакокурению (90%). Для оценки состояния голосового аппарата всем больным проводилась видеоларингостробоскопия и микроларингоскопия. На основании этих данных нами выделено три степени выраженности отёка Рейнке у наблюдаемых пациентов:

1 — легкая степень (начинающийся отёк Рейнке — 10 чел.). Голосовые складки пастозные. Медиальный край голосовых складок неровный, полипозно-изменённый. Дисфония 1 ст. Пациенты не нуждались в хирургическом лечении, им проводилось комплексное консервативное лечение.

2 — средняя степень (21 чел.). Характеризуется дисфонией 2—3 ст., студенистым отёком голосовых складок в передних и средних отделах, анатомически соответствующих пространству Рейнке, формирующим полиповидные образования. Главной задачей хирургического лечения данной формы заболевания является щадящее микрохирургическое удаление полиповидных образований на небольшом протяжении. Такое деликатное вмешательство возможно лишь при проведении классической микрохирургической операции. В связи с этим данным пациентам была проведена микрохирургическая поверхностная деэпителизация голосовых складок под контролем операционного микроскопа при прямой опорной ларингоскопии с помощью гортанных щипцов и микроножниц под ЭТН. Пациентам, имеющим противопоказания к проведению общего наркоза, было осуществлено эндоларингеальное щадящее удаление полипозно-измененной слизистой оболочки голосовых складок гортанными щипцами и выкусывателями под контролем операционного микроскопа под местной анестезией.

3 — тяжелая степень (распространенная форма) (16 чел.), которая характеризуется значительной полипозной дегенерацией голосовых складок, дисфонией 3 степени и нарушением дыхания при физической нагрузке. Голосовые складки представлены огромными полиповидными образованиями желеобразной консистенции, нередко многоуровневыми, с просвечивающимся вязким желтоватым секретом, флотирующие при дыхании и препятствующие полному смыканию голосовых складок при фонации. Распространение процесса наблюдалось на верхнюю поверхность голосовых складок и в подскладковый отдел. Характерной особенностью хирургического лечения является большой объем операции для достижения адекватного радикализма. Все это приводит к длительному послеоперационному периоду с выраженными реактивными явлениями голосовых складок. В связи с этим, нами было проведено коблационное (холодноплазменное) удаление полиповидных образований голосовых складок под контролем операционного микроскопа при прямой опорной ларингоскопии электрохирургическом прибором «Coblator II», оснащённым гортанным наконечником, произведённым компанией ArthroCare (США). При данной степени выраженности заболевания методикой выбора является холодноплазменная хирургия, т.к. минимальная толщина слоя плазмы позволяет выполнять хирургическое вмешательство в пределах поверхностного слоя собственной пластинки голосовых складок, не повреждая подлежащие здоровые ткани. Преимуществом данной методики является более щадящее воздействие на ткани за счёт сравнительно низких, относительно лазеров, температур — 40—60 гр. Отсутствие теплового воздействия на нервные окончания заметно снижает болезненность в ходе операции и послеоперационном периоде. При воздействии холодной плазмы происходит одновременное рассечение (аблация) и коагуляция тканей и сосудов. Не возникает внутритканевого кровоизлияния и не просходит пропитывания(имбибиция) голосовой складки кровью, что способствует лучшему заживлению тканей в более короткие сроки. Оптимальный тепловой эффект плазмы способствует устранению выраженного отёка стромы в пространстве Рейнке (обезвоживающий эффект), что снижает риск рецидивирования заболевания.

Весь операционный материал в обязательном порядке был гистологически исследован. Выявлены следующие морфологические признаки: интерстициальный отёк стромы диффузного или ограниченного характера, оттеснение отечной жидкостью волонистых структур к периферии, особенно в напралении к покровному эпителию до субэпителиальной соединительной ткани, выраженный миксоматоз. Также определалась недостаточно развитая сеть лимфатических сосудов в пространстве Рейнке, наличие лимфоангиэктазий, нарушение лимфооттока с развитием лимфогенного отёка стромы. При длительном воздействии хронического лимфогенного отёка (локальной лимфедемы) на окружающие ткани возникает нарастающая тканевая гипоксия и происходит усиление коллагенсинтезирующей активности фибробластов с дальнейшим развитием необратимых склеротических изменений в строме, чем и объясняются выра-

женные и стойкие нарушения голосовой функции у пациентов с отёком Рейнке-Гайека. Эти данные являются патоморфологической основой необходимости хирургического лечения при хроническом отёчно-полипозном ларингите.

Таким образом, своевременно проведенное щадящее хирургическое лечение пациентов с отёком Рейнке-Гайека, осуществленное в пределах субэпителиального слоя (поверхностной пластинки собственного слоя) голосовых складок, является залогом успешного лечения и получения хорошего функционального результата с восстановлением голосовой функции. А выбор методики хирургического лечения должен быть строго дифференцированным в зависимости от степени тяжести заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР В ОБЛАСТИ ФОНИАТРИИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Кржечковская Г.К., Кудрявцева Н.В., Кучерявый В.С., Мацаева А.Н., Приходько Е.А.

ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (главный врач — С.В. Новиков)

Несмотря на развитие фониатрии как медицинской науки, среди пациентов страдающих голосовыми нарушениями, должной информации о специальности «врач-фониатр» нет. Не исключено, что это связано с отсутствием такой специальности в приказах МЗ о номенклатуре врачебных специальностей «фониатр-оториноларинголог». Стремление заниматься вопросами фониатрии в большей мере принадлежит ЛОР-врачам, которые имеют желание вникнуть в суть этой увлекательной, сложной проблемы. Немаловажная роль при этом отводится определённым путям информации о враче-фониатре, своевременном обращении к специалисту при голосовых расстройствах, что особенно значимо для лиц речевых и вокальных профессий.

Голос, слух и речь — единая функциональная система. В связи с этим в Ставропольском крае на протяжении более 10 лет оказание помощи пациентам с нарушением голоса и слуха объединено и проводится в краевом центре сурдологии, слухопротезирования и фониатрии. Размещение в новом поликлиническом корпусе на базе ГУЗ — ведущей краевой клинической больницы, подбор квалифицированных кадров: врачей сурдологов-слухопротезистов, оториноларингологов-фониатров, невролога-отоневролога, психотерапевта-психиатра, логопеда-фонопеда-сурдопедагога, педагога-вокалиста и инженера-протезиста, позволяет осуществлять необходимый лечебно-профилактический комплекс. Работа на современном оборудовании для исследования слуховой и голосовой функции способствуют одновременному решению проблем слуха и голоса у лиц речевых профессий. Кабинеты для проведения фониатрического приёма оснащены телефаринголаринголгической установкой, стробоскопом, фонетографом. Имеются различные небулайзерные приборы, включая 4-местную компрессорную ингаляционную установку НИКО, которая имеет 5 степеней защиты пациентов от перекрёстной инфекции. Пациента с нарушением голоса по показаниям можно проконсультировать с аллергологом, гастроэнтерологом, терапевтом, торакальным хирургом, гинекологом краевой консультативной поликлиники. Только после тщательного обследования больному назначается лечебно-реабилитационный комплекс. При этом обязательно проводится беседа по профилактике голосовых расстройств, лицам речевой профессии выдается буклет о правилах соблюдения гигиены голоса. В комплексе используются приёмы аутотренинга и проводится по показаниям консультация психотерапевта, педагога-вокалиста.

Тесная связь сети сурдофониатрической службы с оториноларингологами городов, районов края способствует чёткой работе приема врачей оториноларингологов (фониатров) в краевом сурдофоноцентре без записи в регистратуре консультативной поликлиники. Формирование ежедневного приема специалистов, особенно лиц рече-вокальных профессий, проводит медсестра по телефону в каждом профильном кабинете.

Определенная важность отводится заседаниям краевой ассоциации оториноларингологов, краевым семинарам сурдофониатрической службы, где ежегодно представляются доклады по различным аспектам фониатрии с рекомендацией заявлять о возможных выездах специалистов в регионы.

Одним из путей информации о специальности врач-фониатр считаем проведение в течение всего учебного года обзорных занятий со студентами Ставропольской государственной медакадемии сотрудниками сурдофоноцентра. Особое внимание уделяется в процессе занятий вопросам звучности голоса, голосовым характеристикам, акцентируется внимание будущих врачей на соблюдении правил гигиены голоса, отрицательном влиянии вредных привычек — курение, длительные разговоры по мобильному телефону в транспорте, громкие возгласы при посеще-

нии дискотек, вредность шумовых воздействий. При этом даются разъяснения о необходимости обращать внимание на звучность голоса больного во время курации в процессе обучения в академии и помнить об этом при приеме будущих пациентов, что закрепляется видеозаписями патологии гортани. Считаем, что именно грамотный врач любого профиля может своевременно направить пациента на консультацию к фониатру с данными проведённых обследований и заключений.

Кроме этого проводится работа по профилактике голосовых нарушений среди студентов педуниверситета, училища искусств, аграрной академии, педагогами школ, воспитателями детских садов. Периодические выступления по радио и в газетах, включая корпоративную газету «Больничный городок», обращают внимание на имеющиеся голосовые расстройства и своевременность обращения к фониатру. При выезде в районы края проводятся лекции или беседы с сотрудниками поликлиник, больниц о соблюдении гигиены голоса и своевременном обращении к фониатру сотрудников и их пациентов особенно лиц речевых профессий при внезапных или длительных голосовых нарушениях. Проведение сурдо-фониатрического семинара в регионе Кавказских Минеральных Вод считаем одним из перспективных направлений развития фониатрии в крае.

ЗНАЧЕНИЕ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Мокроносова М.А.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Согласно официальной статистике, аллергическими заболеваниями в нашей стране страдают от 10 до 15% населения. Однако истинный показатель заболеваемости много выше, ибо обращаемость населения в аллергологические кабинеты имеет место в случаях сформировавшегося заболевания, ранние же симптомы болезни часто остаются не выявленными. Вероятно, большая часть взрослого населения не считают «насморк» поводом обращаться за медицинской помощью.

Хроническое воспаление слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей характеризуются ринореей, отечностью, которые влекут за собой тканевую гипоксию всей носовой полости и ротоглотки. Эти события являются ключевыми в формировании «гнусавости». Недостаточное использование носовой полости как резонатора, отсутствие нормального носового резонанса создают определённые трудности в восприятии речи.

Одним из симптомов бронхиальной астмы является проблема нарушения голоса во время приступов, связанная с бронхоспазмом и затруднением выдоха. Кроме того, нерациональное применение ингаляционных кортикостероидов в качестве базисной терапии может приводить к развитию кандидоза ротовой полости.

В план основного обследования необходимо включать эксфолиативный цитологический анализ назального секрета на предмет выявления эозинофилии, бактериологического исследования с целью исключения кандидоза, кожное тестирование с основным спектром ингаляционных аллергенов с последующей возможной элиминацией причинных аллергенов из окружающей среды.

Диагностика аллергического воспаления верхних дыхательных путей на ранних стадиях позволит своевременно назначить адекватную терапию и предупредить развитие заболеваний голосового аппарата.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛОСА ПО ЧАСТОТЕ И АМПЛИТУДЕ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мохотаева М.В.

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий» (директор – Засл. врач РФ, проф. Ю.К. Янов)

В последние годы специалистами отмечается рост числа детей с двигательной патологией. По данным Научно-исследовательской ассоциации United Cerebral Palsy (USA) число больных с церебральным параличом (ЦП) за десять лет увеличилось на 25% (USP Report, 2008). 80% детей с ЦП имеют различные речевые расстройства, в том числе и нарушения голоса (Ипполитова М.В., 1989).

Рядом исследователей была показана высокая степень достоверности при использовании акустического анализа в диагностике состояния голосовой функции у детей. Наиболее информативными акустическими параметрами являются те, которые характеризуют нестабильность голоса по частоте и амплитуде (Юрков А.Ю., 2010).

Целью нашего исследования было изучение нестабильности голоса по частоте и амплитуде у учащихся начальных классов с ЦП.

Пациенты и методы. Нами был осуществлен анализ записей голосов 35 учащихся начальных классов с ЦП. Контрольную группу составили 57 детей в возрасте 7–8 лет, которые не предъявляли жалобы на нарушения голосовой функции.

Акустическое исследование было реализовано с помощью аппаратно-программного комплекса Multi-speech 3700 и программы MDVP (Multi-Dimentional Voice Program (KayPentax, USA)). Ребёнку предлагалось сделать глубокий вдох и произнести гласный [a]. После того как была проведена запись, выделялся необходимый для анализа участок звуковой волны и программа выводила на экран монитора отчет в виде нескольких окон с диаграммами, характеризующими оцениваемые параметры. Основное окно отчета содержало радиальную диаграмму, отражающую значения всех рассчитанных показателей. Первую группу составляли показатели, характеризующие колебания частоты голоса в кратко- и долгосрочном периодах (Absolute Jitter, Jitter Percent, Relative Average Perturbation, Pitch Average Perturbation, Fundamental Frequency Variation). В настоящем исследовании мы оценивали коэффициенты PPQ (Pitch Period Perturbation Quotient) и RAP (Relative Average Perturbation Quotient), так как они показывают относительную оценку изменения высоты от периода к периоду в пределах анализируемого сигнала с фактором сглаживания в 3 и 5 периодов. Коэффициент сглаживания снижает вероятность ошибок при расчете и поэтому более точно отражает нестабильность голоса. Считается, что значения коэффициентов PPQ и RAP не должны превышать 0,84% и 0,68% соответственно (Baken R.J., 1987; Titze I., 1998). Вторая группа показателей характеризовала колебания амплитуды (Shimmer in dB, Shimmer Percent, Amplitude Perturbation Quotient, Peak-to-peak Amplitude Variation). Мы оценивали значения коэффициента APQ (Amplitude Perturbation Quotient), который является относительной оценкой изменений величины амплитуды от периода к периоду с фактором сглаживания в 11 периодов. Принято считать, что значение коэффициента APQ при отсутствии нарушений голоса должно быть не более 3,07% (Takahashi H. and Koike Y., 1975; Davis S.B., 1979).

Исследование показало, что качество голоса детей с ЦП и их здоровых сверстников различается по параметрам, характеризующим нестабильность голоса по частоте и амплитуде. У испытуемых с ЦП было отмечено статистически достоверное увеличение значений RAP и PPQ ($p<0,001$) по сравнению с величиной этих показателей у здоровых детей. У детей с ЦП они составили 1,08±0,02 и 1,02±0,03, у здоровых – 0,71±0,005 и 0,67±0,003 соответственно. Значение коэффициента APQ у школьников экспериментальной группы было выше, чем у детей контрольной группы ($p<0,001$), и составило 4,34±1,23. У школьников без ЦП среднее значение коэффициента равнялось 2,46±1,31.

Высокие значения PPQ, RAP и APQ у детей с ЦП свидетельствовали о невозможности голосовых складок поддерживать колебания определённой частоты и амплитуды.

Таким образом, исследование нестабильности голоса по частоте и амплитуде позволяет оценить состояние голосовой функции у детей с ЦП, определить необходимость фониатрического обследования и логопедической коррекции.

СПОСОБЫ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ С НАРУШЕНИЕМ ГОЛОСА

Павлов В.Е.[1], Карпищенко С.А.[1], Колотилов Л.В.[2]

1. ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ректор – проф. М.Д. Дидур)

2. ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ректор – проф. И.В. Шешунов)

К органическим причинам нарушения голоса можно отнести различные патологические состояния: ларингит (острый или хронический), образования голосовых складок (узелки, кисты, полипы, фибромы), респираторный папилломатоз, парезы и параличи гортани. Учитывая разнообразие причин вызывающих дисфонию, необходимо проведение эндоскопического исследования гортани для постановки диагноза. Проведение прямой опорной микроларингоскопии позволяет выявить большинство заболеваний гортани и выполнить дальнейшее хирургическое лечение.

Успех эндоскопической хирургии в области дыхательных путей, на наш взгляд, не возможен без тесной кооперации анестезиолога и хирурга, понимании общих задач и проблем. Использование стандартных эндотрахеальных трубок зачастую не позволяет выполнять требуемый объём вмешательства и значительно ограничивает манипуляционные возможности особенно при работе с лазером. Существуют специальные эндотрахеальные трубки, устойчивые к воздействию лазерного луча, но их использование всегда ограничивает обзор операционного поля и манипуляции хирурга. Наилучшие условия обеспечиваются за счёт применения струйных методов вентиляции легких. Однако эти методы предполагают выполнение тотальной внутривенной анестезии, оптимально в сочетании с компонентами местной анестезии. Выбор анестетика не имеет принципиального значения. Появление автоматических дозаторов позволило оптимизировать дозировки препаратов, обеспечивать большую стабильность гемодинамических показателей и глубины анестезии, сократить время пробуждения пациентов, что крайне важно для контроля проходимости дыхательных путей в послеоперационном периоде.

Кратковременные и диагностические вмешательства могут выполняться с использованием инжекционного метода вентиляции (принцип Вентури) через операционный ларингоскоп. Более длительные манипуляции осуществлялись с применением струйной вентиляции легких через эндотрахеальный инсуффляционный катетер малого диаметра (1,4 – 2 мм), располагаемый в области задней комиссуры, или транстрахеальный катетер. Последний способ обеспечивает хирургу максимальные возможности, не уменьшает просвет ДП, не создает дополнительных проблем для выдоха, что крайне важно в случаях стеноза, а также резко снижает риск случайного повреждения катетера в результате лазерного воздействия. Дополнительная безопасность и высокая точность хирургических манипуляций достигается использованием контактного инструментария. Необходимый газообмен может достигаться подачей сжатого кислорода, воздуха или кислородо-воздушной смеси в ручном режиме или автоматически с нормальной или высокой частотой дыхательных циклов в минуту. Чрескатетерная высокочастотная струйная вентиляция легких (ВЧСВЛ) является предпочтительной, так как кроме гарантированного поддержания дыхательной функции и стабильной гемодинамики обеспечивает постоянное удаление из зоны лазерного воздействия дыма, крови и частиц тканей, исключает их аспирацию в легкие. Минимальные колебания голосовых складок и грудной клетки обеспечиваю точность манипуляций.

Анестезиолог, использующий струйные методы вентиляции и особенно ВЧСВЛ, не застрахован от баротравматических осложнений (в нашей практике 6 пневмотораксов). Истинная причина их не всегда понятна, даже применение ВЧ респираторов (Monsoon «Acutronic», Швейцария), позволяющих мониторировать давление в дыхательных путях в конце дыхательного цикла, не дает гарантии полной безопасности. Оперирующий отоларинголог и анестезиолог должны знать эти проблемы, понимать особенности и опасности струйных методов вентиляции легких, а также лазерного воздействия, быть готовы вовремя диагностировать и быстро устранить возникшее осложнение. Соответствующий инструментарий и оборудование должно быть готово к использованию и находиться в операционной. Протоколы необходимых мероприятий должны быть отработаны до мелочей и знакомы всем участникам эндоскопических хирургических вмешательств.

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА У ВОКАЛИСТОВ

Романенко С.Г., Павлихин О.Г.

ГУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии» ДЗ Москвы (директор – проф. А.И. Крюков)

Тактика лечения острых воспалительных заболеваний у вокалистов зависит от ряда факторов, определяющих специфику их профессиональной деятельности. К ним относятся, в первую очередь, повышенная лабильность нервной системы, нередко завышенная или неадекватная оценка своего физического состояния и голосовых возможностей. Поэтому любое лечебное мероприятие у артиста – вокалиста необходимо начинать с рациональной психотерапии.

Голосовой аппарат является основным рабочим инструментом для вокалиста и к нему необходимо максимально бережное отношение. Это подразумевает, что при возникновении воспалительных изменений показано ограничение голосовой нагрузки, длительность которого определяется степенью выраженности воспалительных изменений. Однако необходимо помнить, что полный голосовой покой или чрезмерно длительное молчание оказывает неблагоприятное влияние на психологическое состояние певца, что может приводить к увеличению сроков восстановления его работоспособности.

При появлении у певца жалоб на изменение голоса и подозрения на острое воспаление гортани требуется проведение дифференциального диагноза с так называемой «рабочей гиперемией» — функциональным состоянием, обусловленным профессиональной деятельностью (чрезмерная голосовая нагрузка) и изменениями голосового аппарата, обусловленными инфекционным процессом (ОРВИ, грипп, бактериальные инфекции, специфические заболевания). Для этого необходим тщательный сбор анамнеза, динамическое наблюдение («рабочая гиперемия» может сохраняться в течение нескольких часов). Выполняются инструментальные и лабораторные исследования: микроларингоскопия, ларингостробоскопия, по показаниям — рентгенография околоносовых пазух, анализ крови и т.п.

После определения этиологии заболевания и оценки клинико-функционального состояния голосового аппарата проводится комплексная этиологическая, патогенетическая и симптоматическая терапия, направленная на максимально быстрое восстановление вокального голоса.

Гораздо большее значение, чем для представителей неголосовых профессий, имеет местное лечение методом ингаляционного или непосредственно эндоларингеального введения лекарственных препаратов, использование физиотерапии и создание лечебно-охранительного режима.

Сроки ограничения голосовой нагрузки, даже при одинаковых нозологических формах, определяются индивидуально для каждого вокалиста с учётом его возраста, профессионального стажа, вокальной техники и в зависимости от динамических изменений ларингоскопической картины и функциональных проб (определения времени максимальной фонации, ларингостробоскопического исследования).

Студентам музыкальных учебных заведений, начинающим вокалистам с небольшим стажем работы, рекомендуется ограничение голосовой нагрузки даже при незначительных воспалительных изменениях голосового аппарата (изолированный катаральный ринит, фарингит или ларингит) и тем более строгий голосовой режим при ярко выраженных и распространенных проявлениях воспаления, до полного исчезновения клинической картины заболевания.

Певцам с длительным стажем работы, хорошо владеющим вокальной техникой, способным правильно оценить состояние своего голосового аппарата и равномерно распределить певческую нагрузку, можно разрешать выступления в более ранние сроки под обязательным наблюдением фониатра.

С целью профилактики рецидива воспалительных заболеваний голосового аппарата у вокалистов показано проведение полного клинического обследования пациентов для выявления очагов хронического воспаления (хронические тонзиллит, гайморит, гинекологические заболевания), которые могли бы провоцировать возникновение острого воспалительного процесса.

Адекватная оценка причин возникновения и степени выраженности воспалительных изменений голосового аппарата, а также правильно выбранная тактика их лечения обеспечивают длительное сохранение профессиональной формы у вокалистов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСА У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ

Рябова М.А.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ректор — проф. М.Д. Дидур)

Реабилитация голоса у больных с рубцовыми стенозами гортани подразумевает, с одной стороны, восстановление потока воздуха через голосовую щель, с другой стороны — обеспечение смыкания голосовых складок. Варианты хирургического восстановления голоса у больных зависят от объема и локализации рубцов в гортани, подвижности голосовых складок. Надо учитывать тот факт, что чем более массивная хирургическая травма, тем более высок риск рестенозирования гортани, тем хуже функциональные результаты вмешательства. В этой ситуации оптимальной является эндоскопическая лазерная хирургия рубцовых стенозов, позволяющая щадяще, бескровно, дозированно воздействовать на рубцы в просвете гортани, не вызывая грубой воспалительной реакции в послеоперационном периоде.

На кафедре оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в течение 25 лет для хирургии гортани применяется высокоэнергетический лазер в контактном режиме. За этот период времени совершенствовалась лазерная хирургическая техника, определены оптимальные параметры лазерного излучения, разработаны схемы пред- и постоперационного лечения больных. Разработанный в СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова метод высокочастотной вентиляции легких через трахеопункцию позволяет оперировать на свободном операционном поле, пассивный выдох обеспечивает эвакуацию дыма из дыхательных путей и может быть

с определенными условиями использован у больных с хроническими стенозами гортани. Именно сочетание высокочастотной вентиляции лёгких через трахеопункцию и лазерной контактной хирургической техники позволяет эндоскопически, малоинвазивно получить хорошие функциональные результаты в отношении дыхательной, голосовой при сохранении разделительной функции гортани.

История реабилитации больных с рубцами в области передней комиссуры, webs, которые существенно нарушают голосовую функцию, а при распространении более чем на половину мембранозной части голосовых складок — дыхательную, предлагает много различных вариантов хирургического лечения. Поиск новых методов хирургии рубцов передней комиссуры продолжается и сейчас в связи с высоким риском рестенозирования. При рубцовых мембранах в области передней комиссуры, так называемых webs, принципиально существует четыре типа хирургических вмешательств:

1 — эндоскопическое иссечение рубцовой перемычки в передней комиссуре с последующим повторным разделением спайки (Г.Ф. Иванченко 1992, C.R.Stasney 1995),

2 — ларингофиссура, иссечение рубца и установление киля в передней комиссуре (T.Y. Hsiao 1999),

3 — эндоскопическое иссечение web и подшивание протектора в виде пластинки (C.L. Pennington 1968, H.H. Dedo 1979), трубочки (M.K. Lynch, F.E.Le Jeune 1960, Х.А. Алиметов и Д.Д. Джабаров 1990) или якореобразного эндопротеза (Павлов П.В. 2001) для предотвращения рестенозирования после рассечения рубцов передней комиссуры,

4 — эндоскопическое иссечение рубца с последующей пластикой лоскутом слизистой (N. Issiki et al 1991). Все эти способы не лишены недостатков, так, при осуществлении ларингофиссуры, есть необходимость превентивного наложения трахеостомы, на коже остаются рубцы. При эндоскопическом подшивании пластин или трубочек после рассечения web технически сложно получить острый угол между складками, формируется рецидив рубца в передней комиссуре.

Мы успешно используем высокоэнергетический лазер для лечения этой группы больных. За последние 5 лет в клинике прооперировано 12 больных с рубцовыми мембранами в передней комиссуре гортани. У 11 больных web возникли после перенесённых эндоскопических операций по поводу папилломатоза, рака гортани, хирургического лечения отечного ларингита Рейнке, у одной больной — после термического ожога дыхательных путей на пожаре. Важно хирургическое лечение проводить не ранее чем через 6 месяцев после травмы гортани, не должно быть воспалительного фона. В большинстве случаев приходится противовоспалительную терапию, антирефлюксную терапию проводить на этапе подготовки к операции.

В условиях прямой микроларингоскопии по Kleinsasser полупроводниковым лазером контактно при мощности 5 Вт производится рассечение рубца вплоть до передней комиссуры. В послеоперационном периоде проводится системная противовоспалительная терапия, короткий курс внутривенной кортикостероидной терапии, больной соблюдает голосовой покой. По показаниям — антирефлюксная терапия. При тонких мембранах в передней комиссуре удается получить острый угол между голосовыми складками, хороший голос. При мембранах толщиной более 5—6 мм удается восстановить просвет дыхательной щели, длину складок, но все-таки формируется закругленный угол между голосовыми складками. Нормализована дыхательная функция во всех случаях, голос улучшен во всех случаях, что подтверждено исследованием функции внешнего дыхания и компьютерного анализа голоса. Катамнез составляет от 1 года до 5 лет, функциональные результаты стабильны.

Хирургическая тактика при рубцовых процессах задней комиссуры зависит от подвижности голосовых складок и протяженности рубца. Стенозы заднего отдела гортани классифицируются R.S. Bogdasarian и N.R. Olson (1980) следующим образом:

1 тип — связочно-межчерпаловидный рубец, задняя комиссура интактна;

2 тип — межчерпаловидный рубец с вовлечением задней комиссуры;

3 тип — рубец задней комиссуры с вовлечением одного перстнечерпаловидного сустава;

4 тип — рубец задней комиссуры с вовлечением двух перстнечерпаловидных суставов.

Подобная детализация связана с различной хирургической тактикой, предлагаемой авторами при разных типах стенозов заднего отдела гортани. Большинство авторов использует те или иные варианты стентирования в послеоперационном периоде для профилактики рестенозирования. Мы не используем стентирования при рубцовых процессах заднего отдела гортани, придерживаемся следующей тактики:

при 1 типе достаточно лазером контактно иссечь рубец между голосовыми отростками черпаловидных хрящей. Восстановленная при этом подвижность голосовых складок сама по себе предупредит рестенозирование;

при 2 и 3 типах — иссечения рубца недостаточно, так как риск рестенозирования очень высок при нарушении подвижности голосовых складок, многие хирурги устанавливают киль

или осуществляют подсадку каких-либо материалов в задний сегмент гортани для предотвращения рестенозирования. При 2 и 3 типе рубцовых изменений в заднем отделе гортани после рассечения рубца мы проводим латерофиксацию голосовой складки на 3 недели для профилактики развития рецидива рубцового процесса в заднем отделе гортани. Латерофиксация при 3 типе осуществляется с той стороны, с которой сохранена подвижность перстне-черпаловидного сустава. При 4 типе стеноза заднего отдела гортани хирургическая тактика должна быть такая же как при паралитических стенозах гортани, в этом случае мы осуществляем эндоскопическую лазерную хордаритеноидэктомию.

За последние 5 лет на кафедре оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова на лечении было 5 больных с рубцовыми процессам заднего отдела голосовой щели (1 больная с рубцовым процессом 1 типа, 2 больных — 2 типа, 1 больная — 3 типа, у одного пациента был рубцовый стеноз заднего отдела гортани 4 типа). У всех больных рубцовые процессы в гортани возникли после интубации, у всех больных этой группы сопутствующим заболеванием была ГЭРБ или скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Применённая тактика лечения позволила компенсировать дыхательную функцию во всех случаях, нормализовать голосовую — в 4 случаях, в 1 — улучшить. Наблюдение за больными в течение года после операции позволило сделать вывод о стойкости достигнутых функциональных результатов.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННИМИ ПАРАЛИЧАМИ ГОРТАНИ

Рябова М.А., Соловьева Е.А., Темираева З.К.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ректор — проф. М.Д. Дидур)

Реабилитация больных с односторонними параличами гортани — достаточно сложный и длительный процесс, основной задачей является улучшение смыкания голосовых складок при фонации и глотании путём активизации компенсаторных механизмов гортани. Для этого используются как лекарственные препараты, так и фонопедическая терапия. Улучшение голоса можно получить за счёт увеличения амплитуды движения здоровой голосовой складки, которая при фонации начинает заходить за среднюю линию.

На лечении находилось 80 больных с односторонними параличами гортани с латеральным положением парализованной голосовой складки в сроки от 1 месяца до 6 лет от начала заболевания. Комплекс лечебных мероприятий включал курс медикаментозного и фонопедического лечения:

1. С целью купирования проявлений дисфагии и рефлюкс-синдрома больным рекомендовалось соблюдать режим питания, определённые правила приема пищи.

2. Стимуляция нейромышечной проводимости. Применялся антихолинэстеразный препарат Нейромидин по 2 мл 0,5% раствора 2 раза в сутки внутримышечно, активным веществом которого является ипидакрин. Учитывая, что нейромидин действует на все звенья проведения возбуждения: он стимулирует пресинаптическое нервное волокно, увеличивает выброс нейромедиатора в синаптическую щель, уменьшает разрушение медиатора ацетилхолина ферментом, повышает активность постсинаптической клетки прямым мембранным и опосредованным медиаторным воздействием, а также обладает менее выраженными мхолинотропным эффектом.

3. Ежедневно внутримышечно вводилось 2 мл раствора мильгаммы для восстановления нарушенной проводимости нерва.

4. Больным с сопутствующей гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью назначался приём ингибиторов протонной помпы, обволакивающих средств, ингибиторов Н2-гистаминовых рецепторов.

Фонопедическая терапия проводилась в течение месяца по методике K. Wilson (1990). Компенсация нарушенных функций голосового аппарата при параличах гортани за счет сохранных структур либо за счет формирования заместительных механизмов фонации — развивающаяся форма фонопедической помощи. Целью фонопедии при парезах и параличах является создание новых синергий вне гортани или внутри неё (Максимов И., 1987). Фонопед вынужден искать дополнительные компенсаторные механизмы восстановления нарушенных функций при отсутствии отдельных компонентов голосового аппарата. В обязательный курс фонопедической реабилитации входят следующие этапы:

1. Рациональная психотерапия.

2. Коррекция физиологического и фонационного дыхания. Основной задачей дыхательных упражнений является удлинение выдоха, увеличение подскладочного давления, массаж горта-

ни вдыхаемой и выдыхаемой струей воздуха, увеличение подвижности здоровой половины гортани, стимуляция наружных и внутренних мышц гортани.

3. Тренировка кинестезий и координация голосового аппарата с помощью фонопедических упражнений, укрепление артикуляционного аппарата, мышц гортани, активизация мышц шеи, небно-глоточного клапана.

4. Постановка голоса.

5. Автоматизация найденных кинестезий.

Стимуляция мышечной активности осуществляется с использованием различных методов, общей особенностью которых является отработка «силового» смыкания голосовых складок или механическое воздействие на область щитовидного хряща на первом этапе восстановления, активизация мышц шеи, языка, мягкого неба.

В результате консервативного лечения у 88,75% пациентов отмечалось купирование проявлений дисфагии, из них у 10% пациентов подвижность поражённой голосовой складки восстановилась, у 78,75% — развились компенсаторные механизмы. Компенсация наступила в результате смещения голосовой щели в сторону пораженной голосовой складки за счет перехода здоровой голосовой складки за среднюю линию, что способствует более плотному смыканию голосовых складок при фонации и во время акта глотания.

Оценка результатов лечения проводилась при компьютерном анализе голоса. Наиболее информативными параметрами акустического анализа голоса при односторонних параличах гортани являются следующие:

1. Отношение параметров Number of pulses (количество смыканий голосовых складок) к Number of period (период между звуковыми волнами).

2. Intensity — интенсивность сигнала, которая отражает громкость голоса, измеряется в дБ, при улучшении смыкания голосовых складок возрастает.

3. HNR — соотношение гармоника/шум в звуковом сигнале, измеряется в дБ.

4. Jitter — степень частотной нестабильности вибрационной способности складок.

Компьютерный анализ голоса после лечения свидетельствует об улучшении качества голоса у 92,5% пациентов. Консервативную терапию необходимо проводить даже на поздних стадиях заболевания, т.к. она направлена на активизацию механизмов компенсации филогенетически самой древней функции гортани, разделительной, которая может быть реализована только при закрытии голосовой щели.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГОЛОСА ДЕТЕЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Тарасова Н.В., Орлова О.С.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н.А. Дайхес)

Кохлеарная имплантация сегодня — это не только высокая медицинская технология, но и перспективное направление современной коррекционной педагогики в области оказания комплексной медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи лицам любого возраста с тяжёлыми потерями слуха и глухотой.

Этот метод получил широкое распространение в России за последние десять лет. По данным И.В. Королёвой (2008), более 1000 детей и взрослых в нашей стране пользуются различными системами кохлеарной имплантации [1]. В 2010 году планируется проведение более 1000 плановых операций.

Конечной целью комплексной реабилитации после кохлеарной имплантации является создание максимально возможных условий для каждого инвалида по слуху развивать индивидуальные способности на основе формирующейся слуховой функции. Особенно это касается глухих детей раннего возраста, перенесших операцию в возрасте до 3-х лет. Известно, что для овладения ребенком речью необходимы сохранные умственные способности, нормальный слух, достаточная психическая активность, потребность в речевом общении в процессе коммуникативного взаимодействия. Отсутствие одного из условий приводит к различным речевым расстройствам.

Считается, что пороги речевого процессора варьируют в пределах 30—40 дБ, что соответствует порогам восприятия звука при I степени тугоухости, кроме работы импланта в режиме Whisper, уровень которого равен 20 дБ [2]. Многолетние исследования ученых (Л.В. Нейман, В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, С.С. Ляпидевский, М.Е. Хватцев, А. Митринович-Моджаевская, Я.М. Сапожников) доказали, что затруднения в восприятии и овладении речью, усвоению первоначальной грамоты могут возникать уже при понижении слуха на 15—20 дБ. В этих случаях могут возникать и расстройства голоса, которые относят к периферическим нарушениям.

У детей отмечаются изменения высоты, силы и тембра голоса из-за отсутствия или снижения контроля речи. Таким образом, даже небольшое расстройство слуха негативно влияет на процесс формирования речи и голоса в детском возрасте. В связи с этим для специалистов, работающих с имплантированными детьми, большое значение приобретает проведение комплексного психолого-педагогического обследования и определения направлений коррекционной работы, одним из которых является изучение голоса детей, выявление нарушений и восстановления голосовой функции.

Цель работы — изучение состояния и использования голоса глухими имплантированными детьми раннего возраста.

Материалы. За период с 2006 по 2008 год в отделении «Аудиологии, слухопротезирования и слухоречевой реабилитации» ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА» (Москва) была обследована группа глухих детей раннего возраста (16 девочек, 19 мальчиков), не владеющие элементарными навыками слухового восприятия и речи. Имплантация в возрасте от 1 г. 6 мес. до 3 лет.

Обследование голоса детей с целью выявления тех или иных особенностей тембра, изменения громкости, высоты, резонанса (гиперназальность: чрезмерное использование носовой полости как резонатора) мы проводили как в дооперационном периоде, так и в течение двух лет реабилитации. В своей работе мы опирались на диагностические методики, описанные в работах Е.С. Алмазовой, Д.К. Вильсона, И.И. Ермаковой, А.В. Новиковой, О.С. Орловой, В.И. Селиверстова. При диагностике нарушений голоса у детей изучали анамнестические данные: заключение оториноларинголога о состоянии ЛОР-органов, педиатра о перенесённых заболеваниях. Мы проводили осмотр артикуляционного аппарата, его строения и подвижности. Для оценки качественных характеристик голоса детей нами были использованы следующие виды упражнений: вызывание звука голоса на имитации мычания: звук [м] в сочетании с [а,у,о]; пение гласного звука [а] при широко открытом рте, обследование мышц мягкого нёба, произнесение звуков [а, ы] на твёрдой атаке. Для определения возможности изменения тембра голоса и его высоты, умения говорить нормальным, низким и высоким голосом детям предлагалось прослушать отрывок из сказки «Три медведя» и воспроизвести стереотипную фразу: «Вот моя тарелка», «Вот моя ложка», «Я буду есть суп», изменяя интонацию, высоту и силу звучания, передавая голосом характер персонажа. При этом выявляли способность ребенка изменять голос по высоте от самого высокого до самого низкого. Для определения силы голоса и длительности речевого выдоха мы просили ребенка произносить звук [у], чередуя длительность и громкость звучания. Для этого предлагали поиграть с игрушечным паровозиком, имитируя гудок. В некоторых случаях для поддержания интереса у ребенка применяли метод аппликации на фланелеграфе. Для исследования умения изменять голос по высоте, передавая коммуникационный тип предложения (повествовательное, вопросительное), детям предлагали после прослушивания диалога воспроизвести его (ролевая игра) с использованием настольного, кукольного или пальчикого театра. Те дети, которые были способны выучить стихотворение, рассказывали его во время обследования.

Исследование голоса проходило в игровой форме во время как специально организованных (диагностических), так и на коррекционно-развивающих занятиях. Все задания дети выполняли по подражанию и словесной инструкции, а также по образцу. Балльную оценку осуществляли с учетом следующих критериев:

1 — наличие выраженных расстройств голоса, неспособность изменять голос по силе, тембру, мягкое нёбо провисает, выраженный назальный оттенок, речевой выдох сильно укорочен.

2 балла — способность говорить только тихим или громким голосом, мягкое нёбо недостаточно подвижно или отклоняется в сторону, назальный оттенок слабо выражен или отсутствует, речевой выдох укорочен.

3 балла — способность изменять голос по высоте, использовать во время коммуникации голос нормальной громкости, подъём мягкого нёба сформирован в полной мере, голос чистый, природный, звучный, назальный оттенок отсутствует.

Результаты. Все дети до операции не владели устной речью. В основном, у них отмечался канонический лепет с переходом в стадию первых лепетных слов (20% детей), владение первичным словарным запасом до 20 слов (80% детей). У всех детей были диагностированы: укороченный речевой выдох, невозможность изменять голос по силе и высоте и физиологические голосовые реакции (крик и плач). Изучение анамнеза показало, что у 12 детей (34,2%) наблюдались частые респираторные заболевания, у 2-х детей (5,7%) патология органов и систем (зрительной и нервной). Анализ состояния органов артикуляции показал, что отклонения в строении были выявлены у 5 детей: 1 ребенок (2,8%) — прогения, 4 (11,4%) — укороченная подъязычная связка. Подвижность была нарушена у 8 детей (22,8%). Выраженный назальный оттенок голоса был отмечен у одного ребенка (2,8%). Со всеми детьми обследуемой группы проводились специальные коррекционно-развивающие занятия, как по месту их основного проживания, так и в условиях ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА» (Москва).

В процессе реабилитации после операции у всех детей происходило дальнейшее речевое развитие, в том числе развитие и совершенствование качественных характеристик голосовой функции, овладение природным голосом. Повторное обследование мы проводили через 6, 12, 18

месяцев после операции. К концу второго года реабилитации 29 детей обследуемой группы (82,8%) с заданиями справлялись успешно и набрали по 3 балла. Однако необходимо отметить, что умение изменять голос при передаче коммуникационного типа предложения (особенно вопросительной интонации) у них только начинало формироваться. Пятеро детей (14,2%) набрали по 2 балла. Один ребенок (2,8%) набрал 1 балл, так как имел сочетанные нарушения в развитии.

Все дети обследуемой группы до операции для привлечения внимания окружающих чаще всего использовали естественные жесты в сочетании с топаньем, маханиями руками, криком. Но уже на начальных этапах реабилитации (первые 6 месяцев) спонтанное использование голоса (вокализаций, слов) в игровых ситуациях, а также при общении значительно увеличивалось (до 50% случаев). У детей постепенно формировалась способность контролировать собственный голос по громкости, увеличивался речевой выдох, формировалась первая фраза, состоящая из 2—3 слов.

Выводы. Проводимая коррекционно-развивающая работа в системе комплексной реабилитации детей после кохлеарной имплантации, создает оптимальные условия для овладения и восстановления голосовой функции. Вырабатываемый слуховой контроль у имплантированных детей за собственной речью в течение двух лет после операции создает предпосылки для развития всех характеристик голоса, что способствует гармоничному развитию ребенка и установлению им социальных контактов с окружающими людьми.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ГОЛОСА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ С ИДЕНТИФИКАЦИЕЙ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ

Фуки Е.М., Бойкова Н.Э., Зеленкин Е.М., Осипенко Е.В., Трофимов Е.И.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н.А. Дайхес)

Введение. В последние десятилетия отмечается рост числа заболеваний щитовидной железы, значительная часть которых требует хирургического лечения. Специфическими осложнениями тиреоидной хирургии являются повреждения гортанных нервов, выражающиеся появлением в послеоперационном периоде, разной степени выраженности осиплости, вплоть до афонии, затруднением дыхания, вплоть до асфиксии. Если, согласно F.H. Lahey (1932), частота повреждений возвратного гортанного нерва зависит от того «насколько их хотят заметить», то еще в большей степени это утверждение справедливо для повреждений наружной ветви верхнего гортанного нерва (НВВГН).

Материалы и методы. Для снижения числа этих осложнений во время операции у 82 пациентов мы использовали методики электрофизиологического нейромониторинга аппарат Neurosign 100 и/или оптическое увеличение при помощи операционного микроскопа. Интраоперационная регистрация электрических потенциалов мышц гортани позволяла обнаружить и сохранить нервы гортани.

Перед и после операции проводилась комплексная оценка функций гортани, включающая: тест-опросник «индекс качества голоса» (Voice handicap index), оценку охриплости по Yanagihara, акустическое исследование голоса с помощью компьютерной программы Multi-Dimensional Voice Program, видеоларингостробоскопию. У некоторых больных, по показаниям, — игольчатая ларингеальная электромиография (ЛЭМГ).

Результаты. При всех операциях были идентифицированы возвратные гортанные нервы. При попытках идентификации 76 наружных ветвей верхнего гортанного нерва успешно обнаружены 62 (82,9%). Послеоперационные нарушения функции возвратного нерва диагностированы у 2% пациентов в группе с микроскопической визуализацией и у 1% при электрофизиологическом нейромониторинге. Признаки повреждения НВВГН наблюдались у 7% при микроскопической визуализации и 6% при электрофизиологическом нейромониторинге.

Согласно полученным данным диагноз повреждения НВВГН не может быть основан исключительно на акустическом анализе голосового нарушения или видеоларингостробоскопии. Статистически достоверная корреляция наблюдается между уменьшением частоты голоса и патологическим ЛЭМГ. Другие неинвазивные диагностические методики коррелировали с ЛЭМГ статистически на уровне тенденции.

Выводы.

1. Наиболее достоверным методом для определения состояния НВВГН и перстнещитовидной мышцы является ЛЭМГ, в то время как акустический анализ голоса и ларингостробоскопия — основные скрининговые процедуры при данной патологии.

2. Избежать повреждения гортанных нервов абсолютно у всех пациентов, по-видимому, невозможно, однако прецизионное выполнение операции с использованием современных методик интраоперационного нейромониторинга в значительной степени снижает вероятность стойких изменений голоса.

ВОКАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 37

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВОКАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Агин М.С.

ФГОУ ВПО «Российская академия музыки имени Гнесиных» (ректор — Засл. работник культуры РФ Г.В. Маяровская)

Статья посвящена перспективам развития вокального образования в среднем и высшем звене. В ней раскрыта специфика самого голоса академического певца, вся сложность его обработки и дальнейшего развития; показаны наиболее важные моменты, связанные с подготовкой певца-профессионала в целом. Остро поставлены вопросы, связанные с организацией подготовки певцов-профессионалов в музыкальных учебных заведениях России, важнейшей роли повышения междисциплинарных связей. Приведено много примеров из практической работы по подготовке студентов-вокалистов в среднем и высшем звене. Выдвинуты конкретные предложения по организации и функционированию органа (совета при Российской общественной академии голоса), способного контролировать эту работу и способствовать развитию вокального образования в стране и, наконец, даны некоторые конкретные рекомендации по совершенствованию процесса образования на современном этапе.

Ключевые слова: певец, академическое пение, голосовой аппарат певца, междисциплинарная консолидация специалистов, усовершенствование системы вузовского образования, совет по вокальному искусству при Российской общественной академии голоса.

Библиография: 6 источников.

PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF VOCAL EDUCATION AT CONTEMPORARY STAGE

Agin M.S.

Russian Music Academy named after the Gnesiny

The article is devoted to perspectives of development of the vocational and higher vocal education. It discloses the proper specifics of the voice of an academic singer, all complexity of its processing and further development; the most complex aspects associated with professional singer training on the whole are displayed. There are urgent issues highlighted concerning organization of professional singer training in musical educational institutions of Russia, as well as the important role of improvement of interdisciplinary links. Many examples are provided from the practical work on vocational and higher training of students of vocal. Specific proposals are made concerning organization and functioning of the body (the Council with the Russian Public Academy of Voice) capable of supervising this work and encourage development of vocal training in the country. Finally, several specific recommendations concerning improvement of the process of training at contemporary stage are provided.

Keywords: singer, academic singing, singer's voice apparatus, interdisciplinary consolidation of professionals, improvement of higher educational system, the Council for Vocal Art with the Russian Public Academy of Voice.

References: 6 references.

Подготовка певца-профессионала — очень долгий и трудоёмкий процесс, требующий больших усилий, как со стороны педагога, так и со стороны ученика [1, 3, 5].

В Российской Федерации сегодня около 40 вузов культуры и искусств, где на вокальных или музыкальных факультетах (отделениях) идёт подготовка вокалистов. Эта работа проводится в Астрахани, Барнауле, Владивостоке, Воронеже, Екатеринбурге, Казани, Краснодаре, Красноярске, Магнитогорске, Нальчике, Нижнем Новгороде, Новосибирске, Орле, Перми, Петрозаводск, Ростове-на-Дону, Самаре, Санкт-Петербурге, Саратове, Уфе, Хабаровске, Челябинске и других городах. В одной только Москве функционирует около десяти таких вузов — МГК им. П.Чайковского, РАМ им. Гнесиных, МГУКИ, Государственная классическая академия им. Маймонида, Государственная академия Славянской культуры, Академия хорового искусства, ГМПИ им. М. Ипполитова-Иванова, МГИМ им. Шнитке и Институт современного искусства (ИСИ).

Таким образом, каждый год у нас в стране появляется около тысячи специалистов в области вокального искусства. А каков же уровень их подготовки и кто это контролирует на государственном уровне? Вопрос очень серьёзный.

В 1968 году при Министерстве культуры России был создан Научно-методический совет по вокальному образованию (ныне — Совет по вокальному искусству), куда вошли заведующие кафедрами музыкальных вузов из Астрахани, Владивостока, Воронежа, Екатеринбурга, Казани, Красноярска, Москвы (МГК им. П.Чайковского и РАМ им. Гнесиных), Нальчика, Нижнего Новгорода, Новосибирска, Петрозаводска, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга, Саратова, Уфы. До настоящего времени Совет — единственный орган в стране, который отслеживает уровень подготовки вокалистов в 16 музыкальных вузах. Ежегодно, на протяжении 40 лет, эта работа проводится в ходе смотров вокалистов — выпускников музыкальных вузов России. До 2000 года эти смотры проводились в разных городах страны, а с 2001 года — на базе Санкт-Петербургской консерватории им. Н.А. Римского-Корсакова (в 2010 смотр решено провести на базе Казанской консерватории им. Н. Жиганова). После выступления выпускников вузов, на заседании Совета по вокальному искусству идет подробный анализ уровня их подготовки, если есть необходимость, высказываются критические замечания и пожелания в адрес той или иной вокальной кафедры. Материалы заседания Совета высылаются всем музыкальным вузам, участвующим в смотре.

На каком уровне идёт подготовка специалистов в остальных 25—30 вузах страны и какие у них есть нерешённые проблемы или пожелания, остаётся пока неизвестным. Этот вопрос поднимался в 2004 году на очередном смотре в Санкт-Петербурге, когда туда приехали выпускники из Волгограда, Кемерово, Краснодара, Самары и Перми. В справке, подготовленной для Министерства культуры было сказано следующее: «Музыкальные вузы искусств и культуры Волгограда, Кемерово, Краснодара и Самары прислали на смотр одного, двух выпускников, что затрудняет сделать заключение о подготовке вокалистов в указанных вузах; во-вторых, подготовка выпускников данных вузов, а также Пермского института искусств и культуры и Российской академии театрального искусства пока не соответствует должному уровню профессионального академического пения». После такой рецензии эти вузы поняли, что не в их интересах посылать своих выпускников на Всероссийский смотр.

Казалось бы, проблема решена и очень просто! На наш взгляд это далеко не так, ведь речь идёт о государственной подготовке специалистов с высшим образованием. Решение этого вопроса в определённой мере могла бы взять на себя организованная в 2007 году Российская общественная академия голоса, организовав при вокально-методической секции Академии, в которой находятся авторитетные специалисты в области вокального образования, новое структурное подразделение — Научно-методический совет по вокальному образованию.

Целью создания Научно-методического совета является усовершенствование системы дипломного и постдипломного вокального образования, а также создание научно-методической и консультативной базы для повышения квалификации и переквалификации педагогов вокальных дисциплин [1].

Для усовершенствования системы вузовского образования и выработки единых научно-методических принципов преподавания в тех вузах, которые не вошли в зону интересов Совета по вокальному искусству при Министерстве культуры России, Научно-методический совет по вокальному образованию Российской общественной академии голоса планирует проведение региональных, областных и краевых смотров вокалистов — выпускников музыкальных вузов культуры и искусств России.

Ежегодные смотры выпускников планируется проводить на базе разных вузов культуры и искусства, что позволит проводить своего рода проверку качества работы педагогов-вокалистов принимающего учебного заведения. Кроме этого, педагоги получат возможность обмениваться опытом работы, знакомиться с новейшими научно-исследовательскими и методическими достижениями в области вокального образования.

С просветительской точки зрения данные смотры будут призваны поднять интерес жителей разных городов России к академическому пению на местах, а это тоже очень немаловажная задача в наше время.

Предполагается установить постоянные контакты между вузами (выпускниками) и организациями, которые нуждаются в молодых специалистах, — музыкальными театрами, концертными организациями, хоровыми коллективами, ансамблями; отдельно координировать деятельность выпускников, желающих посвятить себя педагогической работе (для этого создать банк данных трудоустройства начинающих педагогов-вокалистов).

В ходе проведения смотров планируются проведения Научно-методических конференций, которые дадут возможность педагогам-вокалистам, деятелям культуры и науки принимать участие в обсуждении назревших вопросов вокального образования и осуществлять обмен опытом (мастер-классы, открытые уроки и т.д.). Педагогам будет предоставлена возможность публиковать свои выступления, подготовленные научно-исследовательские труды и работы по обобщению педагогического опыта.

Вторая область деятельности, на которую планирует обратить внимание Научно-методический совет по вокальному образованию Российской общественной академия голоса, — повышение уровня преподавания вокальных дисциплин в среднем звене (в стране около 150 музыкальных училища и колледжей).

Многие проблемы здесь ждут своего решения. Например, до настоящего времени нет профессионально разработанных программам для подготовки молодых певцов, не продуманы оптимальные нагрузки для голосового аппарата, в том числе на начальном этапе обучения, в учебных планах не до конца продуманы приоритетные дисциплины, необходимые в первую очередь для подготовки к поступлению в вуз и т.д.

В стране отсутствует тесно налаженная связь между средним звеном и вузом, хотя формально училища прикреплены по зонам к высшим учебным заведениям и, возможно, где-то контакты между ними и существуют. В целом, как показывает практика, каждое музыкальное училище (колледж) работает изолированно, само по себе.

Для примера позволим себе остановиться только на одной, но очень болезненной теме — репертуарной политике. Программы училища по спе-

циальности, как правило, дублируют программы высшего звена. На старших курсах училища или выпускных экзаменах ученики поют такие сложнейшие по эмоциональному и вокально-техническому уровню произведения, как арию Германа или Лизы («Пиковая дама»), арию Джильды («Риголетто»), романс Вертера («Вертер»), песню Азучены («Трубадур»), вторую песню Левко («Майская ночь»), арию Игоря («Князь Игорь»), каватину и рондо Антониды («Жизнь за царя») и др. С этими произведениями не всегда справится и вузовский старшекурсник, а что говорить об ученике среднего звена. Зачастую такие произведения им просто не по силам, а если и исполняются, то только благодаря «свежести» и выносливости молодого певческого аппарата. В результате такой работы на выходе из среднего звена мы получаем только одно — изношенный голосовой аппарат, пение на форсированном звучании, которое ведёт к деградации самого ценного, что есть в голосе певца — его индивидуального тембра. Ещё великий Гарсиа говорил: «Раз утраченная нежность голоса не возвращается никогда». Мы об этом почему-то часто забываем. Жюльбер Дюпре пережил свой голос на 47 лет. Он умер в 90-летнем возрасте, а закончил певческую карьеру в 43 года. Виною этому было увлечение эффектным мощным звуком в верхней части диапазона, а без форсировки этого сделать было невозможно.

Как правило, завышенный репертуар в училищах приводит к деградации голосового аппарата [2, 4, 5, 6] молодого певца, а ведь ему ещё предстоит учёба в высшем учебном заведении. И получается странная картина. Большинство выпускников училищ, если и сохранили голос для поступления в вуз, но зато наработали себе ряд недостатков, на ликвидацию которых в вузе зачастую тратится два, а то и три года. А переучивать студента с одних вокально-технических установок на другие всегда труднее. Иногда получается так, что от старых навыков студент постепенно и отучается, а вот времени, чтобы прийти к новому — у него уже нет. Получается, что профессиональное становление и формирование молодого певца как специалиста на протяжении девяти лет, в основном, шло спонтанно и непродуманно. Деньги, затраченные государством на его обучение, ушли на ветер. Кто виноват в том, что вуз выпустил не профессионала, а певца, не владеющего школой?

Без твёрдых профессиональных знаний специалист не получится, особенно в такой хрупкой профессии, как академическое пение. Ведь певческий голос — это живой музыкальный инструмент. Он не может долго выдерживать насилия над собой, коренной ломки, необдуманных экспериментов. Запасных частей для голосового аппарата не бывает!

Молодые певцы должны разбираться в вопросах анатомии, физиологии и гигиены голоса, знать основы функциональных и органических заболеваний гортани, влияние заболеваний различных органов и систем на голосовой аппарат и т.д. От этого зависит их творческое долголетие и способность всегда быть в профессиональной форме [6]. Но, к сожалению, дисциплины, связанные с этой проблематикой, если и преподаются, то далеко не во всех музыкальных учебных заведениях и не на должном уровне.

Певческий аппарат должен формироваться постепенно и обязательно в комфортных условиях. Его необходимо строить надёжно, правильно и на

долгие годы. Конечно, желательно, чтобы это делал один мастер или, по крайней мере, чтобы у преподавателей среднего и высшего звена была общность взглядов на вокальную подготовку данного молодого певца. Преподаватель музыкального училища должен понимать, что ему, в первую очередь, необходимо построить надёжный фундамент, основы, а завершать свое профессиональное «строительство» полностью студент будет уже в высшем учебном заведении. А преподаватель вуза со своей стороны должен помнить, что студент, пришедший из училища, уже имеет определенные знания, умения и навыки. Поэтому может быть ему не надо сразу навязывать что-то новое, своё, а лучше присмотреться сначала к тому, что он умеет, на что способен. На деле, к сожалению, всё обстоит не совсем так, как хотелось бы видеть. Идёт, как правило, ломка, а это ни к чему хорошему не приводит.

Большинство преподавателей среднего звена стремится любой ценой сделать из ученика законченного профессионального певца. Например, сформировать полный диапазон, сделать верхний участок голоса (и делает он это осознано, хорошо понимая, что без полного диапазона ученика просто не примут в вуз). Кроме этого, он стремится развить силу и выносливость голоса ученика. Всё это приводит к тому, что именно в среднем звене наиболее часто игнорируются простые и хорошо известные истины: постепенность и последовательность в обучении и индивидуальный подход к каждому ученику. Можно конечно сослаться на объективные причины. А может быть настало время разработать определенные критерии, которых необходимо было бы придерживаться преподавателю среднего звена. Например, не форсировать развитие верхнего участка диапазона, а больше внимания уделять формированию таких певческих навыков, как владение певческим дыханием, резонаторами, артикуляционным аппаратом и т.п. А вузовской комиссии при приёме молодых певцов обращать внимание не на то, есть ли у данного человека верхнее До или нет, а на другие моменты, например, музыкальность, интеллект, тембральные качества голоса, умение выдерживать тесситуру, владеть основами певческого дыхания.

Что сегодня можно сделать для того, чтобы процесс подготовки в среднем и высшем звене шёл более эффективно. Например, музыкальным училищам разработать профессиональные программы по сольному пению, где уклон будет сделан на базовое техническое развитие голосового аппарата, а не на погоню за сложным репертуаром; продумать оптимальные нагрузки для голосового аппарата на начальном этапе обучения и строго следить за сохранностью голоса; с первых дней учёбы в среднем звене максимум усилий для развития самоконтроля ученика, приучать его к мысли, что постижение всех тайн пения требует ежедневной кропотливой работы, что пение — это, в первую очередь, труд; разработать определенные критерии оценки подготовки специалиста среднего звена (например, не форсировать развитие верхнего участка диапазона, а больше внимания уделять формированию таких певческих навыков, как владение певческим дыханием, резонаторами, артикуляционным аппаратом и т.п.).

В высших музыкальных учебных заведениях целесообразно ввести в практику проведение семинаров для педагогов и выпускников училищ.

В ходе этих встреч последние должны получить возможность увидеть требования вузовского образования, понять, на что обратить основное внимание при подготовке в вуз, какие требования предъявляются абитуриентам и т.д.

В самом вузе смелее внедрять в учебный процесс произведения современных композиторов (наладить тесную связь с ныне живущими композиторами, пишущими в области вокальной литературы); сделать обязательным наличие видео-аппаратуры на вокальном факультете (студент должен, хотя бы раз в год, видеть себя поющего со стороны и проанализировать свое выступление); необходимо упорядочить бесконтрольное участие студентов во всевозможных конкурсах (кафедра должна знать, куда едет выступать студент и нести за это определенную ответственность).

Ещё одна проблема связана с сертификацией и аттестацией педагогических кадров. Здесь необходим серьёзный подход, введение новых разработок, критериев оценок, а не формальное решение вопроса. К сожалению, на сегодняшний день в высшем звене подготовка педагогических кадров проводится не на должном уровне, а приглашение на педагогическую работу заслуженного певца, с большим опытом исполнительской работы, ещё не говорит о том, что он будет и хорошим педагогом. Петь и преподавать — две совершенно разные специальности! Не случайно народный артист СССР И.С. Козловский говорил: «Лучше я спою два концерта, чем дам один урок пения». Он хорошо понимал всю сложность педагогической профессии. Не секрет, что от уровня профессиональной подготовки педагога зависит будущее молодого исполнителя, его карьера. Приходится слушать много молодых певцов среднего и высшего звена и даже тех, кто делает свои первые шаги в вокальном искусстве на различных смотрах, фестивалях-конкурсах, экзаменах и концертах. И довольно часто видно, как молодые исполнители, уже побывав в руках «специалистов» от вокала, имеют «сломанные» голоса, неверные установки и порочные навыки. Этого допускать нельзя, в наше время это преступно!

Российская общественная академия голоса обеспокоена этой проблемой и уже сделала первый шаг в данном направлении. При поддержке Министерства культуры РФ в Москве проведён Первый Всероссийский фестиваль-конкурс вокальных и речевых педагогов, который дал им возможность повысить свою педагогическую квалификацию, обменяться опытом работы и т.д. Педагоги, работающие с детскими голосами еще раз показали, какая большая ответственность лежит перед теми, кто работает с детскими голосами. Но эта проблема заслуживает отдельного разговора. Первый Всероссийский фестиваль-конкурс вокальных и речевых педагогов — событие крупного масштаба. Он показал, что у нас ещё есть немало нерешенных задач в области вокальной и речевой педагогики, но они решаемы, а это главное.

Модернизация отечественного профессионального образования (в том числе и музыкального), являющаяся, как известно, одним из фундаментальных направлений государственной политики России, не может сводиться к внешней стороне: переходу на формат «бакалавриат-магистратура», оснащению учебных заведений новейшей технической аппаратурой (что, безусловно, важно), обеспечению всеобщего доступа в Интернет и т.д. Главное — это выведение на качественно новый уровень теоретического обеспечения

учебного процесса, разработка и внедрение фундаментальной научной методологии профессионального образования. Настало время смелее внедрять в образовательный процесс междисциплинарную консолидацию специалистов (дирижёров и режиссёров, психологов, специалистов речевых профессий, врачей-фониатров, акустиков, специалистов в области истории музыкального театра и др.).

Если мы хотим, чтобы наше вокальное образование в среднем и высшем звене отвечало тем требованиям, которые сегодня назрели, профессионалам своего дела надо работать, не покладая рук. Само собой ничего не произойдёт! Научно-методический Совет по вокальному образованию Российской общественной академии Голоса готов принять самое активное участие в этой работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агин М.С.* Перспективы развития вокального образования / М.С. Агин. Голос: Междисциплинарные проблемы. Теория и практика / Сб. тр. — М.: Граница, 2009. С. 9—16.

2. *Василенко Ю.С.* Голос. Фониатрические аспекты / Ю.С. Василенко. — М.: Энергоиздат, 2002. — 480 с.

3. *Диневич Ю.* Класс сольного пения: Методика сознательного управления голосообразованием / Ю. Диневич. — Тула, 2005. — 60 с.

4. *Дмитриев Л.Б.* Основы вокальной методики / Л.Б. Дмитриев. — М.: Музыка, 2000. — 368 с.

5. *Егоров А.* Гигиена голоса и его физиологические основы / А. Егоров — М.: 1962. — 176 с.

6. *Рудин Л.Б.* Основы голосове́дения / Л.Б. Рудин. — М.: Граница, 2009. — 104 с.

РЕЧЕВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 37

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РЕЧЕВОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Бруссер А.М., Оссовская М.П.

ФГОУ ВПО «Театральный институт имени Бориса Щукина при Государственном академическом театре им. Евг. Вахтангова» (ректор — Народный артист РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. Е.В. Князев)

В результате политических и экономических изменений, произошедших в нашей стране, оказались утеряны речевые ориентиры. С начала 90-х годов XX столетия в Российском обществе активно обсуждаются вопросы снижения уровня культуры устной речи. Проблемы речевого образования вызывают большую озабоченность филологов, специалистов в области педагогики, психологии, журналистики, представителей науки и искусства. Эталонное произношение русского языка, звучащее в советское время в теле- и радиоэфирах, Академических театрах, государственных и общественных учреждениях, в стенах средней и высшей школы, безусловно, способствовало формированию коммуникативных навыков населения и воспитанию языкового вкуса подрастающего поколения. Сегодня можно констатировать, что значительная часть деятельного населения России испытывает определённые сложности в процессе делового общения, не владея в полной мере культурой устной речи.

Ключевые слова: технология устной речи, техника речи, речевое воспитание, сценическая речь, наука о языке.

Библиография: 3 источника.

ACTUAL PROBLEMS OF PROFESSIONAL SPEECH FORMATION

Brusser A.M., Ossovskaya M.P.

Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Theatre Institute name after Boris Shchukin with the State Academic Theatre named after Eugeny Vakhtangov» (rector — People's Artist of the Russian Federation, Laureate of State Prize of the Russian Federation, professor E.V.Knyazev)

The present situation of oral speech culture is being considered against the background of social changes in Russian society. Based on the scientific researches of the beginning of the 20th century it is supposed to enrich the science of language by the technologies of oral speech which are widely used in theatrical education and which give stable and positive results in teaching future actors. Some variants of using the technologies of oral speech in teaching other specialists are also being considered. Special attention is paid to the problem of training highly qualified specialists who could satisfy growing requirements of the inhabitants.

Keywords: technology of oral speech, the technique of speech, speech formation, stage speech, science about language

References: 3 references.

В современном обществе значительно расширился круг лиц, нуждающихся в повышении речевой компетентности. Это политики, государственные чиновники, бизнесмены, юристы, менеджеры среднего и высшего звена, телерадиожурналисты, учителя и преподаватели, все те, кто по долгу службы связаны со звучащим словом. Культуру устной речи можно рассматривать как одну из надпрофессиональных компетентностей специалиста в любой профессиональной сфере деятельности. На сегодняшний день существует реальная проблема несоответствия возросшей социальной потребности в повышении уровня речевой культуры и отсутствие достаточного количества высококвалифицированных кадров, способных удовлетворить эту потребность.

Ещё в начале XX века Л.П. Якубинский обозначил перспективные направления развития культуры устной речи. Он настойчиво подчёркивал «необходимость сочетания лингвистической теории с практическими задачами культуры речи, необходимость дать науке о языке уклон к прикладности, уклон технологический». По словам учёного, «техника речи подразумевает технологию речи; технология речи, вот то, что должно родить из себя современное научное языкознание, что заставляет его родить действительность» [1].

Сегодня очевидно, что слова этого выдающегося лингвиста определяют существующую действительность науки об искусстве речи. «Технология» (в переводе с греческого языка «техно» — мастерство, искусство; «логос» — наука) как совокупность методов достижения желаемого результата, преобразование данного в необходимое. Если искусство субъективно и доступно избранным, то использование технологий способно значительно расширить круг пользователей. Развитие технологий устной речи является крайне актуальным. Технология устной речи — система междисциплинарных знаний, умений и навыков, направленная на улучшение качественных характеристик звучащей речи. Технология устной речи — наука, которая основываясь на объективных знаниях и проходя через техническое совершенство и практическое освоение профессиональных навыков и умений, в результате добивается уникального эстетического результата. С одной стороны, она интегриру-

ет такие смежные науки как: филология, лингвистика, педагогика, психология, акмеология, логопедия, фониатрия, акустика и др. С другой стороны, она отражает богатейший практический опыт, основанный на законах театрального искусства. Основываясь на многолетней практике и на изучение основ междисциплинарных научных материалов, можно утверждать, что дисциплина «Техника речи» является соединяющим элементом в цепи НАУКА — ИСКУССТВО и одной из составляющих **технологии устной речи**. Развитие этой технологии открывает огромные перспективы самосовершенствования.

В системе профессионального образования актёра речевая культура является основой предмета «Сценическая речь», который, в свою очередь, является одной из профилирующих дисциплин театрального образования, а его освоение — обязательным условием профессиональной пригодности артиста.

Предмет «Сценическая речь» ставит своей целью: развитие и усовершенствование природных речевых и голосовых возможностей будущих актёров; воспитание дикционной, интонационно-мелодической и орфоэпической культуры актёра; обучение процессу овладения авторским словом, его содержательной, действенной, стилевой природой.

Значительный вклад в разработку теоретических и методических основ предмета внесли: С.М. Волконский, К.С. Станиславский, В.Н. Всеволодский-Гернгросс, Д.Д. Коровяков, Ю.Э. Озоровский, В.В. Сладкопевцев, В.К. Сережников, а так же: М.О. Кнебель, К.В. Куракина, Е.Ф. Саричева, О.М. Головина, В.В. Урнова, Н.П. Вербовая, И.П. Козлянинова, Е.И. Леонарди, А.Н. Куницын, Т.И. Запорожец, Я.М. Смоленский, А.Н. Петрова, Н.И. Калинина, И.Ю. Промптова, В.Н. Галендеев, Ю.А. Васильев, З.В. Савкова, Э.М. Чарели, Е.И. Чёрная, Е.И. Кириллова, Н.А. Латышева, Л.Д. Алфёрова, А.И. Пилюс, Н.Н. Штода, М.П. Оссовская, А.М. Бруссер и др.

Анализ педагогической практики свидетельствует, что в театральном образовании создана уникальная комплексная методика по улучшению качественных характеристик речи. Эта методика прошла многолетнюю апробацию в различных театральных Школах страны, имеет определённую вариативность, даёт стабильные положительные результаты. Однако надо признать, что процесс развития предмета «Сценическая речь» является многоплановым и не однозначным. Так на фоне безусловного расширения методологических приёмов обучения будущих актёров, формирования компетентных подходов профессионального образования, появления целой плеяды молодых одарённых преподавателей (в театральных Школах идёт закономерный процесс смены поколений) существует и ряд проблемных вопросов. Остановимся на некоторых из них.

— Снижение уровня общей и, в частности, речевой культуры абитуриентов. Это социально-экономическое и общекультурное явление требует корректировки общепедагогических, психологических, организационных и методологических приёмов обучения. Требуется внимательное изучение этой проблемы, определение дополнительных задач обучения, уточнение учебных программ, разработку новых методических рекомендаций.

— Несоответствие научно-теоретической и творчески-практической деятельности преподавателей сценической речи.

Практика значительно опережает теорию. Крайне редко новый комплекс упражнений, интересно разработанный материал, систематическая методическая работа по освоению чётко сформулированных педагогических целей и задач (на что порой уходит не один год исканий!) находят отражение в учебно-методической и научной литературе. Талантливые «пробы» остаются в рамках практики и являются, как правило, достоянием творческого коллектива конкретной театральной Школы. В то время как фиксирование педагогического опыта, его анализ, обобщение, научное обоснование вновь найденных методов и приёмов, результаты творческих поисков могут облегчить процесс передачи своих знаний следующему поколению преподавателей и преобразовать частный случай педагогической практики в разряд значимых научно-теоретических открытий, которые дополнят картину исторического развития предмета.

— Взаимодействие педагогов кафедр мастерства актёра и сценической речи.

Навыки, приобретённые на уроках по сценической речи, с трудом используются студентами в педагогических отрывках и дипломных спектаклях по мастерству актёра. Эта проблема волновала многих представителей нашего сообщества. Попытки её решения намечены и, вероятно, осуществляются в индивидуальном порядке. Однако в целом проблема остаётся крайне актуальной. На наш взгляд только организационное и методическое единство, выработка общих критериев оценки речевого мастерства, совместный междисциплинарный контроль может способствовать получению желаемого результата.

— Повышение квалификации артистов профессиональных театров.

Повышение квалификации может рассматриваться с двух позиций. Вариант первый — закономерное увеличение рече-голосовых нагрузок при переходе из театрального учебного заведения в профессиональный театр. В этом случае артисту требуются систематические тренинги для поддержания рабочей формы речевого аппарата и индивидуальные речевые рекомендации педагога (и/или режиссёра) в процессе репетиций драматургического материала в условиях конкретного театрального пространства. Вариант второй — приход в театр артиста без базового театрального, а соответственно и речевого, образования. В таком случае повышение его квалификации необходимо рассматривать как возможность получения первоначальных навыков по всем разделам предмета «Сценическая речь». Этот вариант часто встречается в небольших городах России, в которых при наличие театра, отсутствует театральная Школа. Проблема заключается в том, что в большинстве российских театров отсутствует ставка педагога по сценической речи, а режиссёры, работая над спектаклем, не имеют времени заниматься речевым проблемам и не всегда уделяют им должное внимание. На наш взгляд, эта проблема имеет двоякое решение. С одной стороны — наличие специалиста, корректирующего речевую составляющую спектакля, с другой — сохранение рабочей формы артиста, имеющего все необходимые знания и навыки.

— Отсутствие устойчивых межкафедральных связей.

В век развития электронных технологий кажется неестественным, что в современной театральной педагогике межкафедральное общение профессиональных педагогов по сценической речи ограничивается личными кон-

тактами и чтением специальной литературы. Работа с учебно-методической литературой (и написание, и изучение) волнует далеко не всех представителей нашего сообщества. На сегодняшний момент обмен опытом ограничивается, как правило, мероприятиями практического характера, в то время, как научно-методические дискуссии могли бы систематизировать огромный практический опыт, накопленный разными поколениями преподавателей сценической речи, и лечь в основу профессионального мастерства начинающих преподавателей по сценической речи.

Однако несмотря на перечисленные выше и некоторые другие проблемные вопросы профессионального образования надо признать, что совершенствование культуры устной речи — технологии устной речи, наиболее полно разработаны именно в системе театрального образования.

Технологии устной речи могут быть использованы как методологическая и методическая основа разработки общих принципов формирования речевой культуры специалистов рече-голосовых профессий.

К примеру, практическое освоение техники речи — обязательное условие профессиональной подготовки теле-, радиожурналиста. Этот тезис не вызывает сомнения, однако на практике мы встречаемся с неумением журналиста грамотно и выразительно прочитать написанный им текст.

Речь телевидения и радио демократична, она непосредственно связана с голосом улицы, в то же время речь человека «из телевизора» является своеобразным ориентиром для подрастающего поколения — единственным официальным критерием, именно поэтому значительно возрастает роль ответственности теле-, радиожурналиста за сохранение чистоты звучания русского языка.

Обучение теле- и радиожурналистов — стабильный, отработанный процесс. Владение техникой устной речи, безусловно, признано одним из обязательных элементов профессиональной пригодности журналиста, работающего со звучащим словом, однако в *обучении* теле-, радиожурналиста практическому освоению навыков устной речи отведено мизерное место. В отношениях «письменная речь — устная речь» возникает некий перевес в сторону речи письменной. «Привычный взгляд такой: письменная речь — это дело серьёзное, уважаемое. Произносимая речь — пустяковая вещь...» [2]. Основное внимание при подготовке профессионалов слова уделяется изучению и освоению основ письменной речи. Насколько грамотна, насколько адекватна устная речь ТВ и РВ современному нормативному звучанию — зависит от *качества подготовки* теле- и радиожурналистов.

На факультете журналистики ведущего университета России (МГУ) наряду с «Лексикой», «Морфологией», «Синтаксисом», «Стилистикой» существует и курс «Орфоэпия и техника речи». Но этот курс рассчитан только на один семестр первого года обучения. Учебная программа включает в себя лекционный курс по орфоэпии и курс по техники речи (разделы речевое дыхание, голос и дикция), который носит только ознакомительный характер. За столь короткое время «студенты должны получить представления о постановке речевого дыхания, голоса, об упражнениях по выработке хорошей дикции» [3].

Многолетний опыт преподавания техники речи в театральной Школе и работа с теле- и радиожурналистами на различных телеканалах позволяет нам утверждать, что для приобретения профессиональных навыков говорения необходимо практическое освоение всех разделов техники речи. Процесс освоения состоит не только из систематического изучения предмета, но и приобретения конкретных умений, для освоения которых может потребоваться длительное время в зависимости от индивидуальных качеств каждого.

Программа обучения должна строиться на изучении и практическом освоении базовых основ дыхания, голосоведения, дикции, орфоэпии, логики речи, а также анализе типичных произносительных ошибок теле-, радиоэфира, а именно:

— отсутствие адресной направленности текста (работа с реальным или воображаемым собеседником);

— нарушение темпо-ритмической структуры текста — неадекватное ускорение темпа речи;

— отсутствие навыков профессионального дыхания — неразвитость мышц дыхательно-голосовой опоры, неумение взять своевременный, рациональный вдох и распределить выдох;

— дикционные неточности — ошибочное произнесение отдельных звуков, звукосочетаний, словосочетаний, нарушение общей внятности и чёткости речи;

— орфоэпические неточности — постановка ударений, не соблюдение современных норм произношения гласных и согласных звуков, нарушение ритмической структуры текста;

— неверное голосообразование — наличие мышечных зажимов, недостаточное использование резонаторов, отсутствие голосовой направленности текста (неумелая работа с микрофоном);

— нарушение логики звучащей речи — неграмотная расстановка логических ударений, логических пауз, нарушение интонационно-мелодической структуры текста (недостаточное или излишнее интонирование).

Анализируя проблемы, встречающиеся в эфире, можно сделать вывод, что прохождение курса «Техника речи» кроме лекционной формы обучения требует обязательного практического освоения. Только на практике студент, а затем и практикующий журналист может изучить основы техники речи и благодаря этому предотвратить появление речевых погрешностей в теле- и радиоэфире.

Надо признать, что СМИ требуют от преподавателя по технике речи не только фундаментальных, базовых основ, которыми владеют театральные педагоги и педагоги филологи, но и определённой их адаптации к специфике работы журналиста в условиях эфира. Так, в обязательном порядке должны быть учтены: экстремальные условия прямого эфира, скорость подготовки новостных программ, условия и жёсткий хронометраж режима озвучивания, отсутствие речевого контроля и многие другие тонкости журналистской работы.

Для понимания данной специфики преподаватели должны иметь практику непосредственной работы в электронных СМИ, чтобы их реальный, прак-

тический опыт способствовал адаптации базовых методик. Можно сделать вывод, что повышение уровня профессиональной подготовки теле- и радиожурналистов непосредственно связано с объединением и взаимообогащением специалистов различного профиля. Однако на практике педагоги-филологи, не владеющие полным арсеналом необходимых знаний и имея в своем распоряжении ограниченное количество учебных часов, дают студентам поверхностное, теоретическое видение предмета. Для профессионального преподавания практической части курса «Техника речи» требуется квалификация «Преподаватель по технике речи», которую можно получить только в театральных учебных заведениях России.

К сожалению, не все преподаватели театральной Школы находят свой метод работы. Чаще всего преподаватель субъективно подходит к преподаванию своего предмета, относит его к области искусства и не задумывается над тем, что то, чем он занимается, имеет определённо научные основы. В результате этого поиски индивидуального метода находятся в области творческих исканий, через фантазию, воображение, что скорее приводит к неким творческим экспериментам, а не к точно обоснованному методу. Подготовка педагогических кадров для других учебных заведений — процесс не разработанный и не налаженный. Следовательно, подготовка педагогических кадров для «широкого потребителя» — одна из важнейших проблем современного речевого образования.

Важнейшим условием приобретения индивидуального метода преподавания является знание теоретических основ предмета, а именно освоение научной базы. Отрицание науки, боязнь науки не могут привести к реальным результатам профессиональной деятельности. Серьёзное, углубленное преподавание техники речи — комплекса упражнений, направленных на улучшение качественных характеристик речи, — требует большого разнообразия теоретических и методических основ. А ведь теория — это хорошо проверенная практика. Позиция отрицания науки об искусстве речи, безусловно, задерживает развитие предмета и исключает возможность преемственности.

Схожая ситуация существует и в других учебных заведениях, готовящих специалистов по вышеперечисленным специальностям. В некоторых образовательных учреждениях предметы, связанные с развитием речевых произносительных навыков, отсутствуют. Специального учебного заведения, централизовано готовящего преподавателей по культуре устной речи практически не существует.

Сделаем попытку сформулировать основные проблемы подготовки педагогических кадров:

— отсутствие общепризнанной образовательной системы подготовки педагогических кадров в области культуры устной речи;

— отсутствие единого междисциплинарного подхода, являющегося фундаментальной теоретической основой предмета;

— отсутствие междисциплинарного терминологического единства;

— отсутствие единых учебных программ, учебно-методических пособий по осуществлению образовательного процесса;

— отсутствие методических рекомендаций по адаптации базовых (театральных) учебных программ для их использования в работе со специалистами широкого профиля.

Для решения этих и других проблем необходима консолидация ведущих специалистов речеведческих дисциплин, профессиональное сотрудничество театральных Школ на основе междисциплинарного взаимодействия, которое при систематическом проведении совместных научно-исследовательских конференций, круглых столов, семинаров и мастер-классов сможет выработать единые критерии подготовки педагогических кадров в области звучащей речи. Реальной базой для осуществления такого сотрудничества может стать недавно созданная Российская общественная академии голоса. Деятельность Академии стимулирует специалистов заниматься разработкой учебно-методических пособий, организационно-методических рекомендаций и научных исследований в области голоса и речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Виноградов В.В. Проф. Л.П.* Якубинский как лингвист и его «История древнерусского языка» // Л. П. Якубинский. История древнерусского языка / С предисл. и под ред. акад. В.В. Виноградова, прим. П.С. Кузнецова. — М.: Учпедгиз, 1953. — 12 с.

2. *Панов М.В.* Современный русский язык. Фонетика. / М.В. Панов — М., 1979. — 4 с.

3. *Штудинер М.А.* Учебная программа «Орфоэпия и техника речи».

ПРАКТИЧЕСКИЙ БЛОК

С каждым годом возрастают требования к профессиональному мастерству, уровню интеллектуального развития личности, способности совершенствоваться.

Научные публикации являются одним из основных способов ознакомления с результатами практической деятельности отечественных и зарубежных специалистов.

На основе значительного научного потенциала, многолетнего опыта и профессионального мастерства членов Российской общественной академии голоса создан практический раздел в журнале «Голос и речь». Он включает рубрики «Мастер класс», «Советы специалиста», «Случай из практики».

Темы и проблематика публикаций будут отражать междисциплинарный подход к изучению голоса и речи специалистов, работающих в области вокального-сценического искусства, медицины, логопедии, психологии и искусствознания. В связи с этим необходимы соотнесение и интеграция знаний, получаемых разными школами учёных.

Целью раздела является ознакомление с научно обоснованными методиками преподавания, учебно-методическими материалами, опытно-экспериментальными работами, методами изучения, восстановления, лечения голосового аппарата, практическими рекомендациями.

Требования к работам в этой рубрике — это содержание актуальности, новизны, достоверности, теоретической и практической значимости.

Рубрика популяризирует передовой опыт ведущих педагогических и медицинских учреждений, публикует материалы из пособий, методических рекомендаций для педагогов различных специальностей, фониатров, знакомит с новыми техническими средствами.

Публикации адресованы не только специалистам в области профессионального вокального и речевого образования, логопедии и фониатрии, но и широкому кругу читателей, интересующихся современным состоянием темы голоса и речи.

Раздел «Мастер-класс»

В разделе «Мастер-класс» будут публиковаться статьи и материалы по самому широкому кругу научных проблем, отражающих принцип междисциплинарной консолидации специалистов, работающих с голосом и речью. Работы, опубликованные в этом разделе, отражают широту и размах научной мысли, способствуют повышению профессионального уровня, приобщают к новейшим областям знания.

Тематика мастер-классов включает обзор актуальных проблем и технологий, отражает различные аспекты и приёмы использования методик на практике, авторские разработки, методики, дополнительные возможности при использовании технологии в конкретных задачах.

В разделе «Мастер-класс» планируется издавать труды признанных мастеров, имеющих значительные достижения, собственные монографии, учебные пособия, последователей, школу.

Требования к публикациям в этом разделе не имеет каких-то строгих и единых норм. В большинстве своём он основывается на манере преподнесения материала ведущим специалистом.

Всё это будет способствовать не только внедрению последних научных достижений в широкую практику, но и защищать от недоказанных и неэффективных методов обучения, лечения и диагностики.

Раздел «Советы специалиста»

Рубрика организуется с целью повышения профессионального уровня и обмена передовым опытом специалистов, работающих в сфере изучения, воспитания и восстановления голоса и речи.

В собрании статей будет заявлен широкий диапазон научно-практических рекомендаций по развитию, коррекции, восстановлению и сохранению голосовой и речевой функции, содержаться методические материалы, конспекты занятий, упражнения, нормативные документы. Это будет способствовать разрешению ряда проблем в этой области в междисциплинарном аспекте.

Многолетний опыт практической работы авторов, основанный на знаниях физиологии, патологии и гигиены голоса, позволяет рекомендовать их советы для внедрения в повседневную практику.

Знакомство на страницах журнала с научно-практическими знаниями ведущих специалистов позволит фониатрам, вокальным, речевым педагогам, логопедам не замыкаться в узкой сфере своей научной специализации, а раскрыть новые возможности для творческого поиска.

Читатели могут направлять в этот раздел интересующие их вопросы, на которые получат ответы высококвалифицированных специалистов Академии, вносить рациональные предложения, присылать отзывы.

Раздел «Случай из практики»

В разделе «Случай из практики» планируется публиковать наиболее интересные, неординарные случаи из практики вокальных и речевых педагогов, фониатров, логопедов.

Индивидуальный поиск и достижения автора, связанные с его научной и педагогической деятельностью, нестандартные исследовательские подходы также могут быть отражены на страницах журнала.

В рубрику будут включены описания случаев, демонстрирующих применение на практике диагностических и лечебных методов, выписки из историй болезни, исследования и примеры, которые могут обогатить содержание соответствующих занятий. Форма изложения материала — в виде небольших статей.

Авторы будут делиться своим педагогическим, врачебным опытом с вокальными и театральными педагогами, практическими врачами, логопедами, а также студентами соответствующих вузов.

Это позволяет расширить кругозор, найти ответы на интересующие вопросы, применять в собственной практике опыт коллег, основанный на научных знаниях.

Информация подготовлена ответственным редактором практического блока, кандидатом педагогических наук, логопедом высшей категории ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» Михалевской Ириной Анатольевной.

КРУГЛЫЙ СТОЛ

«КАРМОЛИС» КАПЛИ: ШИРОКИЙ СПЕКТР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Участники:
Зарубаев В.В. – к.б.н., заведующий лабораторией химиотерапии Научно-исследовательского института гриппа СЗО РАМН (г. Санкт-Петербург);

Лыткина И.Н. – к.м.н., начальник отдела эпидемиологического надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве;

Марьин Г.Г. – к.м.н., главный санитарный врач Медицинской службы Московского военного округа;

Оспельникова Т.П. – к.м.н., старший научный сотрудник Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН (г. Москва);

Рудин Л.Б. – к.м.н., Президент Российской общественной академии голоса;

Модератор круглого стола:
Фокина Е.Г. – к.м.н., медицинский директор ООО «Санта» (эксклюзивный дистрибьютор «Д-р Шмидгалл» (Австрия)

Чем можно объяснить усилившийся в последнее время интерес к препарату «Кармолис» капли?

Лыткина И.Н.: Пандемия свиного гриппа не обошла Россию стороной. В стране было зарегистрировано более 3000 случаев заболевания гриппом A/H1N1. Большое внимание уделялось проведению превентивных мероприятий на государственном уровне. Был издан Приказ № 116 Роспотребнадзора г. Москвы *«Об организации мероприятий по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в эпидемический сезон 2009–2010 гг.»* от 1 сентября 2009 г. 116 Приказ содержит перечень препаратов, официально рекомендуемых к применению в период эпидемического подъема простудных заболеваний.

Уже шестой год подряд в вышеуказанный перечень входит «Кармолис» капли – лекарственный препарат на основе эфирных масел десяти лекарственных растений, убедительно доказавший свою эффективность в различных клинико-эпидемиологических и экспериментальных исследованиях. В отличие от большинства других препаратов по «Кармолису» проведено более 70 научных работ, из них по простуде и гриппу – 19.

Специалисты Роспотребнадзора считают, что стимуляция факторов иммунной защиты человека является одним из наиболее актуальных направлений профилактики и лечения ОРВИ, а лекарственные средства растительного происхождения – наиболее безопасными.

Какую оценку можно дать препарату «Кармолис» капли как неспецифическому иммуностимулятору?

Марьин Г.Г.: «Кармолис» заслуживает самой положительной оценки. В 2007–2009 гг. медицинской службой Московского военного округа (МВО) была организована масштабная иммунопрофилактика здоровых военнослужащих Наро-Фоминского, Московского и Ковровского гарнизонов с целью снижения заболеваемости, актуальной для войск округа: острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ), бронхиты, внебольничные пневмонии.

Применяли 2 схемы иммунопрофилактики препаратом «Кармолис» капли:

– **в течение 3-х недель** подъёма заболеваемости (декабрь 2008 – февраль 2009 гг.) в Московском и Наро-Фоминском гарнизонах препарат добавлялся в чай (0,5 мл на человека) 2 раза в день, после еды;

– **в течение 4-х недель** подъёма заболеваемости (декабрь-февраль, июль-август 2009 г.) в Ковровском гарнизоне препарат добавлялся в горячий чай (0,5 мл на человека) утром и вечером. Чай выпивался после еды.

В динамике наблюдения регистрировались все случаи заболеваний органов дыхания в контрольной (6174 чел. не принимали «Кармолис») и в исследуемой (1980 чел. принимали с чаем «Кармолис» капли) группах.

Результаты наблюдений подтвердили эффективность неспецифической иммунизации препаратом «Кармолис» капли. Применение «Кармолиса» среди военнослужащих Московского округа привело к достоверному трехкратному снижению уровня заболеваемости: количество заболевших ОРВИ снизилось в 2,4 раза, в т.ч. тяжелыми клиническими формами инфекции – в 2,8 раза.

Чем объясняется высокая эффективность препарата при ОРВИ?

Фокина Е.Г.: Эффективность препарата во многом объясняется уникальной комбинацией растительных компонентов. В состав «Кармолиса» входит эфирное масло **китайского лимонника**, не менее известного, чем женьшень или элеутерококк, природного адаптогена и биостимулятора. В комбинации с мелиссой и мятой китайский лимонник снимает напряжение, помогает при стрессах и переутомлении. Другие компоненты «Кармолиса» – **лимон, гвоздика, тимьян** – природные антисептики. Они разрушают патогенные вирусы и бактерии при местном применении (полоскание, ингаляции, горячее питьё). Благодаря противовоспалительным, жаропонижающим и отхаркивающим свойствам **лаванды, аниса, мяты, мускатного ореха, тимьяна и шалфея** «Кармолис» эффективно устраняет симптомы простудного кашля и признаки воспаления в верхних и нижних дыхательных путях.

Прямое вирулицидное действие «Кармолиса» действительно существует?

Зарубаев В.В.: Именно прямое вирулицидное действие препарата «Кармолис» позволяет объяснить его высокую эффективность при местном применении на ранних этапах заболевания. Полоскания с «Кармолисом», ингаляции,

горячее питьё обеспечивают прямой контакт эфирных масел со слизистой дыхательных путей и разрушение колоний патогенных вирусов и бактерий.

Впервые вирулицидные свойства «Кармолиса» были обнаружены в 2003 году в экспериментальных условиях in vitro специалистами Научно-Исследовательского Института Гриппа Северо-Западного отделения наук РАМН (г. Санкт-Петербург). А в 2009 г. вирулицидные свойства «Кармолиса» нами были подтверждены и в отношении вируса свиного гриппа — штамм А/Калифорния/07/09/ (sw H1N1).

Как видно на фотографиях, контрольные вирионы вируса гриппа А/Калифорния/07/09/ (H1N1) — это отдельно лежащие бобовидные частицы размером 150—200 нм с чётко выраженной каёмкой поверхностных гликопротеидов.

Противовирусное действие препарата проявляется в нарушении нормальной структуры вирионов гриппа: наблюдается деструкция наружной оболочки вируса, разрушение поверхностных гликопротеидов (фото 2). В контрольных образцах — водно-спиртовый раствор аналогичных разведений (от 10^{-4} до 10^{-10} степени) — подобные изменения отсутствуют.

Вирулицидные свойства «Кармолиса»действительно впечатляют!

Оспельникова Т.П.: Специалисты Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи (г. Москва) также заинтересовались препаратом «Кармолис». В настоящее время в нашей лаборатории завершены работы по изучению механизмов противовирусного действия препарата «Кармолис» капли на клеточном уровне. В условиях in vitro на культуре клеток фибробластов эмбриона человека подтверждена противовирусная активность препарата. Полученные результаты совпадают с данными питерских коллег из НИИ Гриппа СЗО РАМН. Кроме того, у нас

Фото 1. **Вирионы вируса свиного гриппа** (электронная микроскопия, фотографии предоставлены В.В. Зарубаевым, НИИ Гриппа СЗО РАМН):

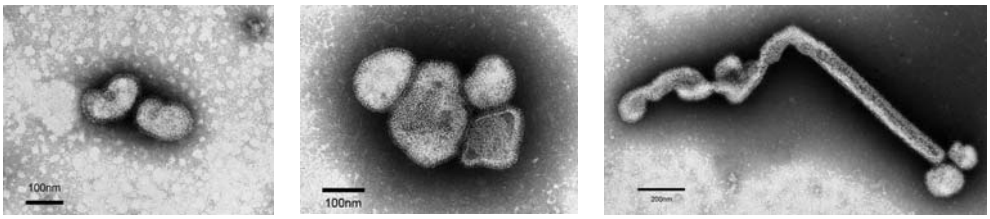


Фото 2. **Популяция вирионов вируса гриппа sw H1N1 после воздействия «Кармолиса»** (после инкубации вируса свиного гриппа с «Кармолисом» (разные сроки инкубации и дозы) 10-кратные разведения вируса H1N1 помещались на 48 час. в культуру клеток MDCK):

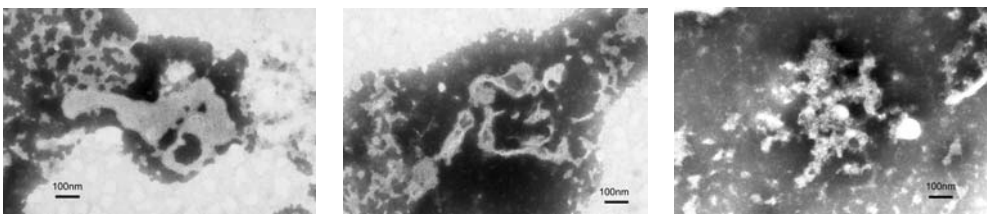


Таблица 1. **Распределение больных по нозологии заболеваний**

Нозология заболеваний	Кол-во больных	Способ применения:
Заболевания глотки: Хронический фарингит, обострение *(n=20, в т.ч. 8 чел. с гипертрофической и 12 чел. – с субатрофической формой)* Хронический тонзиллит *(n=12)* Хронический аденоидит (n=16)	**48**	«Кармолис» капли применялся *в виде полосканий*: по 15–20 капель на 1/2 стакана теплой воды в течение 7–10 дней
Острый риноларинготрахеит на фоне ОРВИ	**18**	*в виде ингаляций:* по 5 мл на 1/2 литра кипятка в течение 7–10 дней
Субатрофический ринит	**10**	*в виде ингаляций:* по 5 мл на 1/2 литра кипятка в течение 1–2 мес.
Вазомоторный ринит (нейровегетативная форма)	**10**	*в виде ингаляций:* по 5 мл на 1/2 литра кипятка – 1–2 месяца
Прочие ЛОР-заболевания, сопровождающиеся регионарным реактивным лимфаденитом	**21**	смазывание регионарных зон раствором «Кармолис» легкими массирующими движениями неоднократно в течение дня

есть предварительные результаты, которые показывают, что противовирусная активность «Кармолиса» обусловлена стимуляцией выработки защитного белка – интерферона.

Широта терапевтического использования препарата «Кармолис» капли не ограничивается сезонным подъёмом простудных заболеваний.

Рудин Л.Б.: Я, как и мои коллеги, знаком с препаратом «Кармолис» давно. У меня в руках Заключение «О клинической эффективности применения препарата «Кармолис» в клинике ЛОР-болезней лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова».

Проведённая сотрудниками кафедры оториноларингологии РГМУ клиническая работа позволила не только обосновать целесообразность применения «Кармолиса» при ЛОР – заболеваниях, но и отработать методики его применения для наших больных.

В данном исследовании 117 пациентам (70 женщин и 47 мужчин, в возрасте от 15 до 75 лет) был назначен препарат «Кармолис» капли в виде монотерапии или в комплексе с общепринятой терапией (таблица 1).

Препарат не назначался больным, страдающим атопической аллергией в любом её проявлении, в частности при поллинозе, бронхиальной астме и др.

Оценка эффективности лечения проводилась по трёхбалльной аналогосенсорной шкале, включала в себя оценку органолептических свойств и динамику субъективной и объективной симптоматики и считалась:

– «положительной» – при выздоровлении больного, нормализации фаринго-риноскопической картины, восстановлении или облегчении носового дыхания;

– «удовлетворительной» – если больной отмечал кратковременное облегчение в клинических проявлениях заболевания;

– «отрицательной» – если у больного отсутствовал эффект от проводимой терапии.

«Положительный» результат отмечен в 77% случаев (90 больных), «удовлетворительный» – в 22% случаев (26 больных) и «отрицательный» – в 1% случаев (1 больной, индивидуальная непереносимость препарата).

Таким образом, препарат «Кармолис» рекомендован для широкого использования в практике врача оториноларинголога. Благодаря сложному биологически активному составу он оказывает мощное оздоровительное влияние на органы дыхания, обладает бактерицидным, противовоспалительным и муколитическим действием, повышает иммунную активность и неспецифическую сопротивляемость организма.

Как рекомендуется применять препарат «Кармолис» капли в сезон ОРВИ?

Лыткина И.Н.: Согласно инструкции по применению препарата «Кармолис» капли нами рекомендуются следующие методики:

— для индивидуальной профилактики гриппа и ОРВИ необходимо ежедневно утром и вечером (после еды) делать ингаляции. Для этого достаточно добавить 10 — 20 капель «Кармолиса» (0,5 мл) в стакан (200 мл) горячего напитка (например, чая). Рекомендуется вдыхать пары в течение 10 минут до остывания раствора. Потом напиток медленно выпить. Повторять эту приятную и полезную процедуру следует в течение всего периода эпидемического подъёма заболеваемости;

— для групповой профилактики гриппа и ОРВИ удобнее использовать метод фитоаэрации. Добавьте несколько капель «Кармолиса» в увлажнитель воздуха и дышите парами эфирных масел лекарственных растений.

Напоминаем, что для профилактики простуды и гриппа также можно использовать леденцы «Кармолис». Рассасывайте их во рту каждые два часа, но не более 10 леденцов в день.

Как рекомендуется применять препарат «Кармолис» капли при хронических заболеваниях ЛОР-органов?

Рудин Л.Б.: Способы применения препарата с целью оздоровления лиц с хроническими ЛОР-заболеваниями:

— внутрь в виде полосканий (15 — 20 капель на 1/2 стакана тёплой воды) при обострении хронического фарингита, хронического тонзиллита, аденоидита;

— в виде сухой и влажной ингаляции (5 мл/1 чайная ложка на 1/2 литра кипятка) в течение 7 — 10 дней при остром риноларинготрахеите;

— в виде постоянной ингаляции в течение длительного времени (1 — 2 месяца) при атрофическом и вазомоторном ринитах;

— внутрь по 15 — 20 капель на стакан теплой воды 3 — 5 раз в день при гайморитах, синуситах, заболеваниях нижних отделов дыхательных путей.

Применение препарата приводит к улучшению общего самочувствия, восстановлению носового дыхания, устранению кашля, исчезновению першения и осиплости.

Фокина Е.Г.: **Я благодарю всех участников круглого стола. Думаю препарат «Кармолис» капли (www.carmolis.ru) достоин широкого применения как в оториноларингологии, так и в общетерапевтической практике.**

МАСТЕР-КЛАСС

Символично, что в первом номере журнала «Голос и речь» публикуется мастер-класс учёного, научные труды которого знают и фониатры, и вокальные, и речевые педагоги нескольких поколений. Он одним из первых поддержал идею создания Российской общественной академии голоса и всячески этому способствовал. Это Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса, Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник Института психологии Российской академии наук, главный научный сотрудник Научно-учебного центра музыкально-компьютерных технологий Московской государственной консерватории им. П.И.Чайковского, Академик Международной академии творчества (1988), Академии имиджелогии (2003) Владимир Петрович Морозов.

УДК 37

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОКАЛЬНОЙ ОДАРЁННОСТИ

Морозов В.П.

ФГОУ ВПО «Московская государственная консерватория (университет) имени П.И. Чайковского» (ректор — Засл. деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. А.С. Соколов); Институт психологии Российской Академии наук

В работе представлено краткое описание проводимых автором мастер-классов по компьютерной диагностике вокальной одаренности (ВО). Дается определение вокальной одарённости с позиций разрабатываемой автором резонансной теории искусства пения (РТИП). Комментируются основные объективные показатели ВО, выделенные автором на основе компьютерного анализа голоса выдающихся певцов (Ф. Шаляпин и др.), в т.ч. по особенностям высокой певческой форманты, вибрато и др., а также интонационной точности пения (группы современных певцов). На примере компьютерных распечаток результатов анализа комментируются с позиций РТИП различия в формантной структуре голоса Шаляпина и непрофессиональных голосов. В заключение дается общая характеристика разработанного автором метода комплексной диагностики вокальной одаренности, включающего как акустические, так и психофизиологические показатели.

Ключевые слова: вокальная одарённость, резонансная техника пения, резонансная теория искусства пения, спектр звука голоса, высокая певческая форманта, вибрато, интонационная точность пения.

Библиография: 8 источников.

COMPUTER DIAGNOSTICS OF THE VOCAL GIFT

Morozov V.P.

Moscow State Conservatory named after P.I.Tchaikovsky
The Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences

The work represents a short description of master classes on computer diagnostics of vocal gift (VG) held by the author. The definition of vocal gift is provided from the perspective of the resonance theory of the art of singing (RTAS) developed by the author. Comments are provided concerning main objective VG parameters distinguished by the author on the basis of computer analysis of voices of outstanding singers (F.Shalyapin, etc.), including the peculiarities of high singer's formant, vibrato, etc., as well as intonational accuracy of singing (groups of contemporary singers). Comments on differences in formant structure of Shalyapin's voice and non-professional voices are provided from the perspective of the RTAS on the basis of computer printouts of analysis results. In conclusion the general characteristics of the method of complex diagnostics of the vocal gift developed by the author are provided including both acoustic and psycho-physiological parameters.

Keywords: vocal gift, resonance singing technique, resonance theory of the art of singing, voice sound specter, high singer's formant, vibrato, intonational accuracy of singing.

References: 8 references.

Научно-методической основой проводимых мной мастер-классов по компьютерной диагностике вокальной одарённости является монография автора «Искусство резонансного пения» (2002, 2-е изд. 2008), посвящённая экспериментально-теоретическому изучению техники пения мастеров вокального искусства (Ф. Шаляпина, С. Лемешева, И. Козловского, М. Рейзена, И. Петрова-Краузе, И. Архиповой, Е. Образцовой, Е. Нестеренко, И. Богачевой, В. Атлантова, П. Лисициана, Н. Гяурова, Э. Карузо, М. Каллас, П. Доминго, Л. Паваротти и многих других.), а также анализу методов выдающихся вокальных педагогов (Фр. Ламперти, К. Эверарди, Дж. Барра и др.).

Проводимые автором мастер-классы включают предварительную теоретическую часть, в которой на примере компьютерного анализа голосов выдающихся мастеров вокального искусства (Шаляпина и др.) поясняются для слушателей основные акустические, а также психофизиологические показатели вокальной одарённости. А во второй части производится компьютерная

оценка вокальных способностей вокалистов разного уровня квалификации (в т.ч. и из числа присутствующих в зале).

Результаты компьютерного экспресс-анализа голоса любого певца отображаются для всеобщего обозрения на настенном экране с помощью мультимедиа-проектора и комментируются автором по соответствию или несоответствию свойствам голоса мастеров (соответствующего типа голоса).

Основные определения

Вокальную одарённость определим кратко как сочетание способностей певца, обуславливающих высокие эстетические качества голоса, достигаемые на основе резонансной техники пения, и музыкально художественное исполнительское мастерство.

Резонансная техника пения — это техника голосообразования с максимальным использованием певцом резонансных свойств голосового аппарата для достижения силы, лёгкости и полётности голоса, а также красоты тембра (более подробно см.: Морозов, 2008, с. 18—19).

РТИП — резонансная теория искусства пения, объясняющая акустические, физиологические и психологические основы, а также практические пути овладения резонансной техникой пения.

Спектр звука — график зависимости амплитуды обертонов (гармоник спектра) от их частоты. Спектр — объективный эквивалент субъективного восприятия тембра голоса.

Основной тон голоса — наиболее низкая гармоника спектра голоса.

Форманты гласных — области усиленных резонаторами голосового тракта обертонов (гармоник спектра), определяющих фонетические качества и особенности тембра речевых и вокальных гласных.

Высокая певческая форманта (ВПФ) — группа усиленных резонаторами голосового аппарата певца высоких обертонов в области re-sol четвертой октавы (ок. 2400—3200 Гц, точнее re^4—mi^4 в мужских голосах и fa^4—sol^4 в женских), придающих голосу звонкость, громкость и полётность.

Низкая певческая форманта (НПФ) — группа усиленных резонаторами голосового аппарата певца низких обертонов в области sol^1—fa^2 (ок. 400—700 Гц), придающих голосу силу, мягкость, массивность.

Проблема оценки вокальной одарённости

Каждый год Московская и другие консерватории страны прослушивают тысячи молодых вокалистов, стремящихся стать на путь профессионального обучения, но приёмные комиссии отбирают лишь единицы. Это естественный процесс, характерный и для других вузов. Но нередки и трудности, возникающие уже в процессе обучения студента, когда вдруг обнаруживается, что у него нет достаточных профессиональных данных. Впрочем, это тоже проблема не только консерваторий, но и театральных вузов и многих других. Отсев студентов в процессе обучения всегда был, есть и будет. Вопрос в том, чем он вызван и как его избежать или, по крайней мере, минимизировать. Распространённое мнение на этот счет — виноват педагог. Увы, это бывает. Но дело не только в таланте педагога, а не меньше и в том, кого мы взяли об-

учать пению. Правильный ли сделан выбор? Не приняли ли мало одарённого студента, показавшегося на экзаменах перспективным?

Но у приёмной комиссии слишком мало времени, чтобы за считанные минуты прослушивания каждого из ста абитуриентов (примерно столько претендентов допускается на первый тур приёмных экзаменов в Московской консерватории), чтобы принять вполне уверенное решение о перспективности молодого певца. Конечно, бывают вокальные таланты, которые буквально с первого взгляда (или, в данном случае, звука) не оставляют сомнений в истинности дарования. Однако нередки и переоценки потенциальных способностей абитуриентов к профессиональному творческому развитию. «Мы ошибаемся чуть ли не в 50% случаев», — считал один из авторитетных вокальных педагогов Московской консерватории, профессор Г.Н. Тиц.

Существующую проблему хорошо сформулировал известный театральный режиссер Г.А. Товстоногов: «Нам на помощь должна прийти наука».

Новый комплексный метод диагностики вокальной одарённости

Один из основных путей практического применения научных знаний о певческом голосе в вокальной педагогике — это использование их в целях совершенствования методов профотбора, т.е. оценки вокальной одарённости молодых певцов, а также ее развития в процессе обучения вокальному искусству. Этим целям служит разработанный автором на основе резонансной теории искусства пения новый комплексный метод диагностики вокальной одарённости, который мыслится не как противопоставление методам, выработанным вокальной педагогикой, но как существенное объективное дополнение к имеющимся традиционным способам.

Критерии приёмных экзаменов в консерваторию давно сформировались. Прежде всего нужен вокальный инструмент — голос (сила, диапазон, тембр), а также музыкальный слух, артистичность, внешность, возраст (не слишком «запоздалый») и т.п. Но обратимся к голосу как основе певческой одарённости.

Современные компьютерные исследования позволяют определить в голосе певца множество деталей, как воспринимаемых на слух, так и трудно воспринимаемых или вообще не определяемых на слух, но в то же время имеющих самое непосредственное отношение к оценке вокальной одарённости певца. Критерии эти выделены мною в ходе уже более чем 50-летних исследований певческого голоса выдающихся мастеров вокального искусства и прежде всего Ф.И. Шаляпина, а также сравнения акустических свойств голоса мастеров с голосами рядовых певцов разных профессиональных уровней, типов, разного возраста и состояния здоровья голосового аппарата и т.п.

Все это и легло в основу разработанного автором нового комплексного метода «Диагностика вокальной одарённости», включающего как многие акустические критерии, так и физиологические, психофизиологические, психоакустические, чисто психологические и др. показатели (Морозов, 2008).

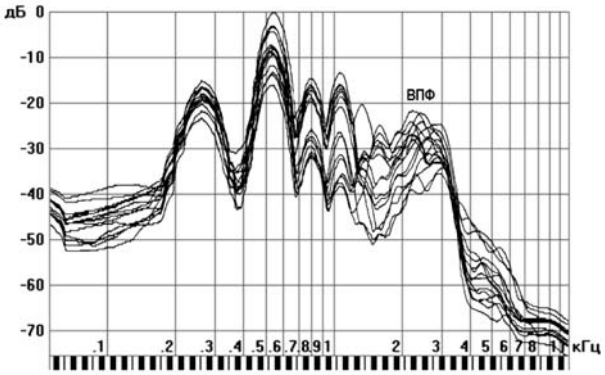


Рис. 1. Ф. Шаляпин, «Дубинушка». Компьютерные спектры гласных А, Е, И, О, У (по три раза каждая), выделенные из разных слов в разных куплетах песни, нота do1.

По горизонтали. Шкала частоты гармоник спектра (обертонов) в килогерцах (кГц) от 0,1 до 10 кГц в логарифмическом масштабе, соответствующая звуковысотным значениям схематически изображенной внизу клавиатуры рояля от Sib контроктавы (0,0583 кГц) до mi шестой октавы (9,956 кГц).

По вертикали. Шкала относительного уровня гармоник спектра в децибелах (дБ) относительно наиболее сильно выраженной гармоники (в данном случае вторая гармоника соответствует частоте НПФ).

Несмотря на то, что ВПФ Шаляпина явно снижена несовершенством техники записи того времени, спектры всех гласных выглядят весьма сходными и на слух воспринимаются тембрально (академически) ровными, сохраняя при этом и безупречно чистую разборчивость (дикцию) и орфоэпию.

Особенности спектра голоса как диагностический показатель

Приведём несколько показателей, имеющих важное диагностическое значение.

На рис. 1 изображены спектры голоса отдельных гласных Шаляпина: А, Е, И, О, У, выделенные из разных слов текста «Дубинушки» на ноте do^{1}. К сожалению, спектры его голоса в «Дубинушке» в области ВПФ занижены по амплитуде (см. рис. 1), вследствие несовершенной грамзаписи того времени (1913 г. и ранее) и, возможно, позднейшей перезаписи. Тем не менее именно в «Дубинушке», благодаря куплетному строю и особенностям текста, оказалось возможным выделить не по одной, а даже по три каждой из гласных (т.е. всего 15 спектров), что дает статистически более достоверное представление о формантной структуре голоса Шаляпина на разных гласных.

Необходимо при этом учесть, что гласные эти спеты Шаляпиным не в изолированном виде, а в разных по эмоционально-эстетическому содержанию словах песни и потому с различающейся силой, тембром и т.п. Тем не менее (взгляните на рис. 1!) они выглядят удивительно сходными по акустической структуре, как бы одинаковыми, и это на слух воспринимается как тембровая ровность вокальных гласных (столь милая сердцу вокальных педагогов, да и знатоков вокала тоже). Но вместе с тем эта ровность гласных сочетается у Шаляпина с четкой их фонетической различимостью, безупречной дикцией и орфоэпией.

Такая приятная на глаз и слух ровность вокальных гласных Шаляпина в свете РТИП обусловлена стабильностью работы его голосового аппарата на разных гласных, артикуляторной системы и, естественно, стабильностью надгортанного резонатора, формирующего ВПФ (см. § 3.3. кн. Искусство резонансного пения). Таким образом, Шаляпин действительно владел резонансной техникой пения, о чем писал выдающийся итальянский певец Дж. Лаури Вольпи (1972). И конечно же резонансная техника Шаляпина — это результат надёжной диафрагматической опоры звука, усвоенной Шаляпиным еще со времен занятий с его первым учителем Усатовым и закреплённой в процессе многолетней оперно-концертной деятельности на профессиональной сцене, где без такого рода опоры, диафрагматической, повторяю, стабилизирующей гортань и придающей необходимые певческие качества голосовому аппарату (см.: Ламперти, 1913), любому певцу и одного дня не продержаться (см. гл. 4).

Теперь обратимся к рис. 2, на котором представлены все пять гласных А, Е, И, О, У, спетых непрофессиональным певцом (высокий бас) на одной ноте (la-бемоль). Сразу бросаются в глаза весьма существенные различия в акустической структуре этих гласных. И на слух они, конечно же, звучат не как ровные вокальные гласные, а скорее как протяжные, хотя и несколько сомбрированные, но все же речевые гласные. Область ВПФ (указана стрелкой) едва намечается и не выделяется, как у Шаляпина, в единый усиленный комплекс обертонов. Спектральные максимумы, постепенно понижающиеся к высоким частотам, расположены в разных частотных областях.

Всё это говорит о значительной вариабельности работы артикуляторного аппарата певца, нестабильности надгортанного резонатора, формирующего в данном случае высокочастотные компоненты спектра, значительно различающиеся по частоте и амплитуде.

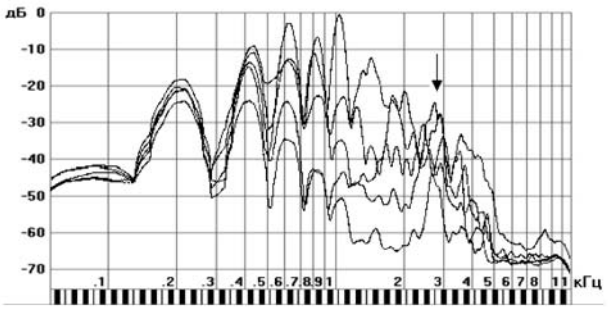


Рис. 2. Спектры голоса непрофессионального певца М.З. (высокий бас). Гласные А, Е, И, О, У, нота la-бемоль. Обозначения те же, что и на рис. 1.

Можно видеть, что по сравнению со спектрами голоса Шаляпина спектры непрофессионального певца сильно отличаются между собой на разных гласных. Едва намечаемая область ВПФ (указана стрелкой), во-первых, сильно варьируется по уровню и не выделяется сколько-нибудь заметно среди других гармоник спектра, а во-вторых — сильно сдвинута в высокочастотную зону спектра (↔2800 Гц), что нехарактерно для низкого певческого голоса и вызвано скорее всего приобретенной певцом неверной манерой пения с чрезмерно напряжённой (жёсткой) гортанью.

В целом голос данного певца, хотя и имеет определённые тембровые достоинства, не является профессионально певческим. Это заключение можно сделать, даже не слушая певца, только на основании рассмотрения его спектров и, конечно же, компьютерного анализа многих дополнительных деталей, которые используются нами в вокально-диагностических целях.

Рассмотрим еще один важный вокально-диагностический показатель. Сравним для этого интегральный спектр (усреднённый) всех гласных абитуриента консерватории П.У. с интегральным спектром всех гласных Шаляпина, выделенных из «Легенды о двенадцати разбойниках» (рис. 3). Спектры показывают три основных отличия голоса данного непрофессионального певца (низкий голос) от голоса Шаляпина. Во-первых, ВПФ абитуриента имеет намного более низкий уровень: 12,1%, а у Шаляпина 35,7%. Это объясняет более глухой, не звонкий оттенок тембра голоса абитуриента. Во-вторых, вершина ВПФ у абитуриента (указана стрелкой) лежит в значительно более высокой области (31098 Гц), чем у Шаляпина (2588,8 Гц). Столь высокое расположение ВПФ нехарактерно ни для одного типа профессионального мужского голоса. Вероятнее всего, это вызвано неестественной манерой пения, перенапряжением гортанных мышц, что отражается в напряжённом звучании голоса. В-третьих, у абитуриента по сравнению с Шаляпиным сильно доминирует речевая форманта в области около 1 кГц, что приводит к речеподобному, «белому» оттенку тембра голоса. К НПФ абитуриента П.У. «претензий нет»; она достаточно выражена и находится в своей зоне (около 410 Гц). Данный абитуриент не был принят комиссией в число студентов консерватории (однако занятия под руководством опытного педагога, насколько мне известно, позволили ему в дальнейшем достигнуть определённых успехов).

Диагностическая роль вибрато голоса

Важным диагностическим показателем является характер вибрато певческого голоса. На слух вибрато голоса ощущается как ритмические пульса-

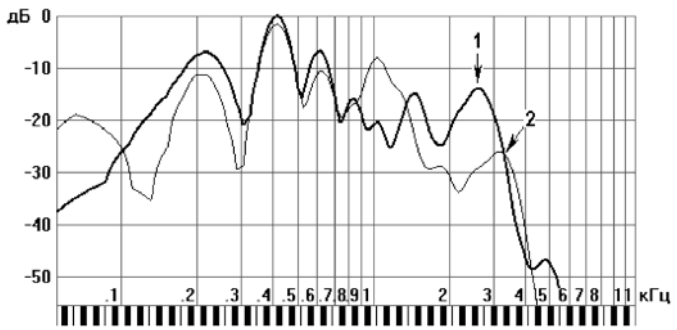


Рис. 3. Сопоставление интегральных спектров гласных А, Е, И, О, У Шаляпина (1), выделенных из «Легенды о 12 разбойниках», нота la-bemol и тех же гласных на той же ноте абитуриента-вокалиста консерватории П.У. (2). Спектры показывают три основных отличия голоса данного непрофессионального певца (низкий голос) от голоса Шаляпина (см. в тексте).

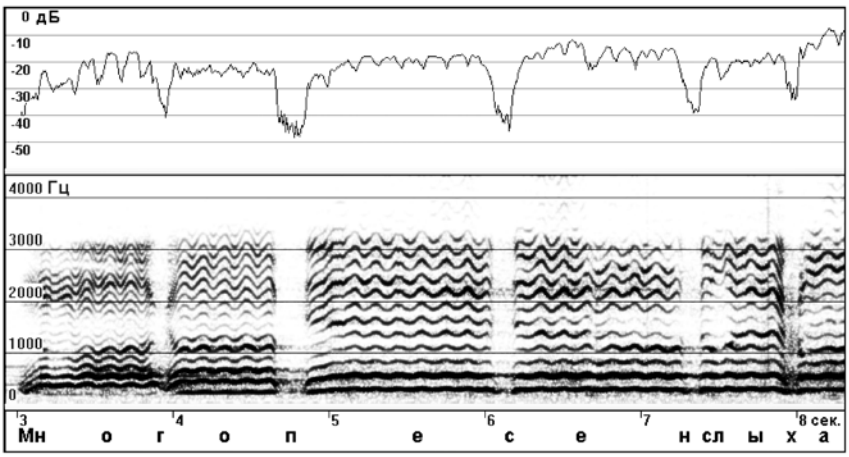


Рис. 4. Компьютерная сонограмма голоса Ф. Шаляпина. «Дубинушка», начало фразы «Много песен слыхал я в родной стороне...». Вверху — динамика уровня силы голоса во времени (дБ). Внизу: По вертикали — частота гармоник спектра голоса. По горизонтали — время (сек.), синхронно для верхней и нижней части сонограммы.

Можно видеть, что вибрато голоса выражается в периодическом изменении (модуляции) как силы голоса (верхний график), так и частоты основного тона и всех гармоник (обертонов) с периодичностью ок. 6 кол./сек. Для голоса Шаляпина и других мастеров вокального искусства характерна чёткая ритмичность частотных модуляций вибрато, что на слух воспринимается как интонационно чёткое звучание голоса.

ции звука, происходящие с частотой около 6—7 Гц. Любопытно, что эта частота пульсаций вибрато является для слуха наиболее благозвучной, поскольку более редкие пульсации (3—4 Гц) субъективно воспринимаются слушателями уже как *качание звука,* а более частые (8—9 Гц) — как *горошек* или *барашек* в голосе.

Считается, что вибрато воспринимается слушателем как тембровая особенность звука (Теплов, 1947) и сильно влияет на эстетическую оценку звука. Звук без вибрато слушатели характеризуют как *прямой* или *тупой*, *безжизненный* и пр., в то время как звук с вибрато — *живой, приятный, полётный, ласковый* и т.п. Вибрато является одним из важных средств эмоциональной выразительности пения (см. об этом ниже). Вибрато — важный атрибут не только художественного пения, но и музыкального исполнительства: скрипка, виолончель, духовые инструменты и др. (Володин, 1972). С акустической точки зрения, вибрато представляет собой модуляцию основных параметров звука — частоты основного тона, амплитуды и спектра, — происходящую с частотой вибрато (Морозов, 1977).

Важной особенностью вибрато мастеров вокального искусства является хорошая периодичность (ритмичность) вибрато. У профессиональных певцов можно наблюдать отступление от синусоидальной формы вибрато, однако без нарушения этого основного правила — чёткой ритмичности вибрато (рис. 4). Для неквалифицированных вокалистов характерен аритмичный и подчас довольно хаотический характер кривой вибрато, что на слух вос-

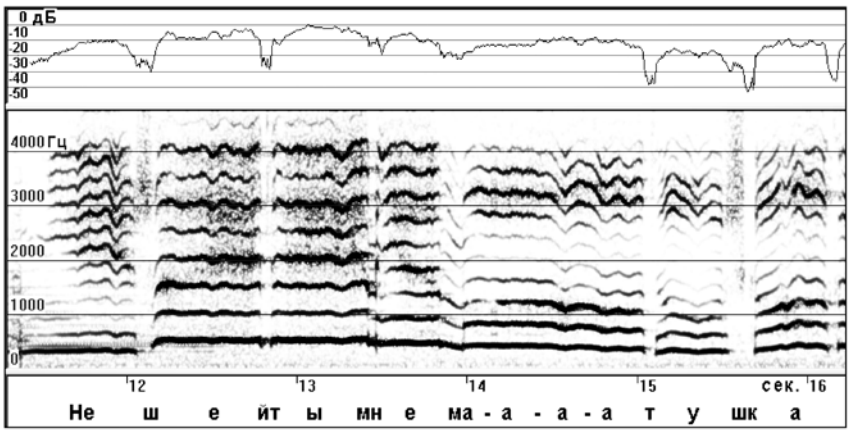


Рис. 5. Непрофессиональная певица Б.Е. Начало песни А.Е. Варламова «Красный сарафан». Обращает на себя внимание крайняя неравномерность частотных модуляций вибрато голоса, что на слух воспринимается как неуверенность и интонационная нечёткость его звучания.

принимается как неустойчивость, неуверенность звука (рис. 5). Таким образом, характер вибрато — важнейший показатель совершенства вокальной техники.

Пример несовершенного вибрато приведен на рис. 5 (непрофессиональный голос).

Причина отмеченной ритмической неустойчивости вибрато непрофессиональной певицы — несовершенство вокальной техники, невладение певицей резонансными механизмами образования вибрато, а также отсутствие хорошей диафрагматической опоры звука, придающей гортани необходимое певческое состояние — эластическую ненапряжённую упругость, как это неоднократно подчеркивал ещё выдающийся итальянский вокальный педагог Франческо Ламперти и другие мастера вокального искусства.

Ф. Ламперти: «Нужно всячески стараться, чтобы в [певческом] дыхании участвовали не одни только грудные ребра. Несоблюдение этого есть главная причина всех зол. Певец, впадающий в подобный недостаток, непременно будет испытывать непреодолимое нервное раздражение. Голос его, делаясь неуверенным и напряжённым, будет производить на слушателей тяжёлое впечатление, лишающее их того удовольствия, которого они вправе ожидать от сценического пения.

Компьютерные исследования интонационной точности в пении

Звуковысотные характеристики гласных вокальной речи, т.е. фактически мелодическая структура вокальной речи любого вокального произведения — наиважнейшее свойство искусства пения. И соответственно способность к точному интонированию — наиважнейшая музыкально-художественная и вокально-техническая способность певца, как, впрочем, и любого музыканта и один из основных показателей вокальной одарённости.

В мастер-классах автора производится компьютерная оценка способности вокалистов к воспроизведению голосом заданной высоты отдельных звуков

и мелодических фрагментов (арпеджио и др.). Рассматриваются и комментируются теоретические (психофизиологические) основы разных причин неточности воспроизведения вокалистами мелодической структуры вокальной речи.

В целях удобства использования программы для вокалистов оценка высоты музыкальных звуков производится в нотном обозначении и в центах (цент — 1/100 часть темперированного полутона) с указанием высоты ноты в диапазоне контроктавы, большой, малой, первой и второй октавы, т.е. охватывает практически весь звуковысотный диапазон мужских и женских певческих голосов. Параллельно с указанием высоты заданной на пианино и воспроизведённой певцом ноты в центах указываются значения этих звуков в герцах.

Программа высчитывает и регистрирует также отклонение заданной ноты от её стандартной высоты в центах (и герцах), неравномерность высоты звучания голоса певца (вследствие вибрато) в центах и Герцах, среднее значение высоты воспроизведённой ноты в центах и герцах и наконец, — указывает конечный результат эксперимента — отклонение средней высоты воспроизведенной певцом ноты (или нот заданного мелодического фрагмента) от заданной высоты звука (в центах и герцах). Указывается также длительность выделенного для анализа фрагмента заданного и воспроизведённого певцом звука в миллисекундах.

Помимо звуковысотных характеристик заданного певцу и воспроизведённого им звуков программа регистрирует в графическом виде осциллограмму и огибающую уровня указанных звуков в децибелах (дБ).

Все вышеуказанные параметры автоматически регистрируются в графическом виде, а также в окне «табло цифровых результатов анализа», которое размещается оператором ЭВМ в удобном месте непосредственно на поле отображения графических результатов.

Особенностью певческого голоса, как уже упоминалось выше, является наличие вибрато, т.е. амплитудно-частотной модуляции (АЧМ) звука с периодичностью ок. 5—7 Гц. Глубина частотной модуляции вибрато у певцов достигает в среднем от четверти до полутона и даже более. Программа вычисляет среднее значение высоты голоса при наличии вибрато, что соответствует слуховому восприятию высоты (Parc, 1964; Sundberg, 1987).

Пример графической и цифровой регистрации при помощи компьютерной программы точности воспроизведения певцом высоты заданного на пианино звука при пении гласных А, Э, И, О, У представлен на рис. 6.

Цифровые результаты анализа автоматически регистрируются на цифровом табло (в данном случае справа). На табло отражены цифровые параметры заданного звука (тон 1) и воспроизведённого певцом (тон 2) на гласных А, Э, И, О, У (в центах и герцах). Поскольку заданный тон на гласной И был на 3 цента ниже стандартной ноты sol, а певец воспроизвёл его на 15 центов выше, то ошибка воспроизведения составила 19 центов (с учетом округления до одного цента).

Аналогично этому высоту заданной ноты sol минус 3ц (см. на табло — тон 1) певец при воспроизведении ее на гласных А, Э понизил соответственно на 19ц и 4ц, а на гласных И, О, У повысил на 19ц, 18ц, и 44ц соответственно. Однако при наличии у данного певца вибрато глубиной ок. 50ц (об этом говорит

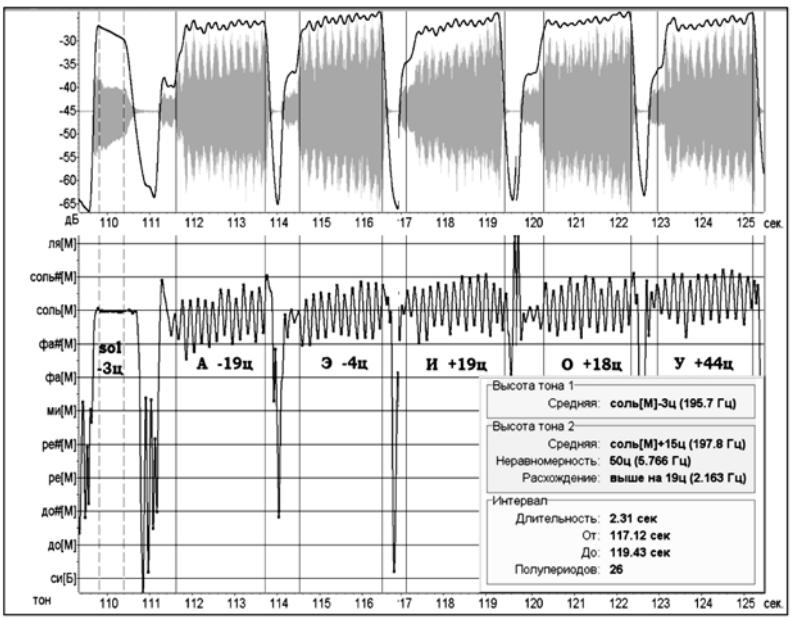


Рис.6. Пример графической и цифровой компьютерной регистрации точности воспроизведения певцом высоты заданного на пианино звука при пении гласных А, Э, И, О, У. Обследованный — бас А.В.

Вверху — график изменения силы голоса в децибелах (дБ) в виде осциллограммы и огибающей по амплитуде. Шкала изменения силы голоса — слева. Амплитудная модуляция вибрато проявляется в периодических изменениях силы звука с частотой вибрато.

Внизу — график изменения высоты голоса в нотном обозначении (шкала высоты ноты слева). *Частотная модуляция вибрато* проявляется в хорошо заметных периодических изменениях высоты звука голоса относительно её среднего значения.

Вертикальными линиями отмечены временные фрагменты заданного и воспроизведённого звуков, взятые для анализа (А, Э, И, О, У).

На табло внутри рисунка приводятся автоматически измеренные компьютерной программой параметры высоты заданного звука (тон 1) и воспроизведённой певцом гласной И в центах и герцах (тон 2).

на табло значение неравномерности 50ц воспроизведённого певцом звука) допущенные певцом неточности воспроизведения высоты гласных (для среднего музыкального слуха) практически незаметны, поскольку вибрато значительно маскирует неточности интонирования (Морозов, 2008). Но тонкий интонационный слух всё же уловит эти различия.

Исследования выявили весьма существенные индивидуальные различия (средние значения для группы из 16 певцов) как в подгруппе мужчин (от 14,90ц до 48,47ц) , так и женщин (от 11,27ц до 49,27ц). В этой связи значения индивидуальных данных по точности воспроизведения высоты звука имеют немаловажное научно-практическое значение в качестве показателя вокальной одарённости и/или успешности обучения.

Помимо рассмотренных выше объективных акустических показателей эстетического совершенства певческого голоса нами используются многие другие показатели, полученные в результате исследования и сопоставления

сотен спектров мужских и женских голосов разной квалификации. Несмотря на порой значительные индивидуальные различия хороших профессиональных голосов в них есть и общие черты, отражающие степень владения певцом резонансной техникой пения. Эти показатели и используются нами в целях диагностики вокальной одарённости прежде всего молодых, ещё не сформировавшихся певцов и тем более — желающих стать на путь профессионального вокального обучения.

Эстетическим эталоном в этой работе служит нам голос великого Шаляпина и других мастеров искусства резонансного пения (естественно, мужские и женские голоса разных типов).

РТИП и диагностика вокальной одарённости

Одним из основных научно-практических аспектов резонансной теории искусства пения (РТИП) является разработанный автором на её основе новый комплексный метод диагностики вокальной одаренности. Новизна и приоритетность составляющих данного метода защищена рядом авторских свидетельств и патентов Российской Федерации за период 1988—2009 гг.

Метод включает подробный анализ важнейших вокально-технических и эстетических свойств певческого голоса по его объективным акустическим характеристикам с помощью новейших специализированных и запатентованных компьютерных технологий, в том числе:

- определение типа певческого голоса,
- измерение силы голоса,
- измерение динамического диапазона,
- оценка вибрато голоса,
- оценка тембровых качеств по спектральным характеристикам,
- измерение гармоничности тембральных составляющих,
- измерение высокой и низкой певческих формант,
- измерение коэффициентов звонкости и полётности голоса,
- измерение ровности вокальных гласных,
- измерение дикции и орфоэпии вокальной речи.

С помощью также новейших авторских методов психоакустического и психофизиологического тестирования производится оценка основных вокально-музыкальных и художественных способностей певца, в том числе:

- определение вокального слуха,
- определение эмоционального слуха (пассивного и активного),
- определение интонационного слуха (активного и пассивного),
- оценка принадлежности певца к художественному типу личности,
- оценка ряда необходимых певцу психологических особенностей личности и др.

Основные выводы

1. Компьютерные исследования акустических характеристик голоса, в частности, касающиеся уровня и частотного положения ВПФ в спектре звука, а также характера вибрато (по сонограмме), являются весьма важным объективным показателем эстетического совершенства голоса певца.

2. Помимо этого по спектрограммам и сонограммам в свете РТИП можно судить и о совершенстве вокально-технических механизмов голосообразо-

вания и прежде всего — о способности певца к использованию резонансной техники пения, поскольку высокая и низкая певческие форманты есть результат активности резонансной системы голосового аппарата певца.

3. Метод включает как акустические показатели певческого голоса, которые частично были рассмотрены (особенности высокой певческой форманты, вибрато и др.), так и ряд психологических характеристик певца, от которых сильно зависит способность певца к овладению резонансной техникой пения, равно как и музыкально-художественная выразительность его пения и способность к перевоплощению при создании сценических образов вокальных произведений.

4. К числу психологических показателей вокальной одаренности относятся: *эмоциональный слух, вокальный слух,* новый метод оценки *ладово-гармонического слуха* (разработан автором совместно с Ю.М. Кузнецовым), *латеральная асимметрия слухового восприятия* эмоциональных и нейтральных звучаний (ФАМ) как один из показателей принадлежности певца к *художественному* или *мыслительному* типу личности, традиционные психологические тесты-опросники Изарда, Кеттела, Айзенка, Меграбяна и др. Психологические показатели существенно дополняют результаты акустических исследований голоса певца по разработанной автором совместно с инженерами-программистами новой компьютерной технологии.

5. Таким образом, акустические показатели, получаемые нами с помощью специально разработанных компьютерных методов, позволяют как бы реконструировать технику голосообразования певца, определить её совершенство или несовершенство, в частности, в какой степени её можно отнести к резонансной певческой технике, а психологические характеристики позволяют прогнозировать, в какой степени певец способен овладеть этой резонансной техникой, и использовать её в целях музыкально-художественной выразительности пения, т.е. — исполнительского мастерства.

6. Разработанные объективные методы оценки вокальной одаренности — не противопоставление, а дополнение к традиционным субъективным вокально-педагогическим методам.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Володин А.А.* Психологические аспекты восприятия музыкальных звуков: Автореф. дис... канд. психол. наук. М., 1972.

2. *Ламперти Фр.* Искусство пения по классическим преданиям. Технические правила ученикам и артистам / Пер. с итал. 4-е изд. М., 1913.

3. *Лаури-Вольпи Дж.* Вокальные параллели. Л., 1972.

4. *Морозов В.П.* Искусство резонансного пения. Изд-во Моск. Гос. Консерватория им. П.И.Чайковского, Институт психологии Росс. акад. наук. М., 2002 (2-е изд. 2008).

5. *Морозов В.П.* Биофизические основы вокальной речи. М.; Л., 1977.

6. *Рагс Ю.Н.* Вибрато и восприятие высоты // Применение акустических методов исследования в музыкознании. М., 1964.

7. *Теплов Б.М.* Психология музыкальных способностей. М., 1947.

8. *Sundberg J.* The Science of the Singing Voice. Dekalb, Illinois, 1987.

ИНФОРМАЦИОННО-НОВОСТНОЙ БЛОК

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Уважаемые дамы и господа!

Мы рады познакомить Вас с рубрикой «Книжная полка» нашего журнала. Редакционный совет Российской общественной академии голоса принял единогласное решение о необходимости размещения информации о существующей литературе в области голосоведческих специальностей: и не только полезной, но и вредной. Борьба со лженаукой является важной задачей Академии, о чём говорилось ещё на Первом междисциплинарном конгрессе «ГОЛОС», на котором Академия была создана. Независимая общественная экспертиза, являющаяся одним из видов уставной деятельности Академии, способна существенным образом повлиять на проблему издания не рецензируемой литературы, предназначенной для широкого круга читателей.

Надеемся, что данная рубрика поможет Вам в выборе необходимой литературы, из которой можно почерпнуть много полезной информации для себя и своей деятельности. Книжная полка будет постоянно обновляться новыми поступлениями. В каждом номере журнала от наших специалистов в области голоса на них будут предлагаться независимые рецензии. Также будут освещаться диссертационные исследования по различным проблемам в области голоса и речи.

Мы будем рады получать от Вас информацию о литературных источниках и диссертациях, помещая её на нашу книжную полку.

Издательский отдел Российской общественной академии голоса предлагает Вашему вниманию следующую литературу

№№ п/п	Авторы	Название	Аннотация	Стоимость
1.		Сборник научных трудов II конгресса Российской общественной академии голоса (14-15 мая 2009 г., Москва)	Уникальный по своему содержанию сборник, содержащий отрецензированные публикации по фониатрии и фонопедии, вокальной и речевой педагогики, основной задачей при издании которого была концентрация междисциплинарных материалов по проблемам голоса. В нём впервые даны обоснования таких наук, как голосоведение и технология устной речи, представлены основные стратегические задачи в сфере голоса на ближайшую перспективу.	350 руб.

2.	Рудин Л.Б.	Основы голосоведения	Данное учебное пособие предназначено для студентов вокальных, актёрских и дирижёрско-хоровых факультетов вузов, учебными планами которых предусмотрено преподавание таких дисциплин, как «Основы голосоведения», «Гигиена голоса», «Охрана голоса», «Основы фониатрии», а также может оказаться интересным для дипломированных специалистов. В пособии представлены междисциплинарные базисные сведения о голосе человека (понятие о голосе как функции организма, анатомии и физиологии органов голосообразования); научные основы вокальной и речевой педагогики; основные понятия гигиены голоса; принципы закаливания; основы профилактики ОРВИ; обзор заболеваний гортани. Весь материал изложен языком, доступным для понимания неподготовленному контингенту, что очень важно для обучения будущих вокалистов, актёров, дирижёров, хормейстеров. Употребляемая общепринятая терминология даётся с определениями и разъяснениями.	200 руб.
3.	Морозов В.П.	Искусство резонансного пения. Основы резонансной теории и техники	Первое в нашей стране и зарубежной вокально-методологической литературе руководство по теории и практике резонансной техники голосообразования; достижению высоких профессиональных качеств певческого голоса — силы, красоты тембра, полётности, четкости дикции, неутомимости и долговечности сценической певческой деятельности. Предназначено для широкого круга специалистов по теории и практике искусства пения — вокальных педагогов, певцов, дирижеров хоров, музыковедов, психологов, лингвистов, фониатров, а также всех, интересующихся искусством пения.	*

* По поводу льготного приобретения книг для читателей журнала обращаться по e-mail: **mail@vmorozov.ru**, или по тел.: **(495) 682-55-43**

На сайте Академии (Издательский отдел)
Вы можете ознакомиться с дополнительным списком литературы

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ГОЛОСА
16 апреля 2010 г.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России»

Секция фониатров Российского общества оториноларингологов

Российская общественная академия голоса

Международный День голоса впервые был проведён в Бразилии в 1999 году как бразильский национальный день голоса. С этого времени он стал ежегодным и проводится 16 апреля, как в Бразилии, так и в США, Англии, странах Евросоюза, Аргентине и Португалии. Это событие объединяет как представителей медицины (оториноларингологов, фониатров, хирургов «голова шея», логопедов), профессионалов голоса, так и много других людей, чья деятельность напрямую не связана с его использованием. Голос, наряду со слухом и зрением, является основным механизмом для коммуникации, поэтому в современном обществе голосовые проблемы оказывают значительное влияние на качество жизни.

Основная задача международного Дня голоса — привлечь внимание людей к оценке состояния своего голоса, разъяснение влияния вредных привычек на голос, правил его гигиены, способов предотвращения заболеваний голосового аппарата.

За рубежом к международному Дню голоса организовывают научные симпозиумы, в СМИ поводят всестороннюю просветительскую деятельность в области информирования людей о вреде курения, соблюдения гигиенических требований при голосообразовании и т.д.

Россия, традиционно, считается страной с большим культурным наследием. По состоянию на 2008 г. в Российской Федерации только в ведении Министерства Культуры РФ существует 40 вузов, 4 училища. Численность обучающихся на вокальных отделениях высших профессиональных учебных заведений составляет 1535 человек, на актёрских отделениях — 3435. Художественно-артистический персонал — 13 драматических театров, находящихся в ведении Минкультуры РФ составляет 1215 человек. В 5 музыкальных театрах подведомственных Минкультуры РФ, 358 солистов и 343 артиста хора. Также в ведении Минкультуры России находится 84 музея, численность научных сотрудников и экскурсоводов, которые проводят экскурсии, лекции, семинары, методические занятия, составляет 5300 человек.

В ведении Рособразования находятся 83 вуза, где обучается 753,8 тыс. будущих педагогов. Огромная армия уже обученных преподавателей школ всех звеньев составляет основу лиц голосо-речевых профессий.

Точное количество учебных заведений, в том числе детских музыкальных школ и детских школ искусств, театров и других учреждений культуры, находящихся в ведении Субъектов Федерации, в настоящее время не известно.

Информация о фактическом числе актёров, вокалистов, педагогов, экскурсоводов и других представителей голосо-речевых профессий в РФ отсутствует. Распространённость заболеваний голосового аппарата значительна. Заболеваемость раком гортани, одной из основных причин которого является курение, растёт, а возраст заболевших молодеет. Ежегодно в нашей стране появляется более 8 тысяч вновь заболевших. Среди множества проблем современной российской действительности все большую обеспокоенность и тревогу как среди медицинских работников, так и среди широкой общественности вызывает проблема массового распространения употребления среди населения нашей страны различных психоактивных веществ, к которым относится также и табак, и, прежде всего, среди молодежи. Статистика убедительно свидетельствует о том, что в последнее десятилетие табакокурение стремительно проникает во все социальные слои населения вне зависимости от возраста, половой и национальной принадлежности, а также региона проживания.

Отмечается «омоложение» контингента лиц, приобщающихся к курению. По данным центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Минздрава России, в возрасте до 10 лет начинают курить 29, 4% детей. Среди учащихся училищ начального профессионального образования (15—17 лет) курят 78,3% мальчиков и 65,4 % девочек. Информированность о вреде курения формально высокая — 88,3% мальчиков и 94, 7% девочек, но знания носят в основном отрывочный и поверхностный характер.

Всё вышеуказанное обуславливает актуальность и злободневность проведения в нашей стране международного Дня голоса. Впервые в России он был проведён в 2006 г. силами Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России совместно с фониатрическим центром Омской области. В средствах массовой информации федерального уровня были освещены проблемы вреда курения детей и взрослых, вопросы нарушения голоса у детей и профессиональных заболеваний голосового аппарата. Также к этому событию была приурочена юбилейная конференция и празднование 30-летия фониатрической службы и фониатрического центра Омской области, 26 апреля 2006 года. В 2009 г. было проведено 21 мероприятие уже в 4 регионах страны.

Для проведения в России международного Дня голоса в 2010 г. планируются различные мероприятия. К нам присоединяться деятели медицины, искусств уже большего количества регионов. Для освящения ситуации в стране и мире по данной проблематике, обсуждения результатов проведённых мероприятий.

Календарь мероприятий, посвящённых празднованию международного Дня голоса в России в 2010 году

№ п/п	Место/дата проведения	Название мероприятия	Организатор
1	Москва 13—14 марта	Второй тур Первого Всероссийского фестиваля-конкурса вокальных и речевых педагогов Презентация видеосборника лекций д.м.н. Аникеевой З.И. о лечении и профилактики патологии голосового аппарата	Российская Академия голоса
2	Москва март	Лекция «Голос и его охрана» на телевидении Северо-восточного АО г. Москвы	д.м.н. Аникеева З.И.
3	Москва 30 марта	Вечер встречи с Президентом Российской общественной академии голоса Рудиным Л.Б. в Московской государственной консерватории	Российская Академия голоса Ответственный: доцент Силантьева И.И.
4	Москва 18 марта	Поёт Полина Цветкова. Вечер вокальной музыки в Московском Государственном институте музыки им. А. Шнитке	Кафедра академического пения и оперной подготовки Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке
5	Москва, Московская область на протяжении марта-апреля	Лекции для школьников о вреде курения	к.м.н. Осипенко Е.В.
6	Москва 22 марта	«На пути к мастерству» концерт студентов класса преподавателя Литовкиной А.А.	Кафедра академического пения и оперной подготовки Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке
7	Москва 2 апреля	Поют выпускники Кафедра академического пения и оперной подготовки Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке	Кафедра академического пения и оперной подготовки Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке
8	Москва 5—7 апреля	XIII конкурс чтецов имени Я.М. Смоленского	Театральный институт имени Б.В. Щукина совместно с Министерством культуры РФ Российская Академия голоса Ответственный: Бруссер А.М.
9	Москва 8 апреля	Мультидисциплинарная оториноларингологическая научно-практическая конференция «Голос и здоровье» К участию в конференции приглашаются оториноларингологи, логопеды (фонопеды), профпатологи, невропатологи, эндокринологи и другие заинтересованные лица	ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России Секция фониатров Российского общества оториноларингологов Ответственный: Осипенко Е.В.

10	Альметьевск 9 – 10 апреля	Краткосрочное повышение квалификации для педагогов детских музыкальных школ и музыкальных колледжей. Лекторы: Заслуженная артистка России, Народная артистка Армении Лисициан Р.П., Заслуженный работник культуры РФ, к.ф.н., проф. Оссовская М.П., к.м.н. Рудин Л.Б.	Российская Академия голоса Ответственный: Шатунова Л.В.
11	Москва вторая декада апреля	Семинар «Голос как основа формирования поликультурного пространства» для педагогов и студентов Театрального института имени Бориса Щукина	Театральный институт имени Бориса Щукина Ответственный: к.м.н. Рудин Л.Б.
12	Ставропольский край вторая декада апреля	1. Выезды бригады фониатров/фонопедов 8 – 9 апреля в Кисловодск 2. Выступления в СМИ Ставропольского края	Ставропольский сурдо-фониатрический центр к.м.н. Кржечковская Г.К.
13	Москва вторая декада апреля	Семинар «Профилактика дисфоний у вокалистов в условиях насыщенного концертно-гастрольного графика» для солистов и артистов хора Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова	Российская Академия голоса Ответственный: к.м.н. Рудин Л.Б.
14	Москва 1 апреля	Лекция «Анатомия и физиология голосообразования» для преподавателей вокальных кафедр Московского Государственного институт музыки им. А. Шнитке	к.м.н. Осипенко Е.В.
15	Астрахань 7 апреля	Лекция «Профессиональные качества голоса педагога» для слушателей Астраханского государственного института повышения квалификации и переподготовки	Соколова А.И.
16	Астрахань 8 апреля	Акция «Звучная фонация» в сурдо-фониатрическом центре Астраханского филиала ФГУ «Научно-клинического центра оториноларингологии» – осмотр всех желающих проверить состояние гортани	Сурдо-фониатрический центр Астраханского филиала ФГУ «Научно-клинического центра оториноларингологии» ФМБА России Соколова А.И.
17	Москва 9 апреля	Благотворительная акция «Здоровый Голос», в рамках которой всем желающим будет проведено обследование голосового аппарата	ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России Секция фониатров Российского общества оториноларингологов Ответственный: Осипенко Е.В.
18	Москва вторая декада апреля	Семинар «Голос как основа формирования поликультурного пространства» для педагогов и студентов МГУКИ	Российская Академия голоса Ответственный: к.м.н. Рудин Л.Б.

19	Астрахань 12 апреля	Семинар «Празднование Дня Голоса» в Астраханской государственной консерватории	Соколова А.И.
20	Москва 17 апреля	Семинар «Профилактика дисфоний у вокалистов» для солистов и артистов хора Московского музыкального театра Новая опера имени Евгения Колобова	Российская Академия голоса Ответственный: к.м.н. Рудин Л.Б. при участии ООО «Санта»
21	Москва первая декада апреля	Лекция «О вреде курения» студентам Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке	к.м.н. Осипенко Е.В.
22	Москва вторая декада апреля	Семинар «Профилактика дисфоний у вокалистов в условиях насыщенного концертно-гастрольного графика» для солистов и артистов хора Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова	Российская Академия голоса Ответственный: к.м.н. Рудин Л.Б.
23	Москва 16 апреля МГК камерный зал	Концерт студентов вокального факультета Московской государственной консерватории	доцент Силантьева И.И.
24	Москва 16 апреля	Семинар «Охрана голоса артистов оперного театра» для солистов и артистов хора Московского музыкального театра имени К.С. Станиславского и Вл.И. Немировича-Данченко	к.м.н. Павлихин О.Г.
25	Казань 19 апреля	Научно-практическая конференция по проблемам вокального образования в Государственном музыкальном училище имени им. Гнесиных	проф. Агин М.С.
26	Москва 21 апреля	«На пути к мастерству» концерт студентов класса народной артистки России, проф. Пустовой Н.В.	Кафедра академического пения и оперной подготовки Московского Государственного института музыки им. А. Шнитке
27	С.-Петербург вторая декада апреля	Семинар «Профилактика дисфоний у артистов оперного театра» для солистов и артистов хора Мариинского театра при участии ООО «Санта», к.м.н. Рудина Л.Б., к.м.н. Швалёва Н.В.	Российская Академия голоса Ответственный: к.м.н. Швалёв Н.В.

Кармолис®

– целительная сила трав

САНТА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

ООО «Санта»
(Эксклюзивный дистрибутор «Dr. A. & L. Schmidgall», Австрия)
Тел.: +7(495) 739 4326. Факс: +7(495) 930 7550
www.carmolis.ru

ТАНТУМ® ВЕРДЕ

бензидамин

БЫСТРОЕ РЕШЕНИЕ

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ
средство для детей и взрослых

Регистрационный номер:
П №014279/01 - дозированный спрей;
П №014279/03 - раствор для местного применения.

ANGELINI

115478, г.Москва,Каширское шоссе, д.23
гостиница "Дом Ученых" ОНЦ РАМН, 2 этаж, к.А.
Тел.: (495) 324-9640, 324-9230.
Факс: (495) 324-55-08, 324-9140.

www.cscrussia.ru

CSC LTD
"Си Эс Си Лтд."

Deutsche Homöopathie-Union

ТРАДИЦИИ ГОМЕОПАТИИ ДЛЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ!

Инфлюцид
Профилактика и лечение гриппа и ОРВИ

Тонзилотрен
Лечение и профилактика хронического тонзиллита и ангины

Циннабсин
Лечение острых и хронических синуситов

Климактоплан Н
Лечение климактерического синдрома

Дисменорм
Лечение предменструального синдрома и функциональных нарушений менструального цикла

Менальгин
Терапия первичной дисменореи

Пассидорм
Лечение нарушений сна

Псориатен
Лечение псориаза и заболеваний кожи, сопровождающихся сухостью и щелушением

Ревма-Гель
Лечение воспалительных заболеваний суставов, болей в мышцах, растяжений мышц, люмбаго

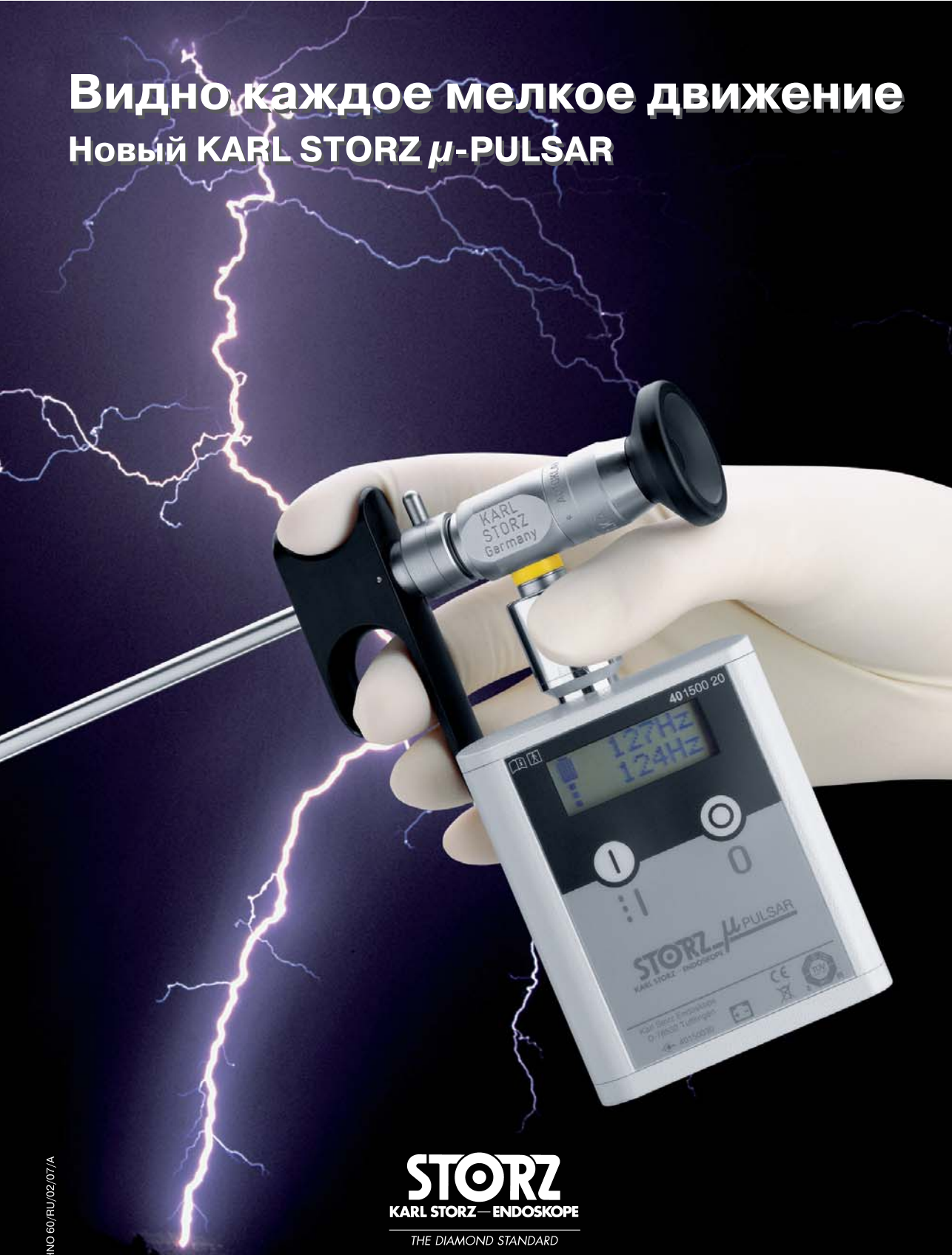
Ирикар
Лечение кожных заболеваний, сопровождающихся зудом

Ринитал
Лечение аллергических заболеваний верхних дыхательных путей

www.dhu.ru

Видно каждое мелкое движение

Новый KARL STORZ μ-PULSAR

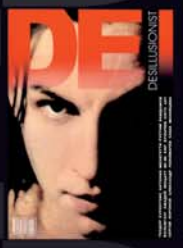


STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

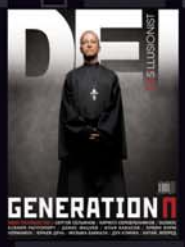
HNO 60/RU/02/07/A

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО КАРЛ ШТОРЦ ГмбХ и КО. КГ
Россия, 115114, Москва, Дербеневская набережная д. 7, стр. 4. Тел.: +7 495 983 02 40. Факс: +7 495 983 02 41. E-mail: info@karlstorz.ru, www.karlstorz.com
ООО КАРЛ ШТОРЦ – Эндоскопы ВОСТОК E-mail: kste-wostok@karlstorz.ru, www.karlstorz.ru
KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Germany. Phone: +49 7461 / 70 80. Fax: +49 7461 / 70 81 05. E-Mail: karlstorz-marketing@karlstorz.de

www.deiz.ru



MUSIC



ART

PHILOSOPHY

DEI DESILLUSIONIST

журнал для тех, кто создает завтра

www.desillusionist.com

MUZKLONDIKE.RU

Информационный портал:

Музыкальный Клондайк

- Сайт
- Газета
- Нотный архив
- Фоторепортажи
- Музыкальный магазин
- Путеводитель по фестивалям

Читайте в газете и на сайте:

- Полную и систематизированную информацию о российских и международных фестивалях и конкурсах, мастер-классах и курсах повышения квалификации, летних школах (сроки проведения, условия участия)
- Методические материалы по вокалу и музыке
- События в области классической, хоровой, народной музыки, джаза, вокального искусства, хореографии и театральной жизни

Издатель - компания «Арт-Центр» - Ваш надежный партнер:

- Организатор фестивалей, конкурсов, мастер-классов
- Туроператор

С нами удобно работать:

Icq: 430 943 753

Skype: Art-Center Muzklondike

E-mail: info@muzklondike.ru, info@art-center.ru

Тел.: +7 (926) 777-32-48, +7 (925) 642-36-56

Факс: +7 (499) 785-13-87

По вопросам размещения рекламы звоните:

+7 (925) 642 36 56

РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА

Региональное отделение «Татарстанское» совместно с Альметьевским музыкальным колледжем им. Ф.З. Яруллина сообщают о проведении краткосрочного повышения квалификации в объёме 16 часов, приуроченное к международному Дню голоса

Время проведения: 9 — 10 апреля 2010 г.

Место проведения: г. Альметьевск, ул. Нефтяников, 12. Альметьевский музыкальный колледж им. Ф.З. Яруллина.

Программа мероприятий:

9 апреля: 10.00 — 11.30; 12.00 — 13.30 — семинары к.м.н., доцента, врача-фониатра Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии им. А.В. Александрова, ведущего научного сотрудника научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, Президента Российской общественной академии голоса, Председателя Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов Рудина Льва Борисовича по анатомо-функциональной организации голосового аппарата и физиологии фонации;

14.30 — 16.00; 16.30 — 18.00 — мастер-классы Заслуженного работника культуры, кандидата филологических наук, профессора кафедры сценической речи и проректора Театрального института им. Б. Щукина, Вице-президента Российской общественной Академии голоса Оссовской Марии Петровны по проблемам технологии устной речи.

10 апреля: 10.00 — 11.30; 12.00 — 13.30 — семинары Рудина Л.Б. по проблемам профилактики дисфоний; 14.30 — 16.00; 16.30 — 18.00 — мастер-классы по проблемам вокальной педагогики Заслуженной артистки России, Народной артистки Армении, доцента кафедры сольного академического пения РАМ имени Гнесиных Лисициан Рузанны Павловны.

Участникам курсов будет предоставлена возможность приобретения ценной литературы, изданной Российской общественной академией голоса.

По окончании курсов участникам конференции будут вручены памятные сертификаты от Российской общественной академии голоса и справки о повышении квалификации (16 часов) от Театрального института имени Бориса Щукина.

Финансовые условия — целевой взнос участника составляет 1500 руб.

Проф. осмотр врача-фониатра Рудина Л.Б. — 500 руб. В случае выявления патологии голосового аппарата дополнительная консультация по лечению и профилактике доплата 300 руб.

За дополнительной информацией обращаться к председателю отделения «Татарстанское» Шатуновой Людмиле Вячеславовне.

Телефон: 8-960-061-13-33.

Президиум Российской общественной академии голоса сообщает, что III междисциплинарный конгресс «ГОЛОС» будет проводиться в период с 28 по 30 сентября 2011 г. Место проведения уточняется.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В 2010 ГОДУ

Со 2 по 6 июля Американская национальная ассоциация вокальных педагогов в Солт Лэйк Сити, штат Юта, проводит 51-ю национальную конференцию «Эхо песни». Вся информация на сайте www.nats.org. Данная организация является учредителем Международного конгресса вокальных педагогов, который проходит раз в 4 года (последний проходил во Франции в 2009 г.). Очередной конгресс состоится в 2013 г.

С 15 по 17 июля Британская голосовая ассоциация и Королевская академия музыки проводят в Лондоне конференцию, посвящённую мультидисциплинарным подходам в работе с голосом, его здоровью и исследованию. Тезисы докладов принимаются до 31 марта 2010 г. Вся информация на сайте www.british-voice-association.com.

С 22 по 26 августа в Афинах IALP (Международная ассоциация логопедов и фониатров) проводит XXVIII международный конгресс фониатров и логопедов. Для членов Российской общественной академии голоса, которые изъявят желание участвовать в конгрессе, организационный взнос будет составлять 440 евро, так как Академия является коллективным членом данной организации. 25 августа будет проходить генеральная ассамблея IALP, на которую Президиум Академии определит двоих делегатов (количество делегатов определяется правилами IALP).

С 27 по 29 августа в Зальцбурге Австрийский голосовой институт проводит IX международный голосовой симпозиум «Всесторонний подход к охране и лечению голоса музыкантов». Тезисы докладов принимаются до 31 марта 2010 г. Вся информация на сайте www.voicesymposium.org.

С 26 по 29 сентября Ежегодное совещание OTO&EXPO 2010. Данное мероприятие является крупнейшим собранием в мире отоларингологов, вместе с крупнейшим в мире предоставляемых услуг по специальности. Ежегодное совещание OTO&EXPO 2010 будет проходить в выставочном и конференц-центре в Бостоне, Массачусетс. Ожидается более 9000 участников и более 300 экспонатов. Вся информация на сайте: www.entnet.org

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОЛЛЕГИЯ ФОНИАТРОВ И ФОНОПЕДОВ РОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ГОЛОСА

Информирует о проведении комплекса мероприятий в 2010 г.

Памяти учителя: Юрию Стефановичу Василенко 80 лет. 17 и 18 мая двухдневное краткосрочное повышение квалификации в виде мастер-классов, ориентированное на фониатров, фонопедов, отоларингологов и заинтересованных специалистов смежных дисциплин.

19 мая — Пленум Координационного совета Российской общественной академии голоса (мероприятие закрытое, участвуют исключительно члены Координационного совета согласно списочному составу)

20 и 21 мая — участие в московской ежегодной научно-практической конференции отоларингологов (организатор — Московский Научно-практический центр оториноларингологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор проф. А.И. Крюков)

МАСТЕР-КЛАССЫ ПО ФОНИАТРИИ И ФОНОПЕДИИ

17 мая:

• мастер класс к.м.н., зав. лабораторией певческого и сценического голоса НКЦ оториноларингологии ФМБА России Осипенко Е.В. «Современные методы диагностики заболеваний голосового аппарата» (10.00 — 11.30);

• мастер-класс Президента Российской общественной академии голоса, Председателя Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов Рудина Л.Б. «Принципы лечения пациентов с функциональными заболеваниями голосового аппарата» (12.00 — 13.30);

• мастер-класс к.п.н., ведущего научного сотрудника Института оториноларингологии АМНУ имени А.С. Коломийченко Милоченко Т.Г. «Речевая фонопедия на практике» часть I (14.30 — 15.30; 15.45 — 16.45);

• мастер-класс Лауреата Всероссийской Национальной премии «За изучение голоса», д.б.н., проф. Морозова В.П. «Голос как средство невербальной коммуникации» (17.30 — 19.30).

18 мая:

• мастер класс руководителя отдела патофизиологии голоса и речи Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, и.о. профессора кафедры высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, д.м.н. Сте-

пановой Ю.Е. «Клиника, диагностика и лечение дисфоний у детей» (10.00 – 11.00; 11.15 – 12.15);

• мастер-класс Милоченко Т.Г. «Речевая фонопедия на практике» часть II (13.00 – 14.30);

• мастер-класс зав. отделением клинических исследований и профпатологии Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, д.м.н., профессора Панковой В.Б. «Профпатология в фониатрии» (15.30 – 17.00);

• презентации.

Стоимость повышения квалификации для специалистов, не являющихся членами Российской общественной академии голоса, составляет 5000 рублей; для членов Российской общественной академии голоса 2500 рублей.

По окончании выдаётся памятный сертификат о повышении квалификации общим объёмом 18 часов.

Заявки на участие принимаются до 5 мая на электронный адрес: foncentr@mail.ru или по телефону: (495) 726-97-60. В заявке указать ФИО, учёную степень, звание, место работы, должность, контактные телефоны, электронный адрес, почтовый адрес с индексом.

Оплата производится перечислением на счёт Академии или наличными по приезду на мероприятие.

Предварительное место проведения: Москва, м. «Смоленская», Земледельческий переулок д. 20 (Академический ансамбль песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова)

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ К ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «ГОЛОС И РЕЧЬ»

- Автор должен указать рубрику, для которой готовился представляемый материал.
- Материалы к публикации подаются в печатном (1 экземпляр на абонентский ящик Академии) и электронном виде (по электронной почте редакции). Печатный вариант должен быть подписан автором и руководителем (научным или организации), (фамилия, имя, отчество, подпись).
- К печатному варианту рукописи прикладывается подписанный автором лицензионный договор с редакцией.
- В печатном варианте авторы обязательно указывают почтовый адрес с индексом, контактный телефон, факс, электронный адрес, а также выделяют ту контактную информацию, которую редакция может указать при размещении публикации в Internet.
- Представляемые к публикации научные статьи, интервью, мастер-классы, круглые столы должны быть объёмом примерно 9000 – 18000 печатных знаков с пробелами; случаи из практики, советы специалиста, тезисы, аннотации – 3600 – 9000 знаков; обзоры, обобщающие статьи – 9000 – 27000 знаков.
- Интервал полуторный, между словами строго один пробел, 12 кегль, шрифт Times, на одной стороне листа А4 с полями 2,5 см.
- Материалы должны быть представлены в виде одного файла (Microsoft Word).
- Теоретические научные статьи должны содержать в себе результаты исследований, выполненных с помощью таких методов познания, как абстрагирование, синтез, анализ, индукция, дедукция, формализация, идеализация, моделирование. Главенствующее значение имеют логические законы и правила.
- Статьи эмпирического характера хотя и используют ряд теоретических методов, но больше опираются на методы измерения, наблюдения, эксперимента и т.п. В заголовках этих статей часто употребляются слова «методика», «оценка», «определение».
- Интервью (профессионально ориентированная беседа) содержит вопросы и ответы напрямую соотносимые с темой научного труда.
- В титульной части рукописи указываются: название (заглавными буквами), фамилия и инициалы автора (авторов), полное наименование учреждения (по Уставу) с указанием звания, инициалов, фамилии

руководителя, резюме до 200 слов, ключевые слова, количество литературных источников. Резюме должно содержать данные о характере работы, методике её проведения и основных результатах. Авторы могут сопроводить титульную часть качественным переводом на английский язык. В этом случае оплата за перевод не взимается.

- Научные статьи теоретического и эмпирического характера должны содержать введение, цели, задачи, объект (материалы) и методы, результаты и их обсуждение, выводы и рекомендации, список литературы.
- В интервью указывается его цель и задачи, основная часть, заключение.
- В научных обзорах, исторических и обобщающих сообщениях отражается состояние определённой проблемы. Состояние проблемы освещается в основном на основании литературных источников за последние 5 — 10 лет.
- В тексте можно использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Вводимые сокращения могут применяться только после упоминания полного термина.
- Устаревшие термины не должны употребляться (напр. «голосовые связки», «подсвязочное давление» и т.п.).
- В соответствующих словах должна использоваться гласная «ё».
- Века пишутся римскими цифрами.
- При упоминании в тексте имён инициалы без пробела ставятся впереди фамилии, идущая далее фамилия отделяется пробелом от инициалов (И.И. Петров). В случае ссылки на автора в круглых скобках сначала пишется фамилия, затем через пробел инициалы, после запятой и пробела год публикации (Петров И.И., 2005).
- Кавычки выполняются только в виде двойных скобок-уголков: «...».
- В тексте статьи приводятся лишь ссылки на источники арабскими цифрами в квадратных скобках [1] в соответствии с порядковым номером в пристатейном библиографическом списке.
- Используемые иллюстрации обязательно должны быть приложены в виде файлов оригинального формата (BMP, TIF, EPS, PSD, PCX).
- Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщённые и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком; все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте.
- Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок, каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблиц не принимаются).
- В конце статьи в алфавитном порядке помещаются библиографические списки в соответствии с действующим ГОСТом. Вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Автор может указать не более 3-х своих предыдущих работ. Ссылки на неопубликованные работы не

допускаются. За точность приведенных литературных источников и правильность их оформления ответственность несёт автор.

- В обзорах должны быть даны ссылки не менее чем на 20 источников.
- Материалы не должны быть ранее опубликованы или направлены на публикацию в другие издания.
- Работу следует тщательно отредактировать как научно, так и стилистически, отразить цели, задачи, материалы и методы, полученные результаты и выводы.
- Реферативные сообщения не принимаются.
- В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).
- Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.
- Все материалы, поступающие для публикации, подвергаются рецензированию.
- Рецензенты работают со статьей как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора. В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое.
- При представлении материалов в редакцию автором оплачиваются технические затраты (рецензирование, технические расходы) в размере 500 руб. При отрицательной рецензии деньги не возвращаются. После доработки статьи и необходимости повторного рецензирования оплата технических затрат производится повторно.
- Стоимость опубликования материалов, получивших положительную рецензию и принятых редколлегией, составляет 1000 руб. Оплата производится после уведомления автора о принятии его рукописи к публикации.
- Опубликование рукописей аспирантов и членов Российской общественной академии голоса бесплатное.
- Стоимость срочной публикации 3000 руб. (для всех).
- Стоимость редакторских затрат 200 руб. за каждые 1800 знаков (перевод титульной части статьи на английский язык, техническая обработка для системы Российского индекса научного цитирования, вёрстка, корректура и пр.).
- Авторы, являющиеся членами Российской общественной академии голоса, пользуются внеочередным правом опубликования своих рукописей.

ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ, РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ И ОТКЛОНЕНИЯ СТАТЕЙ

Редакция принимает материалы к рассмотрению только при условии выполнения правил их оформления.

Редакция журнала обязана в 2-недельный срок известить автора о получении статьи и направить её рецензенту.

Рецензентом не может быть сотрудник кафедры (клиники, отдела, отделения, лаборатории), в которой выполнена данная работа.

В задачу рецензента входит:

• представить не более чем в месячный срок в редакционную коллегию рецензию на рукопись (в 2 экземплярах);

• оценить основные достоинства и недостатки рукописи, руководствуясь при этом следующими критериями: соответствие содержания профилю журнала, актуальность избранной темы, научный и методический уровень, использование современных методик, новизна и оригинальность основных положений и выводов, практическая полезность;

• высказать в рецензии чёткое суждение о целесообразности публикации рукописи (в полном или сокращенном виде), её отклонении или переработке;

• при рекомендации сокращения или переработки рукописи статьи конкретно указать в рецензии, за счёт чего должна быть сокращена рукопись, что в ней должно быть исправлено, чтобы помочь автору в дальнейшей работе над рукописью;

• в случае отрицательной рецензии чётко аргументировать мотивы отклонения рукописи.

Исправленный автором вариант рукописи при существенных изменениях направляется редакционной коллегией на повторную рецензию. Право окончательного решения вопроса об отклонении, переработке или принятии рукописи статьи остаётся за редакционной коллегией. Редакционная коллегия обязана известить автора о своём решении в течение не более 1 месяца со дня последнего получения от автора рукописи, приложив при этом копию рецензии, если она отрицательного характера или содержит критические замечания.

При публикации статьи указывается дата поступления исправленного варианта рукописи статьи.

Рецензирование анонимное и разглашению не подлежит. При необходимости автор или учреждение имеют право потребовать независимое рецензирование рукописи.

УВАЖАЕМЫЕ ДАМЫ И ГОСПОДА!

Журнал «Голос и речь» готовится в соответствии с критериями ВАК для включения в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени доктора и кандидата наук по таким отраслям науки, как медицина, педагогика, искусствоведение.

В сентябре 2010 г. выйдет в свет второй номер журнала.
Его стоимость 260 рублей.

В 2011 г. периодичность журнала составит 3 раза в год.
Стоимость подписки 720 руб., для членов Российской общественной академии голоса 600 руб., стоимость отдельного номера 260 руб. для всех.

Для подписчиков электронная версия журнала доступна на сайте Научной электронной библиотеки www.elibrary.ru

Возможна подписка только на электронную версию журнала.

Квитанции для оплаты в журнале или на сайте.

НАШИ КОНТАКТЫ:

Сайт Академии: **www.voiceacademy.ru**

Электронный адрес: **foncentr@mail.ru**

Секретарь-референт
Толокольникова Галина Николаевна
Телефон Академии: (495) 726-97-60

Управляющий делами Российской общественной академии голоса
Наумова Евгения Сергеевна
Моб. тел.: 8-903-576-43-99

Специалист по работе с регионами
Курченко Вера Александровна
Моб. тел.: 8-926-698-26-68

Специальный уполномоченный Президиума по работе с региональными отделениями
Позднякова Татьяна Ивановна
Моб. тел.: 8-914-903-07-08

По всем вопросам представления материалов к публикации обращаться к ответственному секретарю редакции Татарченко Елене Александровне

Электронный адрес редакции: **golos.journal@gmail.com**

Телефон редакции: **8-967-087-97-02**

Форма № ПД-4

Извещение

Российская общественная академия голоса Вернадское ОСБ № 7970 г. Москва
(наименование получателя платежа)

7704275340 (ИНН получателя платежа)
40703810838180000075 (номер счета получателя платежа)

Сбербанк России ОАО г. Москва (наименование банка получателя платежа) БИК **044525225**

Номер кор./счета банка получателя платежа **30101810400000000225**

Подписка на журнал "Голос и речь" 2011 г.
(наименование платежа) (учетный номер плательщика)

Ф.И.О. плательщика _____

Адрес плательщика _____

Сумма платежа _____ руб. **00** коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп. "____" _____ 200__г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика _____

Форма № ПД-4

Извещение

Российская общественная академия голоса Вернадское ОСБ № 7970 г. Москв
(наименование получателя платежа)

7704275340 (ИНН получателя платежа)
40703810838180000075 (номер счета получателя платежа)

Сбербанк России ОАО г. Москва (наименование банка получателя платежа) БИК **044525225**

Номер кор./счета банка получателя платежа **30101810400000000225**

Подписка на журнал "Голос и речь" 2011 г.
(наименование платежа) (учетный номер плательщика)

Ф.И.О. плательщика _____

Адрес плательщика _____

Сумма платежа _____ руб. **00** коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп. "____" _____ 200__г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика _____

Форма № ПД-4

Извещение

Российская общественная академия голоса Вернадское ОСБ № 7970 г. Москва
(наименование получателя платежа)

7704275340 (ИНН получателя платежа)
40703810838180000075 (номер счета получателя платежа)

Сбербанк России ОАО г. Москва (наименование банка получателя платежа) БИК **044525225**

Номер кор./счета банка получателя платежа **30101810400000000225**

За журнал "Голос и речь" №2 2010 г.
(наименование платежа) (учетный номер плательщика)

Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа **260** руб. **00** коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп. "____" _____ 200__г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика

Форма № ПД-4

Извещение

Российская общественная академия голоса Вернадское ОСБ № 7970 г. Москв
(наименование получателя платежа)

7704275340 (ИНН получателя платежа)
40703810838180000075 (номер счета получателя платежа)

Сбербанк России ОАО г. Москва (наименование банка получателя платежа) БИК **044525225**

Номер кор./счета банка получателя платежа **30101810400000000225**

За журнал "Голос и речь" №2 2010 г.
(наименование платежа) (учетный номер плательщика)

Ф.И.О. плательщика

Адрес плательщика

Сумма платежа **260** руб. **00** коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.

Итого _____ руб. _____ коп. "____" _____ 200__г.

Кассир

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой за услуги банка, ознакомлен и согласен

Подпись плательщика

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение **6**

Опыт поколений
Оссовская М.П.
«Связь времён. Междисциплинарная интеграция» 8

Крупным планом
Силантьева И.И.
«Душа в заветной лире» 14

Фониатрия и фонопедия
Аникеева З.И., Рудин Л.Б.
«Перспективы развития
фониатрической службы России на современном этапе» 32

**Тезисы докладов мультидисциплинарной
конференции «Голос и здоровье»** 39

Вокальное образование
Агин М.С.
«Перспективы развития
вокального образования на современном этапе» 58

Речевое образование
Бруссер А.М., Оссовская М.П.
«Актуальные проблемы
профессионального речевого образования» 66

Практический блок **74**

Круглый стол
«Кармолис» капли: широкий спектр
терапевтической активности 76

Мастер-класс
Морозов В.П.
«Компьютерная диагностика вокальной одарённости» 81

Информационно-новостной блок
Книжная полка 94
Международный День голоса 96
Календарь мероприятий 98
Повышение квалификации. Семинары. Курсы 107
Международные мероприятия в 2010 году 108
Мастер-классы по фониатрии и фонопедии 109
Правила предоставления материалов к публикации
в журнале «ГОЛОС И РЕЧЬ» 111
Порядок принятия, рецензирования и отклонения статей 114
Контакты 115
Подписка на журнал 116