РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА

ГОЛОС И РЕЧЬ

№1 (13) 2015

Мультидисциплинарный научно-практический журнал

ISSN 2078-8436

ГОЛОС и РЕЧЬ
VOICE and SPEECH

Мультидисциплинарный
научно-практический журнал

Учредитель:
Общероссийская общественная организация
«Российская общественная академия голоса»

ВАКом РФ включён в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук

УДК 08
ББК 95

Основан в 2010 году

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

Главный редактор

Рудин Лев Борисович — кандидат медицинских наук, доцент, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, президент Российской общественной академии голоса, председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов.

Заместитель главного редактора

Оссовская Мария Петровна — заслуженный работник культуры РФ, кандидат филологических наук, доцент, профессор кафедры сценической речи и проректор по учебно-методической и научной работе Театрального института имени Бориса Щукина, вице-президент Российской общественной академии голоса.

Члены редколлегии:

Агин Михаил Суренович — заслуженный деятель искусств РФ, заслуженный работник высшей школы РФ, кандидат педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой сольного академического пения РАМ имени Гнесиных, председатель Всероссийской коллегии вокальных педагогов Российской общественной академии голоса.

Бруссер Анна Марковна — заслуженный работник высшей школы РФ, почётный работник образования г. Москвы, кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина, председатель Всероссийской коллегии речевых педагогов Российской общественной академии голоса.

Вислогузова Маргарита Анатольевна — кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики Московского педагогического государственного университета.

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

Панкова Вера Борисовна — доктор медицинских наук, профессор, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, заведующая отделением клинических исследований и профпатологии Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

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

Отпечатано в ООО «Издательство «Граница»
Тираж 400 экз. Формат 70x100 1/16.
Подписано в печать: 20.04.2015.
Корректор: В. Б. Мурин
Вёрстка: ООО «Издательство «Граница»
Сайт Академии: www.voiceacademy.ru
E-mail Академии: foncentr@mail.ru
Телефон Аппарата Президиума: (495) 726-97-60
Адрес для почтовых отправлений: 123242, Москва, ул. Большая Грузинская, д. 20

© Бруссер А. М., Оссовская М. П., Рудин Л. Б., 2010 — 2015
© Российская общественная академия голоса, 2010 — 2015
© ООО «Издательство «Граница», 2015.

Алмаев Николай Альбертович — доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Института психологии РАН.

Аникеева Зоя Ивановна — лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», доктор медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории Московского детского центра диагностики и лечения имени Н. А. Семашко.

Бачерикова Елена Александровна — кандидат медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, заведующая ЛОР-отделением поликлиники Областной клинической больницы № 1 г. Екатеринбурга.

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

Ефимова Наталья Ильинична — доктор искусствоведения, профессор, проректор по научной работе Академии хорового искусства имени В. С. Попова.

Лаврова Елена Викторовна — лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры дефектологии Московского социально-гуманитарного института.

Медведева Марина Васильевна — заслуженный работник высшей школы РФ, заведующая кафедрой хорового и сольного народного пения РАМ имени Гнесиных, кандидат педагогических наук, профессор, член Российской общественной академии голоса.

Морозов Владимир Петрович — 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 имени П. И. Чайковского, почётный член Президиума Российской общественной академии голоса.

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

Степанова Юлия Евгеньевна — доктор медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, 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, член Президиума Российской общественной академии голоса.

Штода Наталья Николаевна — кандидат искусствоведения, профессор кафедры сценической речи Высшего театрального училища (института) имени М. С. Щепкина, член Российской общественной академии голоса.

Шульга Игорь Андреевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии Росздрава.

МЕДИЦИНА

УДК: 616.21:612.78

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОРТАНИ ПРИ ПАХИДЕРМИИ МЕЖЧЕРПАЛОВИДНОЙ ОБЛАСТИ

© Дайхес Н. А.[1], Ханамиров А. А.[2], Иванченко Г. Ф.[3], 2015

1 — д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»;

2 — аспирант научно-клинического отдела заболеваний гортани ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н. А. Дайхес);

3 — д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-клинического отдела заболеваний гортани ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор — проф. Н. А. Дайхес)

В статье представлены результаты исследования, посвящённого изучению состояния голосового аппарата при пахидермии гортани. К использованным методам относились видеоларингостробоскопия, непрямая микроларингоскопия, акустический анализ голоса, которые показали свою значимость в комплексном обследовании при пахидермии гортани.

Ключевые слова: хронический гиперпластический ларингит, пахидермия межчерпаловидной области, клинико-функциональное состояние гортани.

Библиография: 12 источников.

CLINICAL AND FUNCTIONAL STATE OF LARYNX WHEN PACHYDERMIA IN INTERARYTENOID REGION

© Dayhes N. A.[1], Hanamirov A. A.[2], Ivanchenko G. F.[3], 2015

1 — Higher doctorate, Professor, Director of the FSBI «Federal Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia»;

2 — post-graduate of department of the larynx FGBI «Federal Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia» scientific and clinical diseases (Director — prof. Dayhes NA);

3 — Higher doctorate, Professor, Chief Researcher of Clinical Research Department of the larynx diseases of FGBI «Federal Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia» (Director — prof. Dayhes NA)

The article presents the results of research devoted to the study of the larynx vocal apparatus state when pachydermia. Videolaringostroboskopy, indirect mikrolaringoskopy and acoustic voice analysis methods were used. They showed their importance in the complex examination of larynx when pachydermia.

Key words: chronic hyperplastic laryngitis, pachydermia of interarytenoid region, clinical and functional state of the larynx.

Bibliography: 12 sourses.

Хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ) — это одно из самых распространённых заболеваний гортани и составляет около 8% от всей патологии ЛОР органов. Одной из форм ХГЛ является так называемый «задний ларингит» [5, 6], который часто проявляется в виде опухолевидного образования в межчерпаловидной области, так называемая «пахидермия гортани». Хотя первые упоминания об этих процессах датируются концом XIX века, до сих пор недостаточно изучены этиология, дифференциально-диагностические критерии, морфологические характеристики, способы лечения данной патологии.

Впервые термин «пахидермия гортани» (ПГ) был употреблён Р. Вирховым в 1887, когда он описывал углубления в области голосового отростка черпаловидного хряща, которые соответствовали тому участку, где слизистая оболочка прочно прикрепляется к подлежащей ткани. Те секционные находки в виде «веррукозной» пахидермии алкоголиков Р. Вирхов объяснял привычкой петь грубым гортанным голосом [9]. Ф. Ф. Заседателев называл пахидермию гортани «роковой болезнью» для певцов, и описывал её как гипертрофические изменения слизистой оболочки межчерпаловидной области гортани, к которым вскоре присоединяются изменения в мышечном аппарате гортани. По его мнению всякое, даже незначительное утолщение задней стенки гортани ведёт к переутомлению голоса и охриплости [1].

В настоящее время под термином «пахидермия гортани» подразумевается утолщение эпителия слизистой оболочки задней стенки гортани между черпаловидными хрящами, нередко с формированием очагов кератоза, которое создаёт препятствие для полного смыкания голосовых складок при фонации [2, 3]. Многие авторы рассматривают ПГ как крайнюю степень гортанных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [7, 11].

В связи с тем, что основное внимание при осмотре гортани уделяется голосообразующим структурам, а именно голосовым складкам, которые при данной патологии остаются интактными, патологический процесс в межчерпаловидной области остаётся незамеченным, что зачастую ведёт к неправильной постановке диагноза.

В настоящее время сочетание стробоскопии с эндоскопией и видеотехникой при диагностике патологии гортани стало обыденным явлением. Такие методики являются гораздо более совершенными в плане существенно важной диагностической информации [8]. В дополнение к результатам стробоскопии всё большее значение имеет исследование акустических параметров голоса пациента. Так, наряду с субъективной оценкой качества голоса GRABSI [3], используются такие объективные методы, как фонетография и определение коэффициента степени дисфонии DSI [10, 12], который является объективным и был получен на основании множественного анализа данных измерения и методов поэтапного анализа.

Цель исследования: разработка оптимального алгоритма диагностики ПГ на основании оценки клинической картины и функционального состояния гортани.

Объект и методы. В исследование включено 50 пациентов с ПГ, среди которых 25 мужчин и 25 женщин. Возраст пациентов от 28 до 56 лет, средний возраст 42 года. Исследование включало подробный сбор анамнеза и жалоб пациентов, общий оториноларингологический осмотр, жёсткую видеоларингоскопию (телеларингофарингоскоп Hopkins 8706 CA 70°), микроларингоскопию (операционный микроскоп), видеоларингостробоскопию. Видео и фото архивация данных производилась с помощью видеоэндокамеры с компактной архивирующей системой, сопряженной с персональным компьютером, изображение выводили на экран монитора и производили видеозапись.

Особое внимание уделялось изучению акустических характеристик голоса, для оценки которых использовался субъективный метод анализа качества голоса GRBASI, а также акустический анализ голоса с примене-

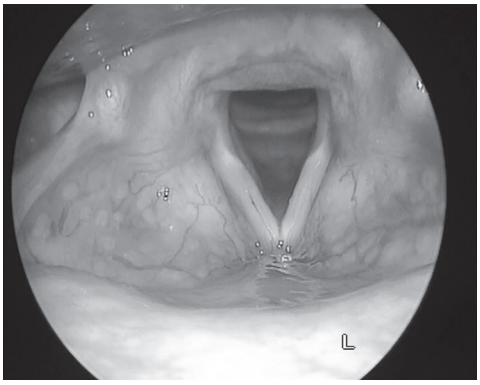


Рис. 1. **Валикообразная гиперплазия слизистой оболочки межчерпаловидной области гортани при интактных голосовых складках**

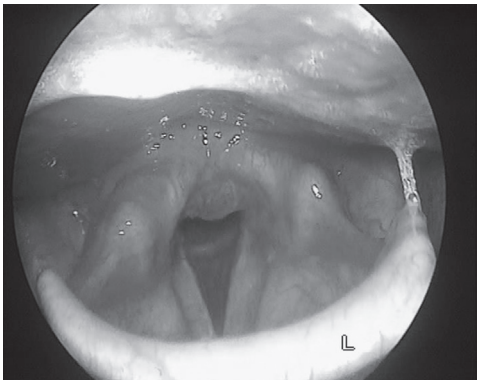


Рис. 2. **Пахидермия межчерпаловидной области с бугристой поверхностью и признаками кератоза**

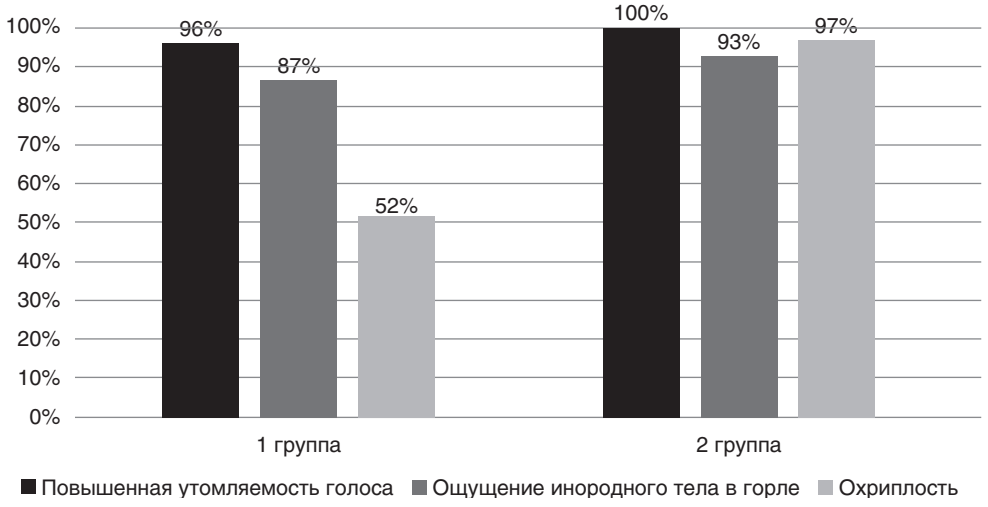


Рис. 3. **Распределение жалоб по частоте встречаемости**

нием специализированного программного обеспечения. Индекс DSI высчитывался автоматически на основании нескольких параметров голоса: время максимальной фонации (MPT), самая высокая фундаментальная частота (F0-высокая), наименьшая интенсивность в дБ для уровня звукового давления SPL, дрожание (Jitter) в %.

Результаты и их обсуждение. Пациенты предъявляли жалобы на ощущение инородного тела в горле, уменьшение голосового диапазона, быструю утомляемость голоса и периодическую охриплость.

Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 1 года. 58% (29 пациентов) отмечали наличие изжоги, 34% (17 пациентов) предъявляли жалобы на «ощущение стекания слизи по задней стенке глотки». Все пациенты проходили лечение у оториноларингологов с незначительным эффектом.

В 42% случаев (21 пациентов) выявлены признаки хронического тонзиллита, у 36% (18 пациентов) имелся хронический вазомоторный ринит.

При микроларингоскопии у всех пациентов наблюдались воспалительные изменения слизистой оболочки межчерпаловидной области гортани разной степени выраженности. Так, в 46% (23 пациентов) случаев наблюдалась валикообразная гипреплазия слизистой оболочки с ровной поверхностью, а в 54% (27 пациентов) случаев имела место значительная гиперплазия слизистой оболочки с бугристой поверхностью и очагами с белесоватым оттенком, локализованные в межчерпаловидной области (рис. 1, 2).

Во всех случаях голосовые складки оставались интактными, но при фонации отмечалось неполное их смыкание у 60% (30 пациентов). Степень

Таблица 1

Распределение пациентов по степени тяжести дисфонии при субъективной оценке качества голоса

	Степень тяжести дисфонии (GRBASI)			
	G0	G1	G2	G3
1 группа	7	16	0	0
2 группа	0	12	15	0

гиперплазии слизистой оболочки напрямую коррелировала с длительностью заболевания и тяжестью предъявляемых жалоб, что позволило нам разделить пациентов на 2 группы. Первая группа пациентов составила 23 пациента, вторая группа состояла из 27 пациентов. Распределение жалоб в обеих группах пациентов представлено на рисунке 3.

При видеоларингострбоскопии оценивали амплитуду и симметричность колебаний голосовых складок, фонаторная подвижность, смещение слизистой волны, смыкание голосовых складок. Так, неполное смыкание голосовых складок в задней трети в виде треугольной щели с основанием в межчерпаловидной области наблюдалось у 14 пациентов 1 группы и 25 пациентов 2 группы. При этом амплитуда и симметричность колебаний голосовых складок была сохранена.

При субъективной оценке голоса в первой группе у 30% (7 пациентов) степень голосовых нарушений составляла G0, а в 70% (16 пациентов) составляла G1 по шкале GRBASI. При субъективной оценке голоса во второй группе у 44% (12 пациентов) степень голосовых нарушений составляла G2, у 56% (15 пациентов) составляла G1 по шкале GRBASI (таб. 1).

При проведении акустического анализа голоса у пациентов 1-й группы имелись отклонения значений мерцания (shimmer), дрожания (jitter) от

Таблица 2

Распределение пациентов по степени тяжести дисфонии при объективной оценке качества голоса

Индекс тяжести дисфонии (DSI)	Группы	
	1 группа	2 группа
Дисфонии нет	5	0
Лёгкая дисфония: единичные кратковременные эпизоды дисфонии	18	17
Дисфония лёгкой/средней степени: нечастые периоды нарушения фонации или лёгкая постоянная дисфония	0	10
Умеренная дисфония: голосообразование возможно, однако отмечаются частые периоды дисфонии	0	0
Постоянная дисфония: единичные периоды фонации, возможны периоды афонии	0	0
Тяжелая стойкая афония: голос отсутствует, фонация невозможна	0	0

нормальных. Индекс тяжести дисфонии (DSI) более +4,4 (норма) выявлен в 22% (5 пациентов), от +3,4 до +4,3 (лёгкая степень охриплости) выявлен в 78% (18 пациентов) первой группы.

При проведении акустического анализа голоса у пациентов 2-й группы имелись значительные отклонения значений мерцания (shimmer), дрожания (jitter) от нормальных. Индекс тяжести дисфонии (DSI) от +3,4 до +4,3 (лёгкая степень охриплости) выявлен в 63% (17 пациентов), от +2,3 до +3,3 (умеренная степень охриплости) выявлен у 37% (10 пациентов) второй группы (таб. 2).

Таким образом, у 90% пациентов с пахидермией межчерпаловидной области гортани имелись голосовые нарушения той или иной степени выраженности, что было вызвано затруднением смыкания голосовых складок в задних отделах за счёт наличия массы ткани между черпаловидными хрящами, что требовало значительно больших усилий со стороны мышц аддукторов гортани для сближения черпаловидных хрящей.

ВЫВОДЫ:

1. Даже при использовании современной эндоскопической техники, диагностика пахидермии гортани зачастую бывает затруднена, так как она локализуется в «тёмной зоне» гортани.
2. ПГ имеет чётко выраженные микроларингоскопические признаки, позволяющие выделить 2 степени тяжести течения.
3. Степень тяжести ПГ коррелирует с длительностью течения заболевания и наличием сопутствующей патологии.
4. Подавляющее большинство больных ПГ имеют нарушение голосовой функции, проявляющееся охриплостью различной степени выраженности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Заседателев Ф. Ф.* Болезни голоса певцов и их лечение. С включ. муз. акустики, физиологии и гигиены голоса. С 12-ю рис. в тексте. М. : Отделение московской типо-литографии Ю. Прок, 1908. 136, II с.
2. *Погосов В. С., Триантафилиди И. Г.* Доброкачественные и злокачественные опухоли гортани. Москва, 1967. 151 с.
3. *Isshiki N., Okamura H., Tanabe M., Morimoto M.* Differential diagnosis of hoerseness // Folia Phoniatr. 1969. №21. P. 9—19.
4. *Kleinsasser O.* Microlaryngoscopy and endolaryngeal microsurgery / trans. by Hoffman P. W — Philadelphia, London, Toronto: W. B. Saunders company, 1968. 128 p.

5. *Koufman J. A., Amin M. R., Panetti M.* Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2000. №123(4). P. 385—388.

6. Posterior laryngitis: a disease with different aetiologies affecting health-related quality of life: a prospective case-control study // H. Pendleton [et al.]. BMC Ear Nose Throat Disord. 2013 Sep 9. №13(1). P. 11.

7. *Qadeer M. A.* Correlation between symptoms and laryngeal signs in laryngopharyngeal reflux // Laryngoscope. 2005. №115. P. 1947—52.

8. *Schneider B., Wendler J., Seidner W.* Zur Bedeutung der stroboskopie bei der klassifizierung funktioneller dysphonien (Abstract) // HNO. 1998. №46. P. 465.

9. *Virchov R.* Berl Klin Wschr. 1887. Vol. 24. P. 585-598.

10. *Wendler J., Rauhut A., Krueger H.* Classification of voice qualities // J. Phonet. 1986. №14. P. 483.

11. *Williams R. B. et al.* Predictors of outcome in an open label, therapeutic trial of high-dose omeprazole in laryngitis // Am. J. Gastroenterol. 2004. №99 (5). P. 777—85.

12. *Wuyts F. L.* The dysphonia severity index: an objective measure of vocal quality based on multuparameter approach // Journal of speech, language and hearing research. 2000. №43. P. 796.

Связь с авторами:
Иванченко Геннадий Фёдорович,
ivanchenkolor@rambler.ru
Ханамиров Александр Александрович,
shurik-lor@yandex.ru

УДК: 616.21:612.78

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

© Казарина О. В., 2014

врач-оториноларинголог ООО «Клиника Льва Рудина»
(генеральный директор – президент Общероссийской общественной организации «Российская общественная академия голоса»,
канд. мед. наук, доцент Л. Б. Рудин)

Заболевания голосового аппарата, в частности гортани, являются актуальной проблемой современной оториноларингологии в связи с ростом нагрузки на голосовой аппарат у детей в условиях технического прогресса. Оказание квалифицированной помощи лицам с патологией голосового аппарата является важной задачей современной оториноларингологии и фониатрии. **Целью исследования** явилось изучение и оценка уровней и структуры заболеваемости гортани по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие фониатрическую помощь детям. Результаты исследования свидетельствуют о значительных вариациях показателей заболеваемости голосового аппарата в регионах Российской Федерации, что связано с различиями в доступности фониатрической помощи, материальном оснащении и кадровом обеспечении профильных подразделений медицинских учреждений.

Ключевые слова: заболевания голосового аппарата у детей, патология гортани, фониатрическая помощь детям, заболеваемость, Российская Федерация.

Библиография: 10 источников.

VOICE DISORDERS IN CHILDREN

© Kazarina O. V., 2014

otolaryngologist, clinic of Lev Rudin
(Chief – President of the Russian Voice Academy, otolaryngologist, PhD, L. Rudin)

Voice disorders are social diseases. This fact is due to the increasing voice load of children in the modern conditions of technical progress. Skilled care to patients with voice pathology is an important task for Otorhinolaryngology and Phoniatrics. Objective of the study was to assess the level and the structure of larynx morbidity in Phoniatrics centers of Russia. The levels of voice disorders are different in the regions of the Russian Federation due to the regional differences in the availability of Phoniatrics care, equipment and human resources of profile departments in medical centers.

Keywords: voice disorders in children, laryngeal pathology, Phoniatrics care, morbidity, Russian Federation.

Bibliography: 10 sources.

Профилактика, ранняя диагностика и лечение нарушений голоса у детей и подростков являются актуальными задачами оториноларингологии и фониатрии на современном этапе. Нарушения голоса затрудняют процесс коммуникации и обучения, оказывают влияние на общее развитие детей и подростков, их нервно-психическое состояние [5].

Частота нарушений голосообразования у детей достаточно велика. По данным разных авторов, изменения голоса в детском возрасте встречаются в 6—34% случаев и имеют тенденцию к увеличению [1, 9, 10] Основные факторы, приводящие к нарушению голосовой функции, — частые заболевания органов дыхания (респираторные аллергозы, бронхиальная астма, заболевания полости носа, околоносовых пазух и носоглотки), высокая голосовая нагрузка, рост процента курильщиков среди детей [2].

Важным фактором в диагностике заболеваний гортани является наличие необходимого современного оборудования: видеоларингостробоскопа и набора эндоскопов — ригидного и фиброларингоскопа. Благодаря проведению видеоларингостробоскопии возможна оценка анатомического и функционального состояния гортани и дифференциальная диагностика патологических изменений [8]. В практике врача, оказывающего помощь детям, необходимым является применение фиброларингоскопа, что позволяет произвести осмотр гортани, в том числе у новорождённых [4].

Целью исследования было проведение анализа уровня заболеваемости патологией гортани детского населения по обращаемости в подразделения, оказывающие фониатрическую помощь.

В ходе исследования решались следующие **задачи**:

1) проанализировать уровень и структуру заболеваний гортани, выявленных в подразделениях, оказывающих фониатрическую помощь;
2) сравнить данные о структуре заболеваемости в зависимости от обеспеченности подразделений оборудованием, необходимым в работе врача, оказывающего фониатрическую помощь.

Материалы и методы

Нами была получена информация об уровне заболеваемости по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения 29 субъектов Российской Федерации, в составе которых имелись подразделения по оказанию помощи детям с заболеваниями голосового аппарата. В ходе работы проанализированы сведения журналов учёта посещений, статистических талонов формы 025-12/у об уровне и структуре заболеваний гортани за период 2008—2012 годов. Для анализа применялись методы описательной статистики с использованием пакета статистических программ SPSS17.0 для Windows.

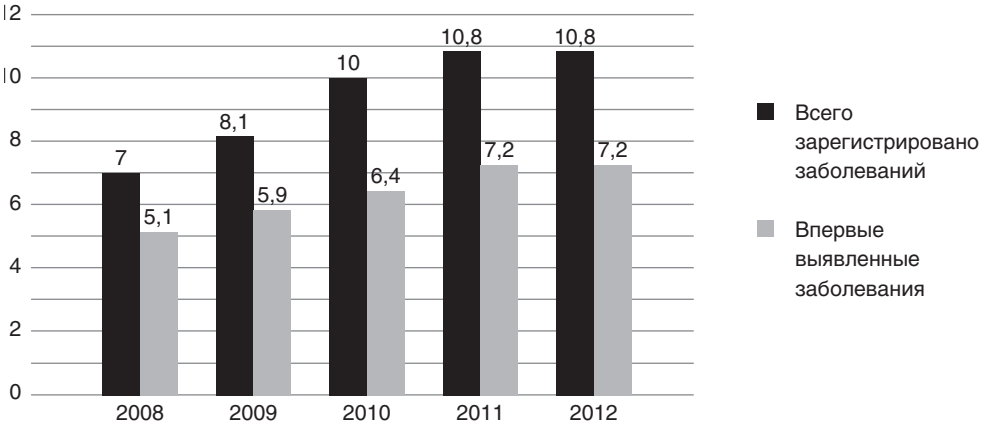


Рис. 1. **Средние показатели зарегистрированных заболеваний среди детей по обращаемости в подразделения, оказывающие фониатрическую помощь, в 2008–2012 годах в 29 субъектах РФ, на 10 тыс. населения**

Результаты и обсуждение

Среди детей средние показатели заболеваемости были низкими, что связано в первую очередь с низкой доступностью детской фониатрической помощи в регионах. Первичная заболеваемость составила 5,1 на 10 тыс. населения в 2008 году и увеличилась до 7,2 на 10 тыс. населения в 2011 году (рис. 1). Кроме того, оториноларингологи детских учреждений здравоохранения зачастую не владеют навыком осмотра гортани, что значительно затрудняет диагностику патологических состояний [5]. Для осмотра гортани у детей необходимо специализированное оборудование, которое имеется в единичных лечебно-профилактических учреждениях в субъектах Российской Федерации.

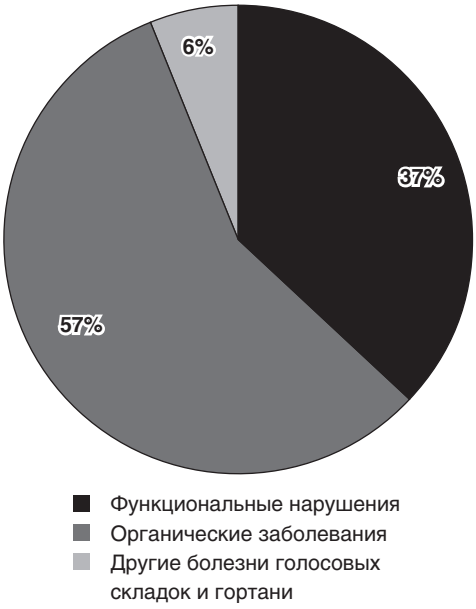


Рис. 2. **Структура первичной заболеваемости среди детского населения, %**

Средний темп прироста первичной заболеваемости среди детей составил 57% за период 2008–2012 годов. Максимальные значения прироста наблюдались в 2010 году и составили 23,5%. Это было обу-

Таблица 1

Структура впервые выявленных заболеваний гортани среди детей в 2012 году, %

Заболевания	ЦФО*	ЮФО	СЗФО	ДВО	СФО	УФО	ПВО	СКФО
Афония	0,6	1,9	2,9	3,2	7,2	0,8	1,7	2,5
Дисфония функциональная	13,6	6,8	8,3	15	11,2	8,4	6,9	13,9
Дисфония мутационная	19,2	31,4	20,9	9,6	13,7	39,1	10,5	34,4
Доброкачественные новообразования	3,5	2,9	2,4	2,7	4,3	1,1	1	0,2
Хронический ларингит	8,7	18,8	11,5	4,3	3,5	0,5	7,4	1,5
Острый ларингит	12,2	30,4	5,4	28,9	30,4	13,9	52,6	44,5
Аномалии строения гортани	4,5	0	9,4	1,1	0,5	2,9	1,2	0
Полипы голосовых складок	1,6	0,5	2,2	5,8	1,7	1,6	0,7	0
Узелки голосовых складок	28,5	6,3	35,9	15	21	31,3	6,7	2,8
Папилломатоз гортани	4,7	1,0	0,8	2,1	1,1	0,4	2,4	0,2
Другие заболевания голосовых складок и гортани	2,9	0	0,3	12,3	5,4	0	8,9	0
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100

* Федеральные округа: ЦФО – Центральный, ЮФО – Южный, СЗФО – Северо-Западный, ДВО – Дальневосточный, СФО – Сибирский, УФО – Уральский, ПВО – Приволжский, СКФО – Северо-Кавказский.

словлено активным развитием оказания фониатрической помощи в Московском регионе с 2009 года, а также улучшением кадрового обеспечения подразделений в Томской и Астраханской областях.

В структуре зарегистрированных заболеваний в целом по исследуемым субъектам преобладала органическая патология (рис. 2), на долю которой пришлось 57%. Количество функциональных нарушений гортани среди детей составило 37% от общего числа.

По данным Ю. Е. Степановой [6], на долю органических изменений гортани и голосовых складок приходится более 70% случаев заболеваний. По результатам исследования Т. И. Гаращенко и Е. Ю. Радциг [3] лишь у 30% обратившихся диагностирована органическая патология, большее

количество обследованных имели функциональные нарушения голоса. Такие значительные отличия в структуре нарушений голосообразования, вероятнее всего, связаны с техническими возможностями подразделений, где оказывается фониатрическая помощь, и контингентом обратившихся за помощью. Другие заболевания гортани и голосовых складок в структуре заболеваний составили 6%. Выделение данной нозологической единицы в отдельную долю обусловлено тем, что в её состав в различных регионах включались как функциональные нарушения, так и органические заболевания, что свидетельствует об отсутствии единой классификации заболеваний голосового аппарата.

В федеральных округах картина структуры заболеваемости отличалась значительной вариабельностью (табл. 1). Среди функциональной патологии наиболее часто встречалась мутационная дисфония (13—40%). Уровень выявляемости узелков голосовых складок был наиболее высоким в Центральном (28,5%), Северо-Западном (35,9%) и Уральском (31,3%) федеральных округах. И несмотря на то, что, по данным литературы [4, 6], это самая часто встречающаяся патология среди детей, обратившихся за фониатрической помощью, в структуре заболеваемости Южного, Приволж-

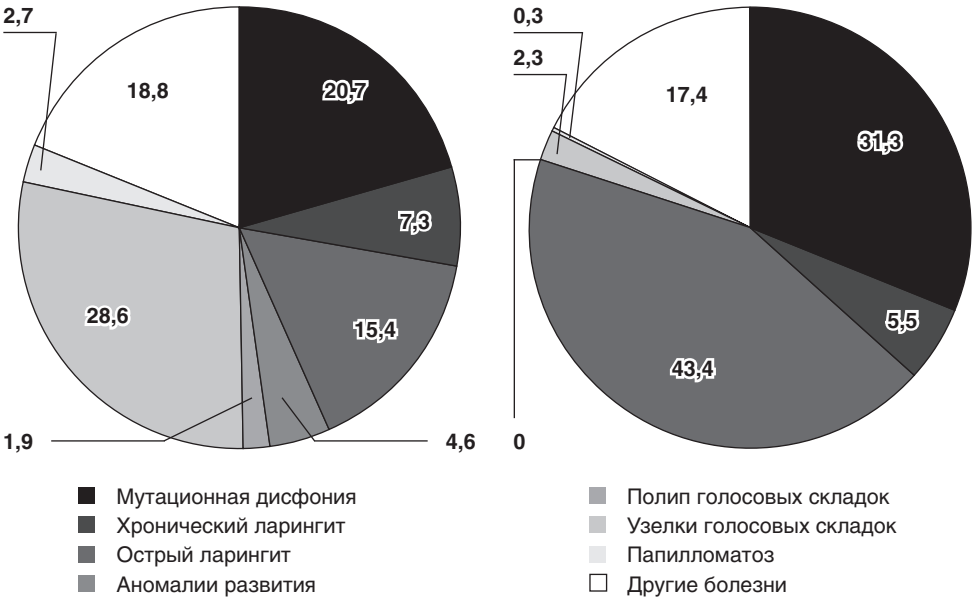


Рис. 3. **Структура впервые выявленных заболеваний среди детей в регионах, имеющих и не имеющих специализированное оснащение подразделений, %**

ского и Северо-Кавказского округов данный показатель не превышал 10% от общего числа выявленных заболеваний. Это свидетельствует о погрешностях в диагностике заболеваний гортани.

При рассмотрении структуры заболеваемости в субъектах в зависимости от наличия специализированного оборудования (рис. 3), под которым подразумевались все виды стробоскопических аппаратов (электронные, видео и компьютерные системы), необходимых в деятельности оториноларинголога, оказывающего фониатрическую помощь, были отмечены различия. Так, в подразделениях, не имеющих техники, чаще диагностировались острые воспалительные заболевания (43,4%), функциональные (13,1%) и мутационные (31,3%) дисфонии. Аномалии строения гортани и полипы голосовых складок в структуре не были представлены в связи с трудностями осмотра гортани у детей. В регионах, где подразделения укомплектованы необходимой техникой, чаще выявлялись новообразования гортани (доброкачественные — 3%, папилломатоз — 2,8%), узелки голосовых складок (28,6%), аномалии строения гортани (4,6%).

ВЫВОДЫ

1. Выявляемость заболеваний голосового аппарата среди детей невысока, что обусловлено низкой доступностью фониатрической помощи, малой информированностью населения о наличии специалистов данного профиля в регионах.
2. Структура заболеваний гортани в федеральных округах имеет значительные различия, что связано с квалификацией специалистов, владением навыком осмотра гортани у детей, наличием специализированного оснащения кабинетов.
3. Наличие специализированного оборудования в практике врача, оказывающего фониатрическую помощь, позволяет улучшить диагностику функциональной и органической патологий гортани.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Василенко Ю. С.* Голос. Фониатрические аспекты. М. : Энергоиздат, 2002. 481 с.
2. *Вильсон Д. К.* Нарушения голоса у детей. М. : Медицина, 1990. 447 с.
3. Гаращенко Т. И., Астахова Е. С., Радциг Е. Ю. Роль эндоскопии в диагностике заболеваний гортани у детей // Рос. оториноларингология. 2002. № 1. С. 25—27.

4. *Краснова Н. В.* Современные подходы в диагностике и лечении органических и функциональных нарушений голоса у детей и подростков : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.

5. *Орлова О. С.* Нарушения голоса у детей : учеб. пособие. М. : Астрель, 2008. 220 с.

6. *Степанова Ю. Е.* Этиологические, патогенетические и клинические основы нарушений голоса у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2005. 39 с.

7. *McAllister A., Sjölander P.* Children's voice and voice disorders // Semin Speech Lang. 2013. № 2 (34). P. 71—79.

8. *Schneider-Stickler B.* Voice disorders in childhood // HNO. 2012. № 7 (60). P. 590—594.

9. *Tavares E. L., Brasolotto A.* Epidemiological study of dysphonia in 4—12 year-old children // Braz J. Otorhinolaryngol. 2011. № 6 (77). P. 736—746.

10. *Zhonghua Er Bi Yan, Hou Tou Jing, Wai Ke Za Zhi.* Analysis of the causes of 117 infants with persistent hoarseness // Xu ZM. 2011. № 4 (46). P. 275—278.

Связь с автором
Казарина Ольга Витальевна
Телефон рабочий: 8-495-726-97-60
olga-kazarina@yandex.ru

УДК: 612.78:7.091

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВИДЫ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОКАЛИСТОВ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФОНИЙ

© Рудин Л. Б., 2015

канд. мед. наук, доцент, президент Общероссийской общественной организации «Российская общественная академия голоса»

Данная статья посвящена систематизации и анализу различных видов трудовой деятельности вокалистов в контексте особенностей голосовых нагрузок в их процессе, уточнена зависимость обращаемости вокалистов за специализированной фониатрической помощью от выполнения того или иного вида творческой работы. Полученные данные свидетельствуют в пользу комплексного подхода к понятию «голосовая нагрузка», имеют значение для определения принципов её оптимизации.

Ключевые слова: профессиональные виды трудовой деятельности вокалистов, дисфония, профилактика дисфоний, голосовая нагрузка, занятие с концертмейстером, занятие с вокальным педагогом, мизансценическая репетиция, оркестровая репетиция, прогон, генеральный прогон, саундчек, спектакль, сольный концерт, участие в концерте, ведение мероприятий, рабочие смены в ресторанах, караоке.

Библиография: 15 источников.

PROFESSIONAL TYPES OF VOCALISTS' WORK AND DEVELOPMENT OF DYSPHONIA

© Rudin L. B., 2015

PhD in medical science, assistant professor, president of All-Russian Public Academy of Voice

This article focuses on the systematization and analysis of different types of vocalists work in context of features of loads on vocalists' voices in process. The dependence of vocalists' compliances for specialized phonetic help after performing a particular type of creative work is refined. These data support a comprehensive approach to the concept of "voices loads", they are important in determining the principles of its optimization.

Keywords: professional types of vocalists work, dysphonia, dysphonia prevention, voice loads, training with an accompanist, vocal training with the teacher, stage rehearsal, an orchestral rehearsal, run, general run, sound check, play, recital, solo concert, conducting of events, working shifts in restaurants with karaoke.

Bibliography: 15 sourses.

Возникновение дисфоний у вокалистов во многом связано с рядом специфических производственных факторов, имеющих место в их творческой деятельности. С одной стороны — это состояние самого места работы (пыль декораций, грим, инсоляция, воздухообмен и другие показатели грим-уборных, сцены), с другой — степень голосовых нагрузок и их распределение. Гигиеническим характеристикам помещений посвящено не мало исследований [1, 4, 7, 8 и др.], в том числе по улучшению их акустических свойств с целью снижения нагрузки на голосовой аппарат [9-12].

Не менее важной составляющей является грамотное распределение голосовых нагрузок в процессе трудовой деятельности вокалистов в течение дня, недели, месяца, сезона. Проблема норм вокальных нагрузок до сих пор остаётся нерешённой и крайне актуальной. Решение её сопряжено с многочисленными специфическими особенностями трудовой деятельности вокалистов, различными производственными факторами, а так же с самим способом измерения степени голосовой нагрузки [2, 3, 5, 13].

З. И. Аникеева [1] отмечает, что согласно охранным голосовым нормам, принятым в 1928 г. и пересмотренным в 1940-е гг., для солистов оперы предусматривается ежедневное пение не более 2-х часов в день и участие артиста не более, чем в 7 спектаклях в месяц. Труд солистов второго плана складывается из участия в 12 спектаклях в месяц. Недопустимо исполнение 3-х спектаклей подряд, а 2 подряд допустимо в том случае, когда в одной из них партия эпизодична.

Артистам филармонии рекомендуется исполнять не более 14 концертов в месяц. Для артистов хора допустима нагрузка до 4-х академических часов в день с перерывами 15-20 минут.

Рост заболеваемости гортани при вокальных нагрузках, особенно при их бессистемности, очевиден. Это отражено во многих исследованиях [1, 2, 3, 6, 13, 14, 15]. При этом в медицинских публикациях авторы отталкиваются в основном от клинико-функционального состояния гортани, стаже-возрастных критериев, условий труда и некоторых других. Однако, как показывает практика, не менее важным условием для оптимизации голосовых нагрузок является учёт вида театрально-концертной работы, которая совершается вокалистом. Ни в отечественной, ни в зарубежной литературе мы не нашли специальных публикаций на этот счёт.

Цель исследования: изучить и проанализированы виды трудовой деятельности вокалистов.

Задачи исследования:

- изучить расписание репетиционного процесса музыкального театра,
- изучить индивидуальные графики солистов,
- интервьюировать солистов театра и артистов эстрадного вокального жанра на предмет поставленной цели,
- оценить обращаемость в фониатрический кабинет при различных видах вокально-производственной деятельности.

Полученные результаты. Профессиональными видами трудовой деятельности вокалистов являются: самостоятельная работа, занятие с концертмейстером, занятие с вокальным педагогом, мизансценическая репетиция,

оркестровая репетиция, прогон, генеральный прогон, саундчек, спектакль, сольный концерт, участие в концерте, ведение мероприятий, рабочие смены в ресторанах, караоке.

Каждый из этих форм работы имеет свои характерные задачи и особенности в плане голосовых, физических и эмоциональных затрат.

Обращаемость за специализированной фониатрической помощью после определённых форм трудовой деятельности выглядит следующим образом (таблица 1).

Следует отметить, что возникновение тех или иных патологических изменений в гортани, и соответственно обращаемость к врачу-фониатру, провоцировалась в основном многократным повторением вокального материала, заучиванием сложных мест, бесконтрольное пение верхних нот диапазона и пр. при самостоятельной работе, работе с концертмейстером, вокальным педагогом, на прогонах и оркестровых репетициях. Всегда усугубляли картину иные сопутствующие факторы — явления ОРВИ, месячные, малая продолжительность сна на кануне и др. Обращения вокалистов после спектаклей, генеральных прогонов, сольных концертов, рабочих смен в большинстве случаев были связаны с голосовой нагрузкой на фоне тех же сопутствующих

Таблица 1

Обращаемость вокалистов к врачу-фониатру после определённых форм трудовой деятельности

форма трудовой деятельности	всего участников	из них обратившихся за фониатрической помощью
самостоятельная работа	50	28 (56%)
занятия с концертмейстером	50	21 (42%)
занятия с вокальным педагогом	50	19 (38%)
мезансценическая репетиция	50	------
оркестровая репетиция	50	18 (36%)
прогон	50	21 (42%)
генеральный прогон	50	9 (18%)
саундчек	20	2 (10%)
спектакль	50	11 (22%)
сольный концерт академический	25	6 (24%)
сольный концерт эстрадный	40	26 (65%)
участие в концерте	30	5 (16,6%)
ведение мероприятий (смешанный характер голосовой нагрузки)	18	4 (22%)
рабочая смена в ресторанах, караоке	30	17 (56,6%)

факторов, либо если вокальная работа совершалась уже на не вполне здоровом состоянии гортани. На фоне относительно полного здоровья и благополучия у вокалистов патология гортани возникала в основном после голосовых эксцессов.

Самостоятельная работа вокалиста заключается либо в повторении уже известного материала, либо разучивании нового.

Разучивание предполагает полное «погружение» в новое произведение (партию), запоминание как словесного, так и музыкального текста, темпоритма, проработку динамических оттенков и прочей нюансировки в соответствие со смысловой стороной произведения.

Технология разучивания индивидуальна. Некоторые начинают выучку «про себя», внутренне осмысляют контекст, и только потом «впевают в голос». Другие сразу разучивают голосом.

При любой манере разучивания мы констатировали не соблюдение вокалистами временных параметров голосовых нагрузок, большинство из них при самостоятельной работе ориентируется на субъективное ощущение голосового утомления, что и приводило к прекращению занятий. В меньшей степени артисты ориентировались на строгие временные рамки.

Таким образом, разучивание часто носит спешный характер, связанный, в основном, с недостатком времени, необходимости срочного ввода в партию, исполнения заказных произведений, пополнения репертуара.

В процессе самостоятельной работы могут отмечаться многократные повторения одних и тех же мест произведения, как правило сложных в ритмическом и / или интонационном плане. Часто многократно повторяются высокие ноты. Именно эти обстоятельства чаще других приводят к более или менее выраженным клинико-функциональным изменениям в гортани. Обращаемость составила 56%. При этом она по сравнению с другими видами работ достоверно выше ($p < 0,05$), за исключением занятий с концертмейстером и прогоном, где достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, самостоятельная работа часто предполагает значительные голосовые затраты наряду с такими видами работ, как работа с концертмейстером и прогон.

Занятия с концертмейстером являются важнейшим компонентом творческой жизни вокалистов и основным видом их работы, особенно в оперном театре. Работа с концертмейстером в театре и в процессе обучения носит практически ежедневный характер. Выученный самостоятельно вокальный материал теперь прорабатывается вслух под аккомпанемент. Также может отмечаться многократное повторение сложных мест, однако упор делается на создание целостной музыкальной формы произведения. У исполнителя отмечается значительная голосовая нагрузка, обращаемость порядка 42%.

Занятие с вокальным педагогом являются основным видом голосовой нагрузки у студентов-вокалистов. Как правило обучения в музыкальном колледже, а затем в вузе (консерватории, институте искусств и др.) оказывается недостаточным для освоения всех вокально-технических тонкостей, поэтому начинающие певцы ещё более или менее продолжительное время занимаются с педагогами. Постепенно кратность этих занятий уменьшается и затем

они носят консультативный характер. Занятия с вокальным педагогом предполагают работу над координацией всех отделов голосового аппарата, техническое совершенствование. Несмотря на значительную голосовую нагрузку реакция гортани бывает умеренной, т. к. певческий процесс контролируется педагогом. Обращаемость порядка 38%. Только лишь при неадекватных, антифизиологичных педагогических подходах возникает выраженный патологический процесс. В таких случаях учащиеся констатируют быструю голосовую утомляемость, болевые ощущения в области шеи, гортани, сужение тонового и / или динамического диапазона.

Вышеперечисленные виды вокальной работы носят индивидуальный характер, предполагают прежде всего выучку нового материала или повтор старого и предшествуют репетиционному процессу.

Во время репетиционного процесса происходит полное создание спектакля, включающее разработку и раскрытие режиссёрского замысла через все театральные компоненты — от актёрской игры до работы всех постановочных цехов (реквизиторского, костюмерного, гримёрного, монтировочного, осветительского, звукового, бутафорского). Репетиционный процесс включает в себя разнообразные виды репетиций.

Мизансценические (сценические) репетиции направлены на отработку отдельных сцен будущего спектакля, прежде всего движений на сцене, взаимоотношений с другими партнёрами по спектаклю. Данный вид репетиций характеризуется минимальными физическими и эмоциональными затратами. Голосовой нагрузки при данном виде репетиции нет.

Оркестровая репетиция направлена на впевание партий в сопровождении оркестра, который вместе с дирижёром и солистом должен стать единым целым. Исполнитель начинает проявлять себя как художник. Оркестровая репетиция, как правило, проходит с участием всех участников спектакля. Может идти с мизансценами или без них. В отличие от прогона, репетиция проходит с остановками, повторами тех или иных мест, работой над ними, поэтому длится несколько часов. Голосовой аппарат испытывает значительную нагрузку, так как певческий процесс при данном виде репетиции требует полноценной отдачи, значительна интенсивность голоса. Зачастую дирижёр требует повторения некоторых мест, часто кульминационных. Оркестровая репетиция часто приводит к возникновению патологии голосового аппарата, росту обращаемости вокалистов до 36%.

Прогон — сборка всех компонентов спектакля, когда отдельные сцены собираются в единое целое. На прогоне режиссёр или дирижёр иногда прерывают течение отдельных сцен с целью их уточнения или повтора. В основном прогон проходит нон-стопом, поэтому голосовая нагрузка оказывается меньшей, чем в других видах репетиций. Важным становится цельное впечатление от спектакля. Мы наблюдали рост обращаемости после прогонов до 42%.

Генеральный прогон — просмотр спектакля с декорациями, при соответствующем освещении, актёры играют в костюмах и гримах. Генеральный прогон является по своей сути спектаклем для приглашённых зрителей (сотрудников театра, их родственников и др.), которым посчастливилось уви-

деть спектакль первыми. Голосовые, физические и эмоциональные затраты соизмеримы с таковыми на спектакле. Однако на генеральном прогоне исключены повторы, поэтому обращаемость составила всего 18%.

Саундчек — процесс настройки звукового оборудования и аппаратуры, а также проверка звука перед началом мероприятия. Форма трудовой деятельности у певцов эстрадного жанра. Более редко встречается у академических и народных исполнителей, работающих на эстраде. Саундчек всегда предшествует концерту, продолжительность его не велика.

Спектакль (франц. spectacle, от лат. spectaculum — зрелище), произведение сценического искусства, создаваемое театральным коллективом (актёры, художник-декоратор, композитор и др.). В драматургии оперного спектакля ведущая роль принадлежит музыке. Спектакль всегда требует значительных психоэмоциональных затрат, голосовая нагрузка влечёт возникновение патологии гортани, как правило, если совершалась на фоне различных сопутствующих факторов. Обращаемость составила 22%.

Сольный концерт — очень ответственная и важная составляющая творческой жизни вокалиста. Обычно сольный концерт заключает собой определённый этап (круглая дата работы в театре, юбилейные даты, творческий отчёт). В любом случае он требует длительной подготовки, выносливости и стабильности. Сам концерт всегда является важным и ответственным событием, по значимости может превосходить спектакль (спектакль — это явление повторяющееся, иногда даже рутинное), превосходит его по технической сложности, физическим и эмоциональным затратам. Если сольный концерт состоит из двух отделений, то суммарная голосовая нагрузка составляет более 1,5 часов. Обращаемость составила 24% у исполнителей академического жанра. Возникновение патологии гортани отмечалось, как правило, если голосовая нагрузка совершалась на фоне различных сопутствующих факторов. А вот у артистов эстрады этот показатель составил 65%! Различия достоверны ($p < 0,05$). В основном это было связано с плохой отстройкой звукоусиливающей аппаратуры, в связи с чем отмечалось форсированное пение.

Таким образом, публичные выступления у исполнителей эстрадного жанра гораздо чаще приводят к возникновении патологии гортани.

Участие в концерте предполагает исполнение 1-3 произведений в сборной программе, что сопровождается незначительными голосовыми затратами. Обращаемость низкая, 16,6%. Возникновение патологии гортани отмечалось исключительно, если голосовая нагрузка совершалась на фоне различных сопутствующих факторов.

Ведение мероприятий является достаточно специфическим видом деятельности. Некоторые исполнители эстрадного жанра сами ведут корпоративы, праздники, банкеты. Ведение предполагает как вокальные, так и речевые нагрузки. Обращаемость составила 22%. В основном возникновение патологии гортани отмечалось, если голосовая нагрузка совершалась на фоне различных сопутствующих факторов.

Рабочая смена в караоке и ресторане имеет свои специфические характеристики. Во-первых, данные виды деятельности начинаются с вечера и продолжаются до 3-6 часов утра, т. е. носят ночной характер. В своём боль-

шинстве это касается караоке. Во-вторых, в работе используется звукоусиливающая аппаратура, что требует хорошей её отстройки. В третьих, рабочая смена имеет продолжительный характер. В-четвёртых, караоке предполагает вокально-речевые нагрузки на фоне повышенного общего шумового фона. Работа в караоке в большинстве случаев приводит к форсировке голоса, фонаторной травме. Обращаемость составила порядка 57% в основном за счёт работающих в караоке. Работа в ресторане оказывается более щадящей, чаще возникновение патологии гортани отмечалось, если голосовая нагрузка совершалась на фоне различных сопутствующих факторов.

Как правило данные виды трудовой деятельности присутствуют в профессиональной жизни вокалиста в различных сочетаниях. Например, ввод в спектакль, сопровождающийся самостоятельной работой, работой с концертмейстером, мизансценические репетиции и оркестровые репетиции. Вместе с тем солист принимает участие в прогонах текущих спектаклей, или готовится к сольным выступлениям, участию в конкурсе, или исполняет партию в текущем спектакле репертуарного плана и т. д.

ВЫВОДЫ:

1. Профессиональная деятельность вокалистов реализуется в рамках определённых форм трудового процесса.
2. Каждая из производственных творческих форм имеет свои характерные особенности в плане голосовых затрат.
3. В зависимости от формы вокально-творческого процесса, голосовые нагрузки, соответственно, могут вообще отсутствовать, но в большинстве случаев имеются в различной степени по суммарному времени, интенсивности и качественных особенностям, доходя иногда до грани с голосовым эксцессом.
4. Эффективность профилактики дисфоний у вокалистов во многом будет зависеть от оптимизации голосовых нагрузок, как по времени, так и по её качественных характеристикам, в зависимости от формы трудовой деятельности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Аникеева З. И.* Современные методы диагностики и комплексного лечения заболеваний респираторного тракта у профессионалов голоса в амбулаторных условиях / под. ред. Л. Б. Рудина. М. : Издательская группа «Граница», 2011. 416 с., ил.
2. *Василенко Ю. С., Павлихин О. Г., Изгарышева З. А.* Анализ причин возникновения заболеваний голосового аппарата у певцов // Вестник оториноларингологии. 2000. №5. С. 13 – 17.
3. *Василенко Ю. С.* Голос. Фониатрические аспекты. М. : Энергоиздат, 2002. 480 с.

4. *Вощинская В. П.* Гигиеническая характеристика условий труда работников сцены стационарных театров. Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11-13 октября 1956 г. Тбилиси. : Грузмедгиз., 1956. С. 86.

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

6. *Иванова О. Э.* Значение своевременной терапии заболеваний верхних дыхательных путей в профилактике голосовых расстройств у студентов республиканского музыкального колледжа. Голос: междисциплинарные проблемы. Теория и практика: сб. тр. / Российская общественная академия голоса. М. : Граница, 2009. С. 80—86.

7. *Иоарданишвили Г. А.* Гигиена театров и театральных работников. Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11-13 октября 1956 г. Тбилиси. : Грузмедгиз, 1956. С. 96—98.

8. *Китаева Н. Н.* Опыт гигиенической характеристики микроклимата в воздушной среде театра (по данным обследования ГАБТ) // Гигиена и санитария. 1957. №1. С. 68—69.

9. *Клюкина И. В.* Условия труда как один из основных факторов сохранения работоспособности. Труд и репродуктивное здоровье работающего населения Северо-запада России: сб. тр. Кировск, 2006. С. 10.

10. *Клюкина И. В.* Снижение напряжённости труда путем оптимизации нагрузки на голосовой аппарат // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №4. С. 14—16.

11. *Клюкина И. В.* Теоретические основы расчёта голосовой нагрузки человека // Известия Петербургского университета путей сообщения. 2007. Вып. 3. С. 154—166.

12. *Клюкина И. В., Пронин А. П.* Оптимизация акустического качества производственных помещений, как средство улучшения условий труда // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №11. С. 4—8.

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

14. S*apienza C., Ruddy B.* Voice disorders. 2008. 548 p.

15. *Sataloff R. T.* Professional voice: the science and art of clinical care. 1997. 1069 p.

Связь с автором
Лев Борисович Рудин
foncentr@mail.ru

УДК 616.21

ПРОФИЛАКТИКА ДИСФОНИЙ У ВОКАЛИСТОВ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (научный обзор)

© Рудин Л. Б., 2015

канд. мед. наук, доцент, президент Общероссийской общественной организации «Российская общественная академия голоса»

Представленный научный обзор раскрывает состояние проблемы профилактики дисфоний у вокалистов на современном этапе, демонстрирует необходимость и возможные пути для ранней диагностики и профилактики заболеваний голосового аппарата у данного контингента.

Ключевые слова: профилактика, дисфонии, вокалисты, голосовой аппарат, гигиена голоса, профотбор, здоровье.

Библиография: 288 источников.

PREVENTION OF DYSPHONIA IN VOCALISTS: CURRENT STATE OF THE PROBLEM (SCIENTIFIC REVIEW)

© Rudin L. B., 2015

PhD in medical science, assistant professor, president of All-Russian Public Academy of Voice

Presented scientific review reveals the state of problem of dysphonia prevention in singers' nowadays; it demonstrates the necessity and possible ways of early diagnostics and prevention of the vocal apparatus diseases in this group.

Keywords: prevention, dysphonia, vocalists, voice box, voice hygiene, professional selection and health.

The bibliography includes 288 sourses.

«Никогда болезнь нельзя уподоблять грому среди ясного неба: она всегда является следствием множества повседневных ошибок, которые, постепенно накапливаясь, обрушиваются в конце концов на голову тех, кто по незнанию или небрежности допускал их».

Гиппократ

Профилактическое направление в медицине было и остаётся приоритетным. Оториноларингология с фониатрией не являются исключением. Принципы охраны голоса в свою очередь неразрывно связаны с физиологией и гигиеной труда что, несомненно, носит междисциплинарный характер.

По модели обусловленности здоровья [115], основными и определяющими факторами риска являются: образ жизни — 50-55%; внешняя среда — 20-25%, генетический фактор — 15-20%, здравоохранение — 8-10%. Согласно концепции факторов риска и образа жизни, большая их часть, способствующих возникновению заболеваний, относится к субъективным факторам, зависящим от поведения человека [116]. Залогом сохранения здоровья и высокой производительности труда является организация здорового образа жизни, рациональный режим труда и отдыха. В современных социально-экономических условиях наблюдается интенсификация труда лиц различных профессий, в том числе и вокальных, что существенно повышает значение показателей состояния здоровья работников [13, 44, 96, 116, 136, 138].

Улучшению состояния здоровья лиц голосо-речевых профессий, снижению уровня заболеваемости голосового аппарата способствует не только реализация гигиенических, но и валеологических принципов. По Э. Н. Вайнеру структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическую регуляцию, психосексуальную и половую культуру, тренировку иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек и валеологическое образование [25]. Рациональная организация жизнедеятельности есть система жизни данного конкретного человека, которая с учётом необходимых и возможных условий обеспечивает ему высокий уровень здоровья и благополучия в сферах социального, профессионального, семейного и культурного бытия [25, 58, 84, 85, 92, 120].

Однако следует отметить, что многолетними исследованиями установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семей) в патологии и сохранении здоровья [115, 116]. Поведение — это главный фактор здоровья человека. Непосредственно от самого человека, его мировоззрения, культуры и поведения зависят такие факторы, как гипокинезия, неправильное питание и вредные привычки [120]. Другими исследованиями установлено, что в большинстве случаев население не обращается за помощью к специалистам, объясняя это следующим образом: «считаю, что заболевание пройдёт само собой, без лечения»; «стараюсь не обращать внимания на состояние своего здоровья»; «боюсь изменить к себе отношение по месту работы»; «боюсь материальных затрат» и т.п. Всегда обращаются за помощью примерно 15% опрошенных лиц [94].

В настоящее время наблюдается парадокс: при положительном отношении к факторам ЗОЖ, особенно в отношении питания и двигательного режима, в реальности их используют лишь 10-15% опрошенных. В целом в нашей стране 78% мужчин и 52% женщин ведут нездоровый образ жизни [38, 78, 137].

Рациональная организация жизнедеятельности должна строиться с учётом всего многообразия индивидуальных гено- и фенотипических, возраст-

ных, половых и др. особенностей данного человека, и, с этой точки зрения, она будет пригодна лишь для данного индивидуума. С другой стороны, такая организация должна служить максимально полной реализации возможностей человека [23, 25, 47, 139, 146].

Учёт профессиональных факторов при формировании рациональной жизнедеятельности предполагает, что выполнение человеком своих профессиональных функций часто сопряжено:

- с определённым временным режимом работы;
- с длительным поддержанием высокого уровня психоэмоционального напряжения;
- с необходимостью выполнения однообразных движений или поддержания статических, неблагоприятных для здоровья поз;
- с увеличением нагрузки на мозг при снижении двигательной активности (гиподинамии и т. д.).

Задачами рациональной организации жизнедеятельности в отношении профессионального статуса человека должны быть, во-первых, обеспечение высокого уровня профессиональной работоспособности, а во-вторых — минимизация неблагоприятных факторов профессиональной деятельности, влияющих на здоровье человека [33, 41, 43, 44, 79, 85, 89, 90, 91, 98, 99, 100, 101, 103].

Как в нашей стране, так и за рубежом, всё более активно формируется новое научное направление — психология здоровья, имеющее широкое поле теоретических и практических задач и включающее не только предупреждение психической и соматической патологии. Задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. В условиях труда и обучения здоровье становится не только состоянием организма, но и субъективной самоценностью для работающего человека [8, 9, 10, 48, 61, 97].

В существующей практике поддержания профессионального здоровья существуют два подхода: применение мер обеспечения безопасности труда и обеспечение компенсации возможных случаев нарушения здоровья работников, его восстановления. Для одних профессий на первый план выходит первый подход, а для других — второй. Но оба этих подхода используются, прежде всего, в области исполнительской деятельности. Более того, сложность ситуации заключается в том, что в этой деятельности нередки случаи положительного влияния относительного нездоровья на достижение профессиональной успешности [22, 80, 177, 192].

Профилактика — (от греч. prophylaktikos — предохранительный) — предварительные меры для недопущения чего-либо. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику.

Индивидуальная профилактика включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Общественная профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Практическое осуществление общественной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, предприятий промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса и т. д. [19, 44, 120, 163].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет 3 вида профилактики заболеваний: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний общих для всего населения, отдельных профессиональных, стажевых и возрастных групп и индивидуумов (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности и работоспособности, снижения общей и профессиональной трудоспособности.

Третичная профилактика — это комплекс мероприятий по профилактике прогрессирования заболеваний во избежание инвалидности и преждевременной смерти, а также реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Профилактика профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний — это система мер медицинского (санитарно-эпидемиологического, санитарно-гигиенического, лечебно-профилактического и т. д.) и немедицинского (государственного, общественного, экономического, правового, экологического и др.) характера, направленных на предупреждение несчастных случаев на производстве, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья работников, предотвращение или замедление прогрессирования заболеваний, уменьшение неблагоприятных последствий. Развитие многих профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных заболеваний зависит от комплексного взаимодействия повреждающих факторов и от качества трудовой жизни. Все работники должны приобретать

гигиенические знания и навыки, выполнять нормы и требования, обеспечивающие безопасность труда [19, 39, 44, 90, 91, 92, 111, 120, 123, 135].

Производственные факторы, в зависимости от их интенсивности могут вызывать у работающих профессиональные заболевания или отравления, симптомокомплекс которых специфичен. Вредные производственные факторы могут вызывать как развитие профессиональных болезней в результате длительного воздействия на организм, так и острые заболевания в виде производственных отравлений и травм.

К производственным травмам относят заболевания, вызванные внезапным влиянием на организм производственных факторов [44, 71, 72, 98, 103, 136, 167, 170, 178, 189].

В структуре как соматической патологии, так и профзаболеваний значительное место занимают пограничные нервно-психические состояния. Сплошное обследование работников ряда крупных предприятий показало, что на долю пограничных нервно-психических расстройств приходится более 80% всех заболеваний. Следует отметить, что при длительном течении профзаболеваний возможно изменение социального статуса больного с нарушением отношения к труду. Это, в свою очередь, нередко способствует развитию психопатологических нарушений [192].

В целом профессиональное здоровье рассматривается, как свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях, в которых протекает профессиональная деятельность индивидуума. Понятие о профессиональном здоровье, в отличие от принятых определений здоровья, подразумевает наличие такого качества, как способность организма восстанавливать нарушенное состояние в соответствии с регламентацией объёма и вида профессионального труда, сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы в процессе трудовой деятельности [20, 51, 95, 107].

Трудовые взаимоотношения между работником и работодателем, в контексте сохранения общесоматического и профессионального здоровья, регулируются рядом законодательных актов, в тои числе регламентами безопасности труда [24, 44].

В отношении голосовых нагрузок, в настоящее время исключённых из перечня вредных производственных факторов (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. №302н), нет ни одного нормативного акта, позволяющего каким-либо образом реализовывать задачу по снижению уровня заболеваемости голосового аппарата. И это при том, что роль голосовых нагрузок, особенно ненормированных, в возникновении патологии гортани всецело доказана [15, 27, 30, 31, 33, 35, 67, 81, 113, 117, 140, 147, 150, 151, 152, 164, 166, 184, 203, 205, 218, 249, 263, 270, 271, 272, 273].

Профилактика дисфоний представляется весьма специфичным и непростым направлением в отоларингологии и фониатрии.

Термином «дисфония» принято обозначать любое расстройство голоса, нарушение голосовой функции. Это определение не даёт представления об изменениях качества голоса, его силы, диапазона, тембра, а также причинах

возникновения подобных нарушений. Крайней степенью дисфонии является утрата голоса — афония [36, 117].

Голосовой аппарат был и остаётся источником материального благосостояния для лиц, использующих его в качестве основного орудия труда. Знание особенностей профессиональной деятельности вокалистов в современных социально-экономических условиях, во многом отличающихся от таковых у представителей других голосо-речевых профессий [15, 33, 151, 164], является важным условием для понимания причин возникновения заболеваний голосового аппарата у данного контингента, а соответственно и для поиска путей их профилактики.

Ранее проведённые собственные исследования [184] показали, что до 70% артистов хора имели работу по совместительству. Вторую работу по певческой специальности имели не менее 50% вокалистов. Подавляющее большинство солистов оперы имело дополнительную голосовую нагрузку в виде работы по совместительству и (или) разовых контрактов как в России, так и за рубежом. Длительность голосовых нагрузок варьировала суммарно от 1 до 4, иногда 5 часов в день с различным количеством выходных дней, а порой и их отсутствием. У работающих студентов отмечалась нерегулярность занятий по специальности, что пагубно отражалось на формировании у них вокально-технических навыков. Подобное положение подтверждается данными других авторов [33]. Значительная интенсификация труда у вокалистов чаще всего не позволяет им прерывать трудовую деятельность при начинающихся голосовых расстройствах или острых заболеваниях верхних дыхательных путей, что неизбежно ведёт к росту органической патологии гортани и увеличению сроков реабилитации [33, 69, 150, 151, 190].

Важными производственными факторами трудовой деятельности у представителей вокальных профессий являются такие, как суммарная голосовая нагрузка в день, неделю; степень равномерности в её распределении на протяжении недели, месяца; репертуарная политика театра; правильность выбора репертуара певцом; система проката спектаклей; занятость солиста в репертуаре; разноплановость исполняемых партий и др., которые во многом способствуют развитию дисфоний у данного контингента [13, 15, 33, 35, 62, 63, 64, 87, 88, 152, 164, 166, 204, 229, 281]. Актуальными остаются проблемы ранней диагностики начинающихся голосовых расстройств и максимально быстрой их коррекции для предотвращения формирования стойких функциональных, органических и профессиональных заболеваний гортани с ограничением или потерей профессиональной пригодности [73, 156, 183].

Большое значение в возникновении соматических заболеваний и патологии ЛОР органов вокалистов имеют санитарно-гигиенические условия труда в театре. Исследования гигиенических характеристик помещений оперного театра показали нарушение санитарно-гигиенических норм состояния воздуха производственной среды за счёт неэффективности вентиляции в репетиционных залах, наличия сквозняков в закулисной части и гримуборных, большой бактериальной загрязнённости воздуха, костюмов, гримировальных принадлежностей [15, 41, 79]. Другой микроклиматической особенностью состояния помещений театра является наличие осветительного

оборудования сцены, которое выделяет в окружающую среду значительное количество тепла. При нарушении гигиенических требований по воздухообмену и вентиляции возможно повышение верхней границы зоны комфорта на сцене, что усугубляется в тёплое время года и костюмами с низкой теплоотдачей, в которые одеты артисты. Эти вредные производственные факторы могут влиять на процессы теплорегуляции. По мнению многих авторов, только с учётом времени года и особенностей костюмов, декораций, мизансцен, следует брать спектакли в прокат. Например, спектакли, в которых артисты одеты в тёплые костюмы, с использованием меха и т.п., целесообразно прокатывать в холодное время года и наоборот [13, 15, 41, 44, 79, 155, 161, 164, 166].

Сочетание вокальной практики в театре с педагогической деятельностью является дополнительным неблагоприятным фактором риска возникновения патологии голосового аппарата. Во многом это связано с опосредованным воздействием через ЦНС на голосовой аппарат педагога несовершенных певческих навыков ученика [33].

Профессиональная деятельность студентов вокальных факультетов имеет свои специфические особенности. Как известно, вокальное образование, особенно на первых курсах обучения, есть выработка ряда условных рефлексов, формирующих индивидуальный стереотип фонации, а также иных профессиональных качеств. Именно поэтому пение «на стороне» не рекомендуется, как минимум, первые три года обучения, т. к. способствует разрушению рефлексов, вырабатываемых на занятиях с педагогом [16, 64]. Особое внимание уделяется природной тесситуре звучания начинающего певца [35, 153, 215, 229, 272, 273], подбору репертуара, который должен соответствовать начинающему исполнителю не только технически, но психологически [114, 229, 272, 273]. Важное значение имеет оценка пиков заболеваемости студентов, один из которых в конце сентября — начале октября связан с резким началом голосовых нагрузок после длительного каникулярного периода молчания [187].

Оценивая факторы риска трудовой деятельности, сопряжённой с теми или иными производственными вредностями, следует уделять особое внимание вопросам рационализации отдыха работников, занятых на подобных производствах [15, 44, 103]. Физиология и гигиена труда достаточно детально касаются этой проблемы. Однако в фониатрической литературе и публикациях по гигиене голоса этому вопросу уделяется недостаточное внимание, а взгляды на проблему мало соответствуют современным представлениям, в основном имеют историческое значение или обывательский характер [62, 63, 77, 87, 88, 122, 210, 215]. Роль психоэмоционального напряжения и переутомления нервной системы при профессиональных вокальных нагрузках в возникновении патологии гортани показана в немногочисленных работах разных лет, что позволяет учитывать данные исследования для построения принципов и оптимизации труда и отдыха вокалистов [90, 99, 149].

Практически все авторы, чья научно-исследовательская деятельность связана с изучением проблем голоса, отмечают безусловную патогенетическую связь возникновения дисфоний с наличием различных хронических заболеваний верхних дыхательных путей [1, 2, 11, 14, 15, 34, 60, 64, 65, 66, 69, 73,

117, 129, 271], других соматических заболеваний и состояний [3, 5, 7, 12, 16, 34, 36, 37, 50, 64, 65, 67, 69, 76, 88, 98, 117, 129, 149-152, 198, 227, 263], дополнительных факторов, что ещё раз подчёркивает актуальность комплексной оценки всего комплекса факторов для выстраивания системы профилактики дисфоний и, в частности, систематизации диспансерных мероприятий вторичной профилактики, как одного из важнейших её направлений.

Как среди специалистов, так и среди профессионалов голоса, давно стало общеупотребимым такое понятие, как **гигиена голоса**. Гигиена голоса является научно-популярным, адаптированным изложением теоретических основ профилактики дисфоний и адресована конкретным потребителям — настоящим и будущим профессионалам голоса.

Гигиена голоса, изучающая взаимодействие организма лиц голосо-речевых профессий с внешней средой, играет важную роль для сохранения их голосового здоровья и профессионального долголетия. Гигиенические положения занимают столь большое значение потому, что без них невозможно выполнить основные задачи по всестороннему и гармоничному развитию людей, сохранению на долгие годы крепкого здоровья и творческой активности. Молодые специалисты, оканчивающие вузы страны, должны хорошо знать основные положения личной и общественной гигиены и умело применять их в быту, учёбе, на производстве.

Последнее руководство по гигиене голоса в России относится к 1962 году [63]. Естественно, что многие охранительные принципы будут актуальны вне зависимости от времени и при любых условиях, а некоторые представляют лишь историческую ценность. Рекомендации по гигиене голоса были опубликованы в 2002 г. в монографии Ю.С. Василенко «Голос. Фониатрические аспекты» [35] и сводятся к голосовому отдыху после рабочего дня, профилактике ОРВИ, оптимизации распорядка дня и питания. Безусловно, данные принципы являются основополагающими, однако их выполнение вокалистами зачастую сопряжено с производственными трудностями [150] и отсутствием информационных источников. В своей монографии автор отмечает, что «К разработке проблемы охраны и развития голоса необходимо привлекать внимание заинтересованных организаций, создавать научно-практические центры (проблемные лаборатории), которые проводили бы в широком плане научные исследования в этой области...». Предлагается ряд мероприятий по снижению частоты профессиональных заболеваний, в частности диспансеризацию лиц соответствующих профессий.

Проблема охраны голоса очень многогранна и неоднозначна. С одной стороны — это ряд ограничений и запретов, складывающихся в определённый образ жизни, а с другой — реальная действительность повседневной жизни и трудовой деятельности, диктующая свои правила для достижения финансового благополучия. В итоге — отсутствие какой-либо вообще системы мер профилактики, недостаток знаний в этой области у вокалистов, непонимание механизмов оптимизации своей трудовой деятельности. Отсутствие утверждённой нормативной базы и санитарно-гигиенических норм вокальных нагрузок, регламентов безопасности труда привело в настоящее время к недопустимым формам трудовой дисциплины в музыкальном театре [188].

В современных социально-экономических условиях напряжённость трудовой деятельности лиц вокально-речевых профессий диктует необходимость широкого внедрения профилактических мер. При этом данный спектр мероприятий должен быть чётко адаптирован к особенностям трудовой деятельности вокалистов в современных учреждениях культуры, носить системный характер и быть психологически обусловленными [121, 137, 138].

В настоящее время в мире не существует чётко выработанной системы первичной, вторичной и третичной профилактики дисфоний. До сих пор принципы гигиены голоса строятся на антитабачной и антиалкогольной пропаганде, разъяснении правил подбора вокального репертуара, предупреждении о вреде форсированного пения и пения в больном состоянии и т.п. [6, 64, 88, 118, 119, 210, 229, 272, 273]. Таким образом, профилактика дисфоний носит бессистемный характер. Исследования показали, что применение принципов гигиены голоса как стратегии для предотвращения голосовых расстройств остаётся бездоказательной, а применение некоторых из них для лечения дисфоний (вокальная техника, режим молчания и пр.) лишь улучшает терапевтические результаты и не может заменить медикаментозную терапию [229]. Следует отметить, что зарубежные коллеги уделяют много внимание изучению целесообразности преподавания гигиены голоса будущим профессионалам голоса. Целесообразность этого доказана, а оптимальным временем преподавания считается срок не ранее, чем через 8 месяцев от начала обучения [225, 281].

В фониатрии применимы все виды профилактики. Однако их принципы по отношению к лицам голосо-речевых профессий требуют адаптации, а некоторые дальнейшего изучения.

Меры личной профилактики и гигиены не могут быть стандартными для всех и должны видоизменяться в зависимости от специфики работы человека, от его быта и совокупности его жизненных условий. Поэтому, кроме общей гигиены, профессионал голоса, и особенно певец, должен соблюдать и специальные правила.

Следует особо отметить, что комплексная система мер профилактики расстройств голосовой функции может строиться лишь на чётких представлениях об этиопатогенетических механизмах их возникновения, которые С. Г. Романенко с соавт. [176] выделяет как одни из важнейших принципов реабилитации голосовой функции.

В. Б. Панкова [156] отмечает, что в настоящее время недостаточно разработаны методы ранней диагностики и лечения заболеваний голосового аппарата у представителей голосо-речевых профессий, а также мероприятия по их профилактике, недостаточно научно обоснованы существующие санитарно-гигиенические нормы голосовой нагрузки в зависимости от её профиля.

К сожалению, уже по давно сложившимся «традициям» и стереотипам, всё, что связано с профилактикой расстройств голосовой функции отвечает на вопрос — что нельзя. А вот ответа на вопрос — что же всё-таки можно, как правило, никто не дает. Профессионала голоса меньше всего интересуют запреты. Запрет — это нарушение обязательств, срыв контракта, отмена спектакля и пр., а значит — финансовые потери. И даже материальный аспект

не всегда является приоритетным. Вокалисты, актёры, педагоги и рады бы были оптимизировать свои голосовые нагрузки, но информации об этом нет, врачи также недостаточно владеют знаниями из данного раздела. Подобная ситуация сложилась в связи с отсутствием узкоспециальных исследований в этом направлении, а немногочисленные диссертации последних лет в качестве профилактики предлагают очередные методики по постановке голоса и речи, исправлению дикции, что рассчитано на «обычных» пациентов и не имеет ничего общего с повседневной театральной практикой [130].

Классификация заболеваний и состояний голосового аппарата

Говоря о методологии оценки и оптимизации голосовых нагрузок у вокалистов, комплексной системе профилактики дисфоний и повсеместном её внедрении, специалистам следует прежде всего сформировать консенсусное мнение о классификации изменений в гортани и единых принципах формулировки диагноза в медицинской документации, что позволит достигнуть одной из главных целей данных внедрений — преемственности в фониатрии.

Перечень заболеваний голосового аппарата достаточно велик. На протяжении многих лет авторы предлагали различные варианты их классификации, а также формулировки фониатрического диагноза. Однако проблема по-прежнему остаётся актуальной [6, 35, 117, 239, 254, 260, 264, 271, 275].

Опыт формулировки фониатрического диагноза, в основном отечественный, во многом лишён согласованности с другими медицинскими специальностями и общепринятыми принципами. Например, в фониатрии закрепилось мнение, что парезом голосовых складок следует называть состояние, существующее до 6 месяцев, а параличом то, что более. Это грубо противоречит общемедицинским понятиям, по которым парез и паралич — это степень нарушения функции мышцы (соответственно частичное или полное) с возможностью перехода одного в другое вне зависимости от времени [35]. Зачастую приходится сталкиваться с медицинской документацией, в которой звучит диагноз «функциональная дисфония». Подобная формулировка лишает принципа преемственности и ровным счётом не несёт никакой значимой информации. То же касается и таких наиболее употребимых фониатрических диагнозов, как «гипотонусная дисфония», «гипертонусная дисфония». Слово «дисфония» лишь указывает на наличие изменения голоса, является симптомом обобщённого, не конкретного характера.

Следует отметить, что некоторые авторы уже не используют термин дисфония при формулировке диагноза, а акцентуируются на патогенетической его составляющей [180, 181, 237, 271, 275]. Большинство споров и разногласий связано со систематизацией функциональных расстройств гортани. Во многом это связано с устоявшейся отечественной практикой т. н. синдромального диагноза в фониатрии, что полностью противоречит принятым общеклиническим принципам.

В современной зарубежной литературе фониатрические классификации представляют собой перечисление всех возможных заболеваний, приводящих к голосовым расстройствам (т. н. этиологические факторы голосовых

расстройств) [237, 271, 275]. Более того, неправомочность использования термина дисфония в контексте констатации заболевания связано ещё и с тем, что далеко не всегда видимые изменения в гортани влекут развитие дисфонии и зачастую являются случайными находками [117, 205].

Изучая различные варианты классификаций расстройств голоса, предложенные до настоящего времени [6, 35, 117, 237, 254, 260, 270, 271, 275], можно прийти к выводу, что в фониатрической практике классифицировать следует заболевания и состояния голосового аппарата. При этом классификация должна носить этиопатогенетический характер, а синдромальные уточнения должны использоваться лишь в контексте основного заболевания.

Первичная профилактика дисфоний

На сегодняшний день наиболее сложной проблемой является первичная профилактика дисфоний, включающая в себя профотбор абитуриентов-вокалистов, рациональную организацию труда и отдыха вокалистов на основании относительных нормы вокальных нагрузок, рациональное питание, закаливание, иммунопрофилактику, профилактику заболеваний голосового аппарата, просветительство в сфере гигиены голоса. Ни одна из перечисленных составляющих не реализуется в настоящее время на общегосударственном уровне.

Профотбор в фониатрической практике

Начальным звеном первичной профилактики дисфоний у вокалистов по праву можно считать профессиональный отбор по медицинским показаниям абитуриентов, собирающихся посвятить себя профессиональной вокальной деятельности. Значимость фониатрического освидетельствования будущих вокалистов подчёркивается многими авторами [26, 35, 117, 165]. Некоторыми из них делается акцент на предотвращении возможного в будущем разочарования в выбранной профессии и связанной с этим психологической травмой, а также на право обучения более подходящих кандидатов, что оправдывало бы затраченные на подготовку специалиста средства [26, 117]. Оценка пригодности проводится, прежде всего, на основании требований, предъявляемых к голосовой функции, данной профессией и соответствующей голосовой нагрузкой, и сводится к исключению определённых заболеваний, являющихся противопоказанием для выполнения данного вида деятельности. Однако полноценные списки противопоказаний авторы не приводят.

С. Г. Романенко с соавторами, 2008 г., предлагают следующие абсолютные противопоказания к повышенным голосовым нагрузкам: хронический гиперпластический ларингит, фиброзные узелки голосовых складок, кисты голосовых складок, локализующиеся в их толще, борозда голосовых складок, стойкое варикозное изменение сосудов голосовых складок, рецидивирующие кровоизлияния в голосовую складку, папилломатоз гортани, рубцовые деформации гортани, нарушающие её функции, паралич гортани, стойкая гипотонусная дисфония на фоне хронических соматических заболеваний, хроническая нейросенсорная тугоухость 2 и 3 степени.

К относительным противопоказаниям авторы относят: субатрофический фарингит и ларингит, хронический катаральный ларингит, отёчно-полипозный ларингит, хроническую воспалительную патологию верхних дыхательных путей, хронический тонзиллит, искривление перегородки носа и хронические риниты, нарушающие функцию дыхания, доброкачественные образования гортани, отёчные узелки голосовых складок [182].

Проблема профотбора в фониатрической практике на протяжении многих лет остаётся чрезвычайно актуальной. Связано это с теми или иными юридическими нюансами, регулирующими взаимоотношения учебного заведения и абитуриента в части определения пригодности к голосо-речевым профессиям, т. к. данные юридические нюансы постоянно меняются в соответствии с действующим законодательством РФ. Изменения законодательной базы последних десяти лет, к сожалению, внесли в эту проблему лишь дополнительные сложности и путаницу.

Специалисты часто отождествляют профосмотры абитуриентов с предварительными медицинскими осмотрами, проводимыми для граждан, уже поступающих на работу на основании Приказа Минздравсоцразвития №302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Предварительный медицинский осмотр предполагает конечное заключение «годен» или «не годен» к профессии лишь того контингента, который поступает на работу в контакте с вредными производственными факторами. Являются ли те или иные условия труда вредными определяется органами Роспотребнадзора на основании аттестации рабочих мест, которую должны проходить все организации и учреждения. Заключение о профпригодности может выдаваться лишь теми лечебными учреждениями, которые имеют лицензию на соответствующий вид деятельности.

Абитуриенты используют своё конституционное право на образование и свободу выбора профессии [106]. С 01 января 2013 года вступил в силу новый закон РФ от 29.12.2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в котором сказано, что «Право на образование в Российской Федерации гарантируется независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного, социального и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств» [199].

Этим же законом теперь регламентируются и то обстоятельство, что «при приёме на обучение по основным профессиональным образовательным программам по профессиям, специальностям, направлениям подготовки, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующим должности, профессии

или специальности» (часть 7 статьи 55). Такой Перечень утверждён Постановлением Правительства РФ от 14 августа 2013 г. № 697.

На основании всех вышеперечисленных законодательных актов освидетельствование на предмет исключения патологии голосового аппарата абитуриентов, поступающих на обучение по вокально-речевым специальностям, не является обязательным, т. к. голосовая нагрузка в настоящее время не рассматривается как вредный производственный фактор.

В контексте профориентации и профотбора в более широком смысле интересным представляется изучение биологических и социальных факторов, предрасполагающих к вокально-творческой деятельности [5, 17, 40, 102, 185, 193, 201, 202]. Однако, несмотря на высокую актуальность выявления соответствующих задатков и способностей для профпрогноза будущих вокалистов, эта проблема требует дальнейшего глубокого изучения и систематизации.

Нормы вокальных нагрузок

Проблема норм вокальных нагрузок представляется наиболее сложной и неоднозначной, до сих пор остаётся нерешённой и крайне актуальной [36, 156]. Решение её сопряжено с многочисленными специфическими особенностями трудовой деятельности вокалистов, различными производственными факторами, а также с самим способом измерения степени голосовой нагрузки. Наиболее распространённым способом остаётся хронометраж голосовой нагрузки, предлагаются иные способы её измерения [100, 157], а так же оптимизации [98, 99, 101].

З. И. Аникеева [15] отмечает, что согласно охранным голосовым нормам, принятым в 1928 г. и пересмотренным в 1940-е гг., для солистов оперы предусматривается ежедневное пение не более 2-х часов в день и участие артиста не более, чем в 7 спектаклях в месяц. Труд солистов второго плана складывается из участия в 12 спектаклях в месяц. Недопустимо исполнение 3-х спектаклей подряд, а 2 подряд допустимо в том случае, когда в одной из них партия эпизодична.

Артистам филармонии рекомендуется исполнять не более 14 концертов в месяц. Для артистов хора допустима нагрузка до 4-х академических часов в день с перерывами 15-20 минут.

В ответ на вокальную нагрузку в гортани могут происходить большей или меньшей степени изменения. В литературе для данного состояния широко применяется термин «рабочая гиперемия гортани», под которым подразумевается изменение окраски слизистой оболочки гортаноглотки, голосовых складок, видимой части трахеи в ответ на голосовую нагрузку [35, 64, 204].

Рост заболеваемости гортани при вокальных нагрузках, особенно при их бессистемности, очевиден, что отмечают многие авторы [14, 16, 32, 34, 36, 42, 67, 81, 88, 113, 114, 140]. При этом в медицинских публикациях авторы отталкиваются в основном от клинико-функционального состояния гортани, стаже-возрастных критериев, условий труда и некоторых других, тогда как вокальные педагоги констатируют взаимосвязь возникновения дисфонии от особенностей репертуара, исполнительского графика и прочих моментов, яв-

ляющихся не менее важными в этиологии дисфоний, но мало учитываемых отоларингологами [19, 49, 57, 105, 125, 126, 128, 132, 132, 133].

Принципы подбора вокального репертуара и работы над ним очень широко обсуждаются как в фониатрической, так и вокально-педагогической литературе [15, 18, 33, 35, 49, 57, 63, 64, 65, 67, 87, 88, 203, 204, 215, 229, 272]. Этой проблеме всегда уделялось и уделяется большое внимание, так как правильный подбор произведений при обучении певца, и в его профессиональной деятельности играет важнейшее гигиеническое значение. Однако при изучении соответствующей литературы нетрудно заметить, что говоря о вокальном репертуаре, подавляющее большинство авторов прежде всего рассматривает соотношение технической сложности произведения с готовностью вокалиста к его освоению [15, 18, 33, 35, 49, 57, 63, 64, 65, 67, 87, 88, 203, 204, 215, 229, 272], т. е. большое внимание уделяется собственно подбору репертуара и необходимости соблюдения принципа постепенности при освоении вокальных трудностей. Так же много говорится и о быстрых вводах в оперные партии, и о спешности разучивания отдельных произведений [15, 35, 204] без попыток стандартизации данного процесса и отсутствия конкретных рекомендаций. После подбора вокального репертуара следует его разучивание, что является неотъемлемой частью трудовой деятельности вокалистов.

В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют специальные публикации, посвященные нормированию процесса разучивания, влиянию процесса разучивания на состояние гортани и гигиеническим нормам голосовых нагрузок при разучивании, что согласуется с данными о том, что в настоящее время нормы дифференцированных форм вокальных нагрузок не разработаны [35, 156]. Таким образом, несмотря на большое количество публикаций, посвящённых вокальному репертуару, профилактика дисфоний при разучивании нового вокального материала является малоизученной проблемой.

Вторичная профилактика дисфоний

Эффективность вторичной профилактики дисфоний во многом зависит от понимания патогенетических механизмов возникновения нарушений голоса при наличии сопутствующей патологии, рациональной организации диспансерных мероприятий при наличии соматической и ЛОР патологии у вокалистов, применения эффективных методов лечения.

Главная проблема вторичной профилактики дисфоний заключается в отсутствии организации фониатрической помощи не только в системе Минздрава РФ, но Министерства культуры РФ. Не решил проблемы и Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №905н с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» [172]. Существующие на сегодняшний день в России фониатрические кабинеты, отделения и центры не могут в полной мере осуществлять комплексную систему мер профилактики дисфоний у лиц голосо-речевых профессий, в том числе у вокалистов.

Деформация перегородки носа

Деформация перегородки носа чрезвычайно распространена и встречается практически у 99% населения Земли, примерно у 68-80% взрослого населения она требует коррекции [167].

Носовая полость является важным составным компонентом резонаторно-артикуляционной системы, которой принадлежит ряд фонационно-физиологических функций, одной из которых является поглощение предвысокоформантных обертонов тембра в районе 2000 герц, за счёт чего высокая певческая форманта проявляет себя более отчётливо. Голос приобретает звонкость, полётность, серебристость [132, 133]. Изменение архитектоники полости носа несомненно влечёт за собой изменение её как резонаторной полости, извращая тончайшие физиологические механизмы фонации.

В слизистой оболочке полости носа и придаточных пазух расположены окончания тройничного нерва, при раздражении которых во время фонации (особенно при пении) происходит рефлекторное повышение тонуса голосовых складок [1, 2, 66, 117, 129, 131, 132, 133]. Рядом авторов установлено [1, 2, 64, 66, 76, 107, 117, 129, 131, 132, 133, 143, 145, 191, 212], что при хронической патологии носа и придаточных пазух данные рецепторы оказываются в изменённых условиях. Возникают функциональные нарушения голосового аппарата нервно-рефлекторного характера, ухудшаются динамические свойства голоса. У взрослых больных с вазомоторным ринитом, искривлением перегородки носа, гипертрофическим ринитом преобладает гипотонусная дисфония. Пациенты с хроническим воспалением околоносовых пазух чаще страдают хроническим ларингитом, а у 75% взрослых пациентов с аллергическим ринитом выявлены отёк Рейнке, хронический гиперпластический ларингит, полипы и узелки голосовых складок. У большого числа детей с искривлением перегородки носа и аденоидными вегетациями наблюдается хронический ларингит и узелки голосовых складок. Даже слабо выраженное заболевание полости носа у лиц голосо-речевых профессий вызывает ухудшение голоса — понижение звучности и полётности голоса, уменьшение в голосе «металла», появление в голосе некрасивых оттенков, матовости и т. д. [1, 2, 3, 11, 14, 15, 34, 35, 64, 66, 76, 107, 114, 117, 119, 127, 131, 132, 133, 143, 145, 191, 212].

Восстановление носового дыхания положительно сказывается на качестве голоса в целом, наблюдается улучшение акустических параметров голоса, таких как Jitter (степень частотной нестабильности вибрации голосовых складок), Shimmer (степень амплитудной нестабильности вибрации складок), увеличивается время максимальной фонации, улучшается индекса дисфонии, расширяется тоновый диапазон голоса, нормализуется видеоларингостробоскопическая картина, исчезает назализация [11, 145, 191, 212, 219, 261].

По мнению многих авторов при патологии полости носа обосновано раннее оперативное лечение, даже при отсутствии жалоб. Это чрезвычайно актуально в фониатрической практике, т. к. нарушение архитектоники полости носа рано и поздно отразится на качестве тембра, тоновом и (или) динамическом диапазоне. В связи с этим актуальна проблема объективизации нарушения функции носового дыхания и ранней коррекции патологии [64, 119, 168, 203].

Проблема объективной оценки симптома «нарушения носового дыхания» в качественном и количественном отношении актуальна в отоларингологии. Показания к оперативному вмешательству в большинстве случаев носят субъективный характер и зависят от мнения каждого конкретного хирурга. До сих пор объективная оценка проходимости носовой полости не является общепринятой практикой в отоларингологии. Это приобретает особую важность при определении пригодности к вокально-речевым профессиям, степени влияния нарушения носового дыхания на голосовую функцию.

В настоящее время передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и акустическая ринометрия (АР) являются объективными методами, наиболее широко используемыми для оценки респираторной функции носа [52, 53, 54, 248].

С введением риноманометрии в клиническую работу, точность измерений привела к обширным дискуссиям. Известно, что различные факторы влияют на риноманометрические измерения. При стандартных условиях погрешность, из-за технических причин, составляет от 3 до 10%. Важным фактором является взаимодействие между пациентом и измерительной системой. Один аспект — это влияние маски на лицо пациента, её формы и модели. С другой стороны, работа самого устройства и соединение между устройством и носом. Наконец, на результаты могут влиять глубина дыхания и функция носового клапана [230]. Кроме технических факторов, присущих системе, основным фактором, который может влиять на точность измерений, является эксплуатация системы. Так как контактное давление увеличивается, чтобы обеспечить герметичность, то надежность значений сопротивления уменьшается из-за деформации середины лица и носа [238]. Следовательно, основное усилие должно быть направлено на контактное взаимодействие между лицом субъекта и маской, и поведением пациента во время измерений [278]. Для определения реактивности слизистой оболочки полости носа рекомендуется, проводить исследование с применением сосудосуживающих препаратов. Устранение отечности позволяет определить величину структурного компонента сопротивления [239].

Таким образом, передняя активная риноманометрия, может быть, использована для количественной оценки результатов консервативного и хирургического лечения, а также измерений дыхательной функции в различных условиях (например, при аллергии), для составления медико-юридической документации. Основными недостатками передней активной риноманометрии являются: невозможность её использования при перфорации носовой перегородки или когда одна или обе половины носа полностью блокированы патологическим процессом [286].

Акустическая ринометрия является более современным методом объективной оценки полости носа. Она позволяет измерить все поперечные сечения полости носа. Принцип акустической техники основывается на измерениях акустических сигналов.

Однако недостаточная осведомлённость о технических ограничениях и непризнание артефактов могут вызвать неправильную интерпретацию ринометрических результатов [282]. Переоценка может явиться результатом недостаточного соединения между наконечником и ноздрёй, влиянием пазух

[248, 264] и расширением зоны клапана коническим наконечниками [266], в то время как недооценка может произойти из-за несоответствующей установки и давления на крылья носа. Давление изменяется во время дыхания [221, 266], изменения температуры [282]. Внешний шум также представляет собой потенциальные источники ошибки. Акустический ринометр всегда следует использовать при одних и тех же условиях окружающей среды. Имеют важное значение и расовые особенности в строении полости носа [220, 222, 248, 264]. Известно, что нормативные параметры полости носа азиатов отличаются от полости носа чернокожих представителей или европейцев.

Ряд авторов [245, 282] подчеркивают, что результаты, полученные с помощью акустической ринометрии, следует интерпретировать вместе с риноскопией, субъективными жалобами и другими диагностическими средствами.

Таким образом, акустическая ринометрия впервые предоставляет возможность изучить геометрию полости носа, не используя методы лучевой диагностики.

Метод документирует дополнительно к размеру место нарушенного носового дыхания и тем самым оказывает большую помощь для диагностики заболеваний носа и может использоваться для изучения влияния факторов окружающей среды, различных лекарственных средств [223].

Методы передней активной риноманометрии и акустической ринометрии обладают своими полезными свойствами, но один не заменяет другой, оба метода взаимодополняемы.

Таким образом, данные методы исследования целесообразно более широко использовать в фониатрической практике для объективизации состояния полости носа, в особенности у абитуриентов-вокалистов с целью определения показаний для ранней коррекции перед началом обучения.

Влияние хронического воспалительного процесса в нёбных миндалинах на голосовую функцию

Несмотря на продолжающиеся многочисленные публикации, посвящённые хроническому тонзиллиту, тонзиллярная проблема остаётся актуальной в оториноларингологии и фониатрии.

К сожалению, многие оториноларингологи недооценивают роль хронического тонзиллита в возникновении рецидивирующей функциональной, а также органической патологии гортани. В настоящее время накоплено достаточное количество клинического материала, доказывающего тот факт, что хронический тонзиллит оказывает существенное влияние на голосовую функцию, особенно в условиях профессиональной вокально-речевой деятельности и согласующегося с выводами других авторов.

В. А. Фельдман-Загорянская, 1948 г. [200], пришла к выводу, что тонзилэктомия, выполненная без технических погрешностей и с наименьшей травматизацией, не оказывает влияния на голосовую функцию. Т. Е. Шамшева, 1976 г. [212], установила сужение динамического и тонового диапазона у профессионалов голоса на основании фонетографического метода исследования. В зарубежной литературе встречаются данные об отсутствии статистически значимых изменений параметров акустического анализа голоса после тон-

зиллэктомии, т. е. двусторонняя тонзиллоэктомия существенно не влияет на качество голоса [243, 279, 280]. И. Максимов, 1987 г. [117], отмечает, что боли, возникающие при тонзиллофарингитах, не позволяют сложному двигательному акту, осуществляемому глоткой, совершаться полноценно и в динамике. Кроме того воспалительный процесс в области слизистой оболочки нарушает нормальное функционирование рецепторных элементов n. trigeminus (V), n. glossopharyngeus (IX), n. vagus (X), вследствие чего возникают изменения как в тембре, так и в нормальном режиме вибрации голосовых складок. Другие авторы хронический воспалительный процесс в нёбных миндалинах рассматривали лишь в контексте его полиорганного влияния [64, 204] и не изучали как фактор влияния на голосовую функцию, хотя осиплость, как симптом, практически всегда описывается в клинике данного заболевания. По данным О. Э. Ивановой, 2009 г. [73], у студентов первого курса музыкального колледжа, страдавших хроническим тонзиллитом, патология гортани диагностирована у 92,5%. При этом у 74% выявлена гипотонусная дисфония, у 18,5% воспалительные явления в гортани и трахее. Состояние гортани стабилизировалось на фоне лечения хронического тонзиллита, в том числе после тонзиллэктомии при декомпенсированной форме.

Используя современные объективные методы И. Б. Анготоева с соавт., 2012 г., установили, что хроническое воспаление нёбных миндалин влияет на качество голоса. Консервативное лечение простой формы хронического тонзиллита ведёт к улучшению основных акустических параметров голоса (коэффициент пертурбации частоты основного тона (Jitter), индекс дисфонии), расширению тонального и динамического диапазона голоса. Консервативное лечение не только улучшает состояние нёбных миндалин, но и положительно влияет на качество голоса и состояние голосовых складок, что подтверждается нормализацией видеоларингостробоскопической картины [12].

Таким образом, в имеющихся литературных источниках нет конкретных данных о характере влияния хронического тонзиллита на клинико-функциональное состояние голосовых складок и соответственно, связанных с этим изменениями голоса.

Значение современных методов исследования с фото и видеодокументированием в условиях фониатрических кабинетов учреждений культуры

В последнее время получает всё большее распространение применение в фониатрической практике современного оборудования, позволяющего производить видеозаписи или фотографирование ларингоскопической и ларингостробоскопической картины у пациентов с дисфониями [12, 21, 29, 75, 196, 216]. При этом важно отметить, что если раньше подобные технические возможности являлись прерогативой лишь некоторых фониатрических и оториноларингологических центров, то в настоящее время ими располагают также и фониатрические кабинеты некоторых учреждений культуры (оперных и драматических театров, ансамблей, учебных заведений) [33, 140]. Однако применению соответствующего оборудования в учреждениях культуры посвящены единичные работы [33, 140, 271].

Современные видеоэндоскопические методы исследования имеют большую диагностическую значимость в фониатрической практике, о чём известно давно. С их появлением и распространением во многом улучшилось качество диагностики патологии гортани [33, 36, 233, 249, 265].

Интересны исследования О. В. Казариной. При анализе структуры первичной заболеваемости среди взрослого населения в регионах, где подразделения оснащены специализированным оборудованием, и где данное оборудование отсутствует, существуют отличия.

В структуре функциональных нарушений в обоих случаях преобладали функциональные дисфонии (гиотонусные), на долю которых пришлось 21,8% и 21,9% случаев. Спастическая дисфония и фонастения в регионах, не имеющих специализированного оснащения, встречались чаще более чем в 3 раза, в отличие от субъектов, укомплектованных техникой. Указанные диагнозы затруднительно, а иногда и невозможно, установить без осмотра гортани в стробоскопическом освещении.

Среди органической патологии наиболее часто в регионах, не имеющих стробоскопов, диагностировался острый ларингит, что в 1,5 раза чаще, чем при наличии стробоскопического оборудования.

В структуре органической патологии субъектов, оснащённых стробоскопическими установками, преобладали острые (19,4%) и хронические (20,7%) воспалительные заболевания. В этих регионах, в сравнении с группой субъектов без стробоскопического оснащения, значительно чаще диагностировались новообразования гортани: доброкачественные в 1,3 раза чаще, злокачественные в 3 раза чаще. Кроме того, наличие специализированной техники значительно облегчало диагностику полипов и узелков голосовых складок, что доказывают показатели заболеваемости. Так, в 2 раза чаще выявлялись полипы голосовых складок и почти в 4 раза — узелки голосовых складок.

Видео и фотодокументирование даёт возможность формирования доказательной базы для экспертизы, разрешения спорных ситуаций, проведения дифференциальной диагностики с применением увеличенных изображений и научных исследований [21, 35, 117, 175, 265, 271].

К сожалению, обеспеченность современным оборудованием в подразделениях, оказывающих фониатрическую помощь, низкая в 18% субъектов, в 20% подразделений отсутствовало специализированное оборудование для оказания фониатрической помощи. Уровень инновационности оборудования не соответствовал существующим нормативам более чем в 80% подразделений [84, 85].

Вторичная медикаментозная профилактика

Заболевания и состояния гортани, особенно часто встречаемые в фониатрической практике, в большинстве своём требуют активной терапии, особенно в условиях интенсификации труда лиц голосо-речевых профессий в современных социально-экономических условиях. Зачастую применение тех или иных препаратов оказывается не безразличным для организма в плане побочных эффектов и осложнений. В связи с этим, поиск эффективных и безопасных методов лечения в ларингологии и фониатрии остаётся актуальным.

В фониатрической практике вторичная медикаментозная профилактика в основном направлена на лечение и профилактику ЛОР заболеваний, нервно-мышечного утомления, повышение общей резистентности организма и иммунного статуса.

В литературе известен способ лечения гипо- и гипертонусной дисфоний, включающий применение массажа. После проведения рентгенологического и мануального исследований комплексно применяют мануальную терапию и мобилизацию шейного отдела позвоночника с баночным массажем шейно-воротниковой зоны. Способ позволяет нормализовать тонус мышц гортани за счёт устранения функциональных блоков [158].

Способ регуляции функциональных нарушений голоса у больных с психоэмоциональными расстройствами направлен на нормализацию нервно-мышечный тонус голосового аппарата, способствует регрессу неврологической симптоматики, улучшает качество жизни пациентов [159].

В качестве медикаментозных средств широкое распространение для лечения гипотонусной дисфонии получили препараты кальция, витамины группы В, препараты женьшеня, препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу.

Способ прогнозирования и коррекции лечения функциональных нарушений голоса [160] отличается тем, что дополнительно к медикаментозному лечению добавляют препараты, улучшающие метаболические процессы на клеточном уровне из ряда кокарбоксилазы, рибоксина, АТФ, оротата калия внутримышечно, иглотерапию по тормозному методу, в качестве седативной терапии добавляют грандаксин, затем выполняют фонопедическую гимнастику.

Таким образом, на основании изученных литературных источников можно констатировать, что в настоящее время:

- отсутствует единый принцип классификации заболеваний и состояний голосового аппарата и формулировки фониатрического диагноза;
- отсутствует унифицированный системный подход к первичной, вторичной и третичной профилактике дисфоний;
- отсутствует методическое обеспечение по данным проблемам;
- недостаточно внедрены в повседневную практику эффективные способы лечения и профилактики наиболее частых заболеваний голосовых складок в контексте вторичной медикаментозной профилактики дисфоний
- разработка и внедрение клинико-методологических принципов профилактики дисфоний у вокалистов является актуальным.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Авдеева С. Н.* Патогенетическая взаимосвязь развития дисфонии с наличием хронических заболеваний верхних дыхательных путей у населения промышленного мегаполиса // Росс. оториноларингология. 2002. №1 (1). С. 6—7.

2. *Агапова Т. Н.* Состояние голосового аппарата у больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.

3. *Алекперов Ф. М.* Стойкая гипотонусная дисфония (диагностика, клиника и лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993.

4. *Алекперов Ф. М.* Стойкая дисфония. Клинико-морфологическая оценка краевых утолщений голосовых складок // Вестник оториноларингологии. 1993 №4. С. 22 — 26.

5. *Алексахин И. В., Ткаченко А. В.* Отцы и дети // Химия и жизнь. 1973. №8. с. 55 — 59.

6. *Алиметов Х. А.* Неврологические и морфофункциональные аспекты дискинезий гортани: автореф. дис. ... докт. мед. наук., 1995.

7. *Аллаяров Х. А.* Гигиена голоса: метод. разработки. М. : МГУ, 1983. 30 с.

8. *Ананьев В. А.* Психология здоровья новая отрасль человекознания. Психология: итоги и перспективы. СПб, 1996.

9. *Ананьев В. А.* Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 10 — 88.

10. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья. СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. 148 с.

11. *Анготоева И. Б., Исабаева Н. В.* Значение улучшенного носового дыхания у пациентов с нарушением голосовой функции // Голос и речь. №2 (4). 2011. С. 8 — 12.

12. *Анготоева И. Б., Рудин Л. Б.* Влияние хронического тонзиллита на качество голоса // Голос и речь. №1 (6). 2012. С. 36 — 41.

13. *Аникеева З. И., Аникеев Ф. М., Плешков И. В.* Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов. М. : ПК «Акцидент», 1995. 192 с.

14. *Аникеева З. И.* Распространённость хронических заболеваний верхних дыхательных путей среди профессионалов певческого голоса. Материалы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани», 20-22 мая 2002 г. : сб. тр. М., 2002. С. 9 — 10.

15. *Аникеева З. И.* Современные методы диагностики и комплексного лечения заболеваний респираторного тракта у профессионалов голоса в амбулаторных условиях / под. ред. Л. Б. Рудина. М. : Издательская группа «Граница», 2011. 416 с., ил.

16. *Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М. : Медицина, 1975. 306 с.

17. *Артемьева Т. И.* Соотношение задатков и способностей. Соотношение биологического и социального в человеке: сб. тр. М., 1975. с. 200 — 209.

18. *Багирова Л. Г.* О некоторых вопросах вокальной педагогики. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. М. : МГУКИ, 2006. С. 48 — 57.

19. *Балмасов А. А., Свешников А. Е.* Диспансеризация. Л. : Медицина, 1982. 186 с.

20. *Бехтерев В. М.* Личность и условия её развития и здоровья. Избранные труды по психологии личности. Том 2. Объективное изучение личности / Под ред. Г. С. Никифорова, Л. А. Коростылёвой, СПб. : Изд-во С.-Петерб. у-та, 1999. 283 с.

21. *Богомильский М. Р., Орлова О. С.* Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК, 2008. 399 с.

22. *Брехман И. И.* Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982. №2. С. 48—53.

23. *Брехман И. И.* Введение в валеологию — науку о здоровье. Л. : Наука, 1987. 124 С.

24. *Бузунов О. В.* Правовые основы охраны труда: учебно-практическое пособие. СПб. : Петербургский государственный университет путей сообщения, 2007. 52 с.

25. *Вайнер Э. Н.* К вопросу об основополагающих признаках валеологии // Валеология. 1997. №4. С. 5.

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

27. *Василенко Ю. С.* Профессиональные нарушения голоса у лиц речевых профессий, их лечение, профилактика: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1974.

28. *Василенко Ю. С.* Функциональные афонии и их лечение // Вестник оториноларингологии. 1978. №4. С. 83—87.

29. *Василенко Ю. С., Иванченко Г. Ф.* Микроларингостробоскопическое исследование больных с функциональными заболеваниями гортани // Вестник оториноларингологии. 1978. №3. С. 72 —76.

30. *Василенко Ю. С, Панкова В. Б., Кудинова О. В.* Критерий диагностики профессиональных заболеваний голосового аппарата и вопросы экспертизы трудоспособности // Вестник оториноларингологии. 1979. №5. С. 75—77.

31. *Василенко Ю. С, Кажлаев О. М.* О профессиональных заболеваниях гортани у вокалистов // Вестник оториноларингологии. 1982. №5. С. 60—64.

32. *Василенко Ю. С., Токарев О. П., Агапова Т. Н.* Виброметрия голосового аппарата здоровых лиц и при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух // Вестн. оториноларингол. 1997. №6. С. 26—29.

33. *Василенко Ю. С., Павлихин О. Г., Изгарышева З. А.* Анализ причин возникновения заболеваний голосового аппарата у певцов // Вестник оториноларингологии. 2000. №5. С. 13—17.

34. *Василенко Ю. С., Зеленкин Е. М., Орлова О. С.* Реабилитация больных с нарушениями голоса на фоне воспалительной патологии носа и около-

носовых пазух. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ: сб. тр. СПб. 2001. С. 452 – 454.

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

36. *Василенко Ю. С., Романенко С. Г., Павлихин О. Г.* Роль циркуляторных нарушений при патологии голосовых складок. Фармакологические и физические методы лечения в отоларинголо – гии: сб. тр. М. : ГЕОС, 2005. С. 35.

37. *Василенко Ю. С.* Комплексная реабилитация больных с патологией голосового аппарата в санаторно-курортных условиях // Вестник оториноларингологии. 2006. №1. С. 59 – 60.

38. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М. : Изд. центр Академия, 2001. 352 с.

39. *Величковский Б. Т.* Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XXI века // Вестник РАМН. 2000. №9. С. 51 – 55.

40. *Виноградов Е. С.* Колебания рождаемости одарённых людей в 11-летнем солнечном цикле // Психологический журнал. Т.2. №2. С. 142 – 144.

41. *Вощинская В. П.* Гигиеническая характеристика условий труда работников сцены стационарных театров. Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11-13 октября 1956 г. Тбилиси. : Грузмедгиз., 1956. С. 86.

42. *Гаврилов В. Е.* Использование модульного подхода для психологической классификации профессий в целях профориентации // Вопросы психологии. 987. №1. С. 111 – 117.

43. *Герасимова С. С.* Профессиональные заболевания гортани у лиц голосовых и речевых профессий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1972. 19 с.

44. *Гигиена труда:* учебник / Под. ред. Н. Ф. Измерова, В. Ф. Кириллова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 592 с. : илл.

45. *Гончарук Л. Е.* Психотерапия в комплексном лечении больных функциональными дисфониями и афониями // Вестник оториноларингологии. 981. №1. С. 23 – 26.

46. *Гончарук Л. Е., Василенко Ю. С.* Аутогенная тренировка в комплексном лечении функциональных нарушений голоса: метод. рек. М. : Минздрав РСФСР, 1982. 16 с.

47. *Гундаров И. А., Киселёва Н. В., Копина О. С.* Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни. Серия ФЗОЖ. М., 1989. Вып. 2. 84 с.

48. *Гурвич И. Н.* Социально-психологические факторы здоровья. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 361 – 404.

49. *Далецкий О. В.* Принципы начального обучения пению. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. М. : МГУКИ, 2006. С. 79 – 84.

50. *Демченко Е. В.* Клиника и лечение рецидивирующих заболеваний голоса: дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 159 с.

51. *Денисов Д.* Оценка экономической эффективности мероприятий по улучшению условий и охраны труда // Охрана труда и социальное страхование. 2002. №8. С. 32—35.

52. *Державина Л. Л.* Риноманометрия и акустическая ринометрия // Российская ринология. 1996. №2-3. С. 48—49.

53. *Державина Л. Л., Козлов В. С.* Методы объективной оценки носового дыхания — риноманометрия и акустическая ринометрия — в диагностике и контроле эффективности лечения сезонного аллергического ринита и хронического полипозного синусита // Российская ринология. 1999. №1. С. 28—31.

54. *Державина Л. Л.* Морфо-физиологические особенности полости носа в норме и при её функциональных нарушениях по данным методов передней активной риноманометрии и акустической ринометрии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 2002. С. 10—11.

55. *Джордж М.* Искусство релаксации. Снятие напряжения. Преодоление стресса. Лондон, М. : Самономоид, 1998. 159 с.

56. *Диагностика и лечение заболеваний голосового аппарата у лиц голосо-речевых профессий:* метод. рек. Киев. : М-во здравоохр. УССР, 1987. 21 с.

57. *Дмитриев Л. Б.* Основы вокальной методики. М. : Музыка, 2000. 368 с.

58. *Дмитриева М. А., Крылов А. А., Нафтульев А. И.* Психология труда и инженерная психология. Л. : Изд-во ЛГУ, 1979. 220 с.

59. *Доронина Л. М, Кривых Ю. С.* Пути развития и совершенствования фониатрической службы. Голос: междисциплинарные проблемы. Теория и практика: сб. тр. / Российская общественная академия голоса. М. : Граница, 2009. С. 17—23.

60. *Доронина Л. М., Овчинникова Т. Р., Фишер В. В.* Влияние профилактики очагов хронической инфекции ЛОР органов на улучшение голоса у лиц речевых профессий. Первый междунар. междисциплинарный конгресс «ГОЛОС» (29-30 ноября 2007 г., Москва): сб. тр. М., 2007. С. 50—52.

61. *Дудченко З. Ф.* Психологические особенности поддержания профессионального здоровья на примере преподавателей ВУЗов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2003.

62. *Егоров А. М.* Гигиена певца. М., 1955. 140 с.

63. *Егоров А. М.* Гигиена голоса и его физиологические основы. М. : Музгиз, 1962. 174 с.

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

65. *Зарицкий Л. А., Тринос В. А., Тринос Л. А.* Практическая фониатрия. Киев: Вища школа, 1984. 168 с.

66. *Заседателев Ф. Ф.* Работа голосового аппарата как комплексный процесс // Архив оториноларингологии. 1934. Т.1. С. 64—73.

67. *Злобин К. В.* Физиология пения в профилактике заболеваний голосового аппарата. Л., 1958. 136 с.

68. *Золотых А. О.* Лечение голосовых нарушений у драматических актёров и вокалистов. Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей: сб. тр. / Ассоциация фониатров и фонопедов России. М., 2001. С. 108—109.

69. *Золотых А. О, Прошина Л. Н.* Роль этиологических факторов в возникновении и реабилитации гипотонусной дисфонии у лиц с вокальной нагрузкой. Первый международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»: сб. тр. М., 2007. С. 55—58.

70. *Иванова Е. М., Носкова О. Г., Чернышева О. Н.* Спецпрактикум по психологическому изучению профессиональной деятельности. Учебное пособие. М. : МГУ, 1980. 82 с.

71. *Иванова Е. М.* Основы психологического изучения профессиональной деятельности. М. : МГУ, 1987. 208 с.

72. *Иванова Е. М.* Психотехнология изучения человека в трудовой деятельности. Учебно-методическое пособие для студентов факультетов психологии государственных ун-тов. М. : МГУ, 1992. 94 с.

73. *Иванова О. Э.* Значение своевременной терапии заболеваний верхних дыхательных путей в профилактике голосовых расстройств у студентов республиканского музыкального колледжа. Голос: междисциплинарные проблемы. Теория и практика: сб. тр. / Российская общественная академия голоса. М. : Граница, 2009. С. 80—86.

74. *Ивановская Ф. А.* Профилактика голосовых расстройств. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селивёрстова. М. : Гуманит. изд. центр Владос, 1997. Т.1. С. 302—306.

75. *Иванченко Г. Ф.* Применение увеличительной оптики в фониатрии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1979.

76. *Иванченко Г. Ф., Хайбуллин Д. Ф.* Заболевания голосового аппарата, ассоциированные с аллергическим ринитом // Российская оториноларингология (приложение). 2002. №1. С. 36—37.

77. *Иванько Т. А.* Берегите голос. Советы учителям: метод. рек. Великий Новгород: Новгор. регион, центр развития образования, 1999. 28 с.

78. *Ильин Е. П.* Физическая культура как составная часть здорового образа жизни. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 337—360.

79. *Иоарданишвили Г. А.* Гигиена театров и театральных работников. Тезисы докладов I съезда гигиенистов 11-13 октября 1956 г. Тбилиси. : Грузмедгиз, 1956. С. 96—98.

80. *Каверина Р. Д.* Психологическая систематизация профессий типа «человек-человек» в целях профессиональной ориентации: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1981.

81. *Кажлаев О. М.* Профессиональные нарушения голоса у вокалистов, их терапия и профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984. 22 с.

82. *Казарина О. В., Осипенко Е. В., Давыдова М. Г.* Фониатрическая помощь в России на современном этапе // Голос и речь. №2 (10). 2013. С. 4—10.

83. *Казарина О. В.* Структура заболеваний гортани по обращаемости в подразделения фониатрического профиля // Голос и речь. №1 (11). 2014. С. 4—9.

84. *Казин Э. М., Блинова Н. Г., Литвинова Н. А.* Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. 192 с.

85. *Казначеев В. П.* Теоретические основы валеологии. Фундаментальные основы. Новосибирск, 1989. 121 с.

86. *Калуев А. В., Натт Д. Дж.* О роли ГАМК в патогенезе тревоги и депрессии / Эксперим. и клинич. фармакол. 2004. №4. С. 71—76.

87. *Кантарович В. С.* Что надо знать артисту о своём голосе. М. : Гос. муз. изд., 1937. 69 с.

88. *Кантарович В. С.* Гигиена голоса. М., 1955. 156 с.

89. *Китаева Н. Н.* Опыт гигиенической характеристики микроклимата в воздушной среде театра (по данным обследования ГАБТ) // Гигиена и санитария. 1957. №1. С. 68—69.

90. *Киколов А. И.* Умственный труд и эмоции. М. : Медицина, 1978. 366 с.

91. *Киколов А. И.* Физиология и гигиена умственного труда и эмоционального напряжения в условиях высшей школы. М. : НИИВШ, 1978. 60 с.

92. *Киколов А. И.* Умственное утомление, нервно-эмоциональное напряжение и их профилактика. М. : Отд. науч. информ. НИИВШ, 1979. 48 с.

93. *Киндурис В. Ю., Гоштаутас А. А., Улоза В. Д.* Исследование психологических особенностей больных с функциональными нарушениями голоса // Журн. ушн. нос. и горл. бол. 1980. №4. С. 48—52.

94. *Кицул И. С.* Мнение пациентов о состоянии своего здоровья и результатах оказанной медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. №4. С. 7—8.

95. *Климов Е. А.* Путь в профессию. Л. : Лениздат, 1974. 190 с.

96. *Климов Е. А.* Как выбирать профессию. М. : Просвещение, 1990. 159 с.

97. *Климов Е. А.* Введение в психологию труда. М. : Изд-во МГУ, 1998. 197 с.

98. *Клюкина И. В.* Условия труда как один из основных факторов сохранения работоспособности. Труд и репродуктивное здоровье работающего населения Северо-запада России: сб. тр. Кировск, 2006. С. 10

99. *Клюкина И. В.* Снижение напряжённости труда путем оптимизации нагрузки на голосовой аппарат // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №4. С. 14—16.

100. *Клюкина И. В.* Теоретические основы расчёта голосовой нагрузки человека // Известия Петербургского университета путей сообщения. 2007. Вып. 3. С. 154—166.

101. *Клюкина И. В., Пронин А. П.* Оптимизация акустического качества производственных помещений, как средство улучшения условий труда // Безопасность жизнедеятельности. 2007. №11. С. 4—8.

102. *Князева Т. С., Лебедев А. Н., Торопова А. В.* Диагностика музыкальности по электроэнцефалограмме // Психологический журнал. 2001. Т. 22. С. 87—91.

103. *Козлов В. Н.* Физиология и психология труда. Научные основы оценки тяжести и напряженности труда. Саратов, 1984. 46 с.

104. *Козлов В. С., Шиленкова В. В., Чистякова О. Д.* Роль воспаления в патогенезе респираторных заболеваний // Consilium Medicum. 2003. Т. 5. №10.

105. *Конова С. Е.* Раскрытие сценического образа в музыкальном произведении вокального жанра. Вокальное образование XXI века: сб. тр. Вып. 4. МГУКИ. М., 2007. С. 232—237.

106. Конституция Российской Федерации.

107. Корень Е. Е., Степанова Ю. Е. Состояние резонаторного аппарата у профессионалов голоса. Первый международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»: сб. тр. М., 2007. С. 67—69.

108. Котелова Ю. В. Очерки по психологии труда. М.: Изд-во МГУ, 1986. 118 с.

109. Крушевская И. И. Экспертиза нетрудоспособности при профессиональных заболеваниях голосового аппарата // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1984. №4. С. 44—46.

110. Кунельская Н. Л., Романенко С. Г., Павлихин О. Г. Лечебная тактика при хроническом тонзиллите у вокалистов. Здоровье столицы: VII Московская ассамблея, 18-19 декабря 2008 года. Программа, тезисы докладов, каталог участников выставки. М., 2008. С. 238.

111. Лаптев А. П. Закаливайтесь на здоровье. М. : Медицина, 1991. 160 с.

112. Лебедев И. А. Психическая патология у лиц, страдающих функциональными голосовыми расстройствами (особенности клиники и лечения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993. 36 с.

113. Левидов И. И. Развитие голоса певца и профессиональные болезни голосового аппарата. Л., 1933. 194 с.

114. Левидов И. И. Певческий голос в здоровом и больном состоянии. Л. М. : Искусство, 1939. 254 с.

115. Лисицын Ю. П., Петленко В. П. Детерминационная теория медицины. СПб., 1992.

116. Лисицын Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. 1998. №3. С. 49—52.

117. Максимов И. Фониатрия: Пер. с болг. М. : Медицина, 1987. 288 с.

118. Малютин Е. Н. Экспериментальная фонетика и научные основы постановки голоса. Орёл, 1924. 15 с.

119. Малютин Е. Н. Экспериментальная фонетика и фониатрия // Вестник оториноларингологии. 1936. №3. с. 3—12.

120. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М.: Изд. центр Академия, 2001. 320 с.

121. Марченко В. Д., Куршев В. А. Психологические аспекты гигиены голоса (бытовые и профессиональные). Вопросы гигиены труда: Вып. 2. Волгоград, 1969. С. 279 – 280.

122. Массаж гортани как профилактика профессиональных заболеваний голосового аппарата у преподавателей. М. : МГУ, 1982. 26 с.

123. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебное пособие / под редакцией В. С. Лучкевича и И. В. Полякова. СПб., 2005.

124. Международная Классификация Болезней. Краткий вариант, основанный на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятого 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. М., 1998. 73 с.

125. Мерная И. Ю. Значение репертуара в формировании студента-вокалиста. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. МГУКИ. М., 2006. С. 79 – 84.

126. Мерная И. Ю. Психолого-педагогические аспекты формирования артистизма у вокалистов в вузе культуры и искусств. Вокальное образование в XXI веке: сб. тр. Вып. 5. МГУКИ. М., 2008. С. 122 – 128.

127. Методика индивидуальной профконсультации. М., 1982.

128. Мещерякова М. И. Влияние русских и украинских народных песен на развитие дыхания у начинающих певцов. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 2. МГУКИ. М., 2005. С. 107 – 114.

129. Митринович-Моджеевска А. Патофизиология речи, голоса и слуха: пер. с польского. Варшава: польское гос. мед. изд., 1965. 356 с.

130. Михалевская И. А. Профилактика нарушений голоса у лиц речевых и вокальных профессий: автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03. М., 2005. 185 с.

131. Морозов В. П. Тайны вокальной речи. Л. : Наука, 1967. 204 с.

132. Морозов В. П. Искусство резонансного пения. Основы резонансной теории и техники. М. : ИП РАН, МГК им. Чайковского, центр «Искусство и наука», 2002. 496 с.

133. Морозов В. П. Искусство резонансного пения. Основы резонансной теории и техники. М. : ИП РАН, МГК им. Чайковского, центр «Искусство и наука», 2008. 592 с.

134. Мякишева Н. М. Педагогические условия формирования готовности студентов к освоению вокальной музыки профессиональных авторов в классе сольного народного пения. Вокальное образование XXI века: сб. тр. Вып. 4. МГУКИ. М., 2007. С. 173 – 178.

135. Навакатикян А. О. Стресс и профилактика его неблагоприятного действия. К. : Знание, 1981. 28 с.

136. Навакатикян А. О., Шлейфман Ф. М. Физиолого-гигиенические проблемы оптимизации трудовой деятельности. Киев, 1985. 17 с.

137. Никифоров Г. С. Психология здоровья. СПб. : Речь, 2002. 256 с.

138. Оботурова И. А. Понимание студентами здорового образа жизни. Психологические аспекты пропаганды ЗОЖ. Сыктывкар, 1988. С. 38—40.

139. Оганов Р. Г. Здоровый образ жизни и здоровье населения России // Вестник РАМН. 2001. №8. С. 14—17.

140. Оленчик Н. В. Заболевания голосового аппарата у студентов вокальных и дирижёрско-хоровых факультетов. Этиология, клиника, лечение: дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 120 с.

141. Орлова О. С. Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений голоса у лиц речевых профессий: автореф. дис. ... докт. пед. наук. М., 1998. 56 с.

142. Орлова О. С. Нарушения голоса: учеб. пособие. М. : АСТ: Астрель, 2008. 220 с.

143. Осипенко Е. В. Комплексная реабилитация больных со стойкими функциональными нарушениями голоса: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 21 с.

144. Осипенко Е. В., Державина Н. А., Герасименко М. Ю. Комплексное лечение хронического тонзиллита у профессионалов голоса. Приоритетные вопросы оториноларингологии: сб. тр. Новокузнецк, 2008. С. 73—74.

145. Осипенко Е. В., Гюлумянц А. Г. Исследование носового дыхания у вокалистов методами акустической ринометрии и передней активной риноманометрии. Междисциплинарные проблемы голоса, патологии уха и дыхательных путей: сб. тр. Омск, 2011. С. 119—120.

146. Основы физиологии человека. Учебник для высших учебных заведений, в 2-х томах / под редакцией акад. РАМН Б. И. Ткаченко. СПб., 1994. Т.1 — 567 с., Т.2 — 413 с.

147. Остапкович В. Е., Брофман А. В. Профессиональные заболевания ЛОР органов. М. : Медицина, 1982. 288 с.

148. Павлихин О. Г. Лечение при узелках голосовых складок у вокалистов // Вестник оториноларингологии. 2002. №6. С. 34—36.

149. Павлихин О. Г. Значение уровня личностной и ситуационной тревожности вокалистов в возникновении заболеваний их голосового аппарата: сб. тр., 2002.

150. Павлихин О. Г. Заболевания голосового аппарата у вокалистов, работающих в жанре мюзикла. Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи: сб. тр. М., 2003. С. 149—150.

151. Павлихин О. Г., Изгарышева З. А. Профессиональные нарушения голоса по данным обращаемости. Вопросы практической фониатрии (материалы международного симпозиума 27—29 мая 1997 г.). М., 1997. С. 158—159.

152. Павлихин О. Г., Изгарышева З. А. Профилактика заболеваний голосового аппарата у оперных певцов. Актуальные проблемы фониатрии и сур-

дологии (материалы научно-практической конференции 21-24 мая 1998 г.). М., 1998. С. 60 – 62.

153. Павлихин О. Г., Мещеркин А. П. Роль спектрального компьютерного анализа в определении типа голоса певца и профилактике заболеваний голосового аппарата у вокалистов // Вестник оториноларингологии. 2003. №1. С. 9 – 11.

154. Павлихин О. Г., Романенко С. Г. Терапия острых нарушений голосовой функции у вокалистов. Фармакологические и физические методы лечения в отоларингологии: сб. тр. М. : ГЕОС, 2007. С. 46.

155. Панкова В. Б. Принципы реабилитации работающих в условиях воздействия производственных вредностей на ЛОР органы. Проблема реабилитации в оториноларингологии: сб. тр. Самара, 2003. С. 496 – 498.

156. Панкова В. Б. Профессиональные заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса. Первый международный междисциплинарный конгресс «Голос»: сб. тр. М., 2007. С. 90 – 93.

157. Патент на полезную модель 64423 Российская Федерация, U1 G10L 13/06 G01R 19/02. Устройство для измерения нагрузки на голосовой аппарат человека / Клюкина И. В., Пронин А. П., Зальцман Г. К.; опубл. 27.06.2007. Бюл. №18.

158. Патент 2200530 Российская Федерация, Способ лечения гипо и гипертонусных дисфоний / Юркин С. А.; заявитель и патентообладатель Тверская государственная медицинская академия; Юркин Сергей Александрович – 2001100732/14; заявл. 2001.01.09; опубл. 2003.03.20.

159. Патент 2273500 Российская Федерация, Способ регуляции функциональных нарушений голоса у больных с психоэмоциональными расстройствами / Иванченко Г. Ф., Агафонова Т. Д.

160. Патент 2299009 Российская Федерация, Способ прогнозирования и коррекции лечения функциональных нарушений голоса / Герасимова И. Ю., Флейшман А. Н. Сибирское отделение РАМН.

161. Патологическая физиология. Учебник для студентов медицинских институтов / Н. Н. Зайко [и др.]. Элиста: АОЗТ «Эссен», 1994. 576 с.

162. Пашер В. Влияние игры на духовых инструментах на разговорный и певческий голос // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1992. №5-6. С. 58 – 61.

163. Петленко В. П., Давиденко Д. Н. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность. СПб. : БПА, 1998. 120 с.

164. Плешков И. В. Влияние профессиональных факторов на формирование заболеваемости у вокалистов. Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани: сб. тр. М., 2002. С. 51.

165. Плешков И. В. Клинико-акустические критерии определения профпригодности к речевой и певческой профессии // Российская оториноларингология (приложение). 2002. №1. С. 50 – 51.

166. Плешков И. В., Аникеева З. И. Заболевания голосового аппарата у вокалистов и представителей речевых профессий. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. 168 с.

167. Пивоваров Ю. П., Королик В. В., Зиневич Л. С. Гигиена и основы экологии человека: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2004. 528 с.

168. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. 2002, С. 326 – 329.

169. Покотиленко Е. А. Ранняя диагностика и патогенетическое лечение функциональных нарушений голоса: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1988. 21 с.

170. Положение о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда: постановление Минтруда РФ от 14.03.97 г. №12.

171. Постановление Правительства РФ от 14 августа 2013 г. №697

172. Приказ Минздрава СССР «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002).

173. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития №302н от 12 апреля 2011 г.

174. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 12 ноября 2012 г. № 905н.

175. Проскурин А. И., Вотяков А. М., Долотказин Х. Х. Диагностическое и деонтологическое значение видеозаписи при фиброскопии гортани // Российская оториноларингология (приложение). 2002. №1. С. 46 – 48.

176. Протасевич Г. С., Яшан Т. И. Восстановление носового дыхания и его влияние на голосовую функцию больных хроническим ларингитом. Материалы Всесоюзной школы-семинара по проблеме «Исследование речи»: сб. тр. Д., 1981. С. 83 – 84.

177. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1991. 152 с.

178. Психология труда / Под ред. К. К. Платонова. М. : Профиздат, 1979. 216 с.

179. Рекомендации Союза европейских фониатров для оценки нарушений голоса. Прага, 1978. 12 с.

180. Романенко С. Г., Павлихин О. Г. Основные принципы лечения больных с заболеваниями голосового аппарата. Первый международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»: сб. тр. М., 2007. С. 93 – 98.

181. Романенко С. Г., Павлихин О. Г. Тактика лечения узелков голосовых складок у профессионалов голоса. Фармакологические и физические методы лечения в отоларингологии: сб. тр. М. : ГЕОС, 2008. С. 47 – 48.

182. Романенко С. Г., Павлихин О. Г., Елисеев О. В. Роль оториноларинголога и фониатра в профессиональном отборе студентов, поступающих в творческие вузы // Российская оториноларингология. 2008. Приложение №3. С. 447 – 449.

183. Романова Ж. Г., Родионова О. И. Ранняя диагностика нарушений голосовой функции у лиц голосо-речевых профессий // Российская оториноларингология. 2008. Приложение №3. С. 450 – 452.

184. Рудин Л. Б., Чернявская Г. В. Анализ профессиональной деятельности вокалистов в современных социально-экономических условиях, как показатель необходимости дальнейшего совершенствования фониатрической помощи в России. Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи: сб. тр. М., 2003. С. 187 – 189.

185. Рудин Л. Б. Профориентация, профотбор и профпрогноз в фониатрической практике // Российская оториноларингология. 2004. №4. С. 141 – 145.

186. Рудин Л. Б. Профотбор в фониатрической практике. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. М. : Издательский Дом МГУКИ, 2006. С. 111 – 118.

187. Рудин Л. Б. Целесообразность оптимизации вокально-педагогического процесса в периоды высокого уровня заболеваемости студентов: сб. тр. Вып. 4. МГУКИ. М., 2007. С. 13 – 22.

188. Рудин Л. Б., Оссовская М. П., Бруссер А. М. Официальный отчёт о проведении II конгресса Российской общественной академии голоса // Российская оториноларингология. 2009. №4 С. 160 – 164.

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

190. Степанова Ю. Е. Заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса. Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей: сб. тр. / Ассоциация фониатров и фонопедов России. Владимир-М., 2001. С. 170 – 173.

191. Степанова Ю. Е. Состояние резонаторного аппарата у детей с нарушениями голоса // Голос и речь. №1 (6). 2012.

192. Тарасова Л. А., Думкин В. Н., Деларю В. В. Роль психологических исследований в клинике профзаболеваний // Вопросы гигиены труда. 1992. №1 С. 31 – 33.

193. Теплов Б. М. Психология музыкальных способностей. М., 1947.

194. Уголовный Кодекс РФ, статья 171 (незаконное предпринимательство), 235 (незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью).

195. Улоза В. Д. Охриплость, физиологические и акустические корреляты, объективная оценка // Вестник оториноларингологии. 1982. №4. С. 85 – 90.

196. Ухитил Б. Значение фиброэндоскопии в диагностике и лечении в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. 1988. №5. С. 65 – 68.

197. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (ред. От 29.12.2014).

198. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.2010 г. № 128-ФЗ.

199. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ.

200. Фельдман-Загорянская В. А. О тонзилэктомии у певцов // Вестник оториноларингологии. 1948. №5. С. 64.

201. Филипченко Ю. А. Результаты обследования ленинградских представителей искусства // Бюро по генетике. Известия. 1924. №2. С. 5—28.

202. Филипченко Ю. А. Интеллигенция и таланты // Известия. Бюро по евгенике. 1925. №3. С. 83—96.

203. Фомичёв М. И. Основы фониатрии. Л. : Медгиз, 1949. 188 с.

204. Фониатрия и фонопедия / Л. Б. Дмитриев [и др.]. М. : Медицина, 1990. 272 с.

205. Хаймович М. Л., Макарова В. Н., Кирикова Г. А. Влияние повышенной голосовой и психофизиологической нагрузок на состояние здоровья гидов-переводчиков // Медицина труда и промышленная экология. 1995. №11. С. 24—26.

206. Хронические заболевания верхних дыхательных путей у лиц голосо-речевых профессий / А. Л. Макуха [и др.] // Врачебное дело. 1987. №7. С. 39—42.

207. Цветков Э. А. Пороки гортани и трахеи у детей. СПб.: Сотис-Лань, 1999. 123 с.

208. Чаплин В. Л. Физиологические основы формирования певческого голоса в аспекте регистровой приспособляемости. М. : ИнформБюро, 2009. 180 с.: ил.

209. Чернобельский С. И. Контрацептивные средства и голос. Современные методы диагностики и лечения заболеваний гортани. 1988. С. 48—52.

210. Чернозатонская Е. П. Берегите голос — оружие лектора, певца, педагога. Л.: Знание, 1965. 44 с.

211. Шамшева Т. Е. Акустические исследования голоса у певцов с некоторыми патологическими состояниями носовой полости. Тр. Ленингр. НИИ по болезням уха, горла, носа и речи, 1974. Т. 19. С. 82—89.

212. Шамшева Т. Е. Изучение функционального состояния голосового аппарата у профессионалов голоса, больных хроническим тонзиллитом. Заболевания верхних дыхательных путей, организация специализированной помощи: сб. тр. Киров, 1976. С. 62—63.

213. Шарма Е. Ю. С.М. Сонки в истории русской вокальной педагогики. Вокальное образование начала XXI века: сб. тр. Вып. 3. МГУКИ. М., 2006. С. 303—310.

214. Штерн К. Основы генетики человека. Пер. с англ. М. : Медицина, 1965. 690 с.

215. Эрбштейн М. С. Анатомия, физиология и гигиена дыхательных и голосовых органов. СПб., 1908. 209 с.

216. Юрков А. Ю., Степанова Ю. Е. Применение цифрового фотодокументирования при обследовании гортани у детей // Российская оториноларингология. 2004. №5. С. 166—168.

217. Юрков А. Ю., Шустова Т. И., Степанова Ю. Е. Нейровегетативные расстройства у больных с функциональными дисфониями по гипотонусному типу. Материалы XVII съезда оториноларингологов России. Нижний Новгород, 2006. С. 238.

218. A pilot survey of vocal health in young singers / Tepe E.S. [et al.] // J Voice. 2002. Vol. 16 (2). P. 244—50.

219. Acoustic features of voice after septoplasty / R. Mora [et al.] // Medical science monitor international medical journal of experimental and clinical research. 2009. Vol. 15, Iss. 6. P. CR269-R273.

220. Acoustic rhinometry: evolation of nasal cavity geometry by acoustic reflection / Hilberg O. [et al.] // J. Appl. Fhysiol. 1989. Vol. 66. P. 295—303.

221. Acoustic rhinometry in the of nasal obstruction / Roithmann R. [et al.] // Laryngoscope. 1995. Vol. 105. P. 275—281.

222. Acoustic rhinometry of the Indian and Anglo-Saxon nose / Gurr P. [et al.] // Rhinology. 1996. Vol. 34 (3). P. 156—159.

223. Acoustic rhinometry in epidemiological studies. Nasal reaction in swedish schools / Walinder R. [et al.] // Rhinology. 2000. Vol. 16., Suppl. P. 59—64.

224. Adler A. The individual psychology of Adler: A systematic presentation of selections from his writings. H. L. & R. R. Ansbacher (Eds.). N. Y., 1956.

225. Analysis and evaluation of a voice-training program in future professional voice users / Timmermans B. [et al.] // J Voice. 2005. Vol. 19 (2). P. 202—10.

226. Andersson K., Schalen L. Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients. // J. Voice. 1998. Vol. 12. №1. P. 96—106.

227. Artifacts in measuring airway areas by acoustic reflections. / Molfino N. [et al.] // Am. Rev. Respir. Dis. 1990. Vol. 142. P. 1465—1466.

228. Bachmann W. Die Funktions diagnostik der behinderten Nasenatmung. Springer, Berlin, Heidelberg, New-York. 1982.

229. Behlau M., Oliveira G. Vocal hygiene for the voice professional. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg., 2009. Vol. 17 (3). P. 149—54.

230. Behrendt W. Zur morphologischen Feinstruktur des Stimmlippenknotchen. Arch. Ohren-Nasen-u. Kehlkopfheilk., 1964. P. 99—108.

231. Bickel J. Vocal Technique. A Physiologic Approach for Voice Class and Studio, 2008. 184 p., Illustrated (B/W).

232. Bohme G. Stimmdiagnostik aus phoniatriccher Sicht // Ther. Umsch. 1980. Bd 37, №12. S. 1037—1042.

233. Braun-Janzen C., Zeine L. Singers' interest and knowledge levels of vocal function and dysfunction: survey findings. // J. Voice. 2009. Vol. 23 (4). P. 470—83.

234. Carolus D., Thrall R. M. Overview: Health and the Planning of Health Care System. // Prev. med. l977. №1. P. 134—172.

235. Casiano R. R., Zaveri V., Lundy D. S. Efficacy of videostroboscopy in the diagnosis of voice disorders // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1992. Vol. 107. №1. P. 95—100.

236. Chan R. W. Does the voice improve with vocal hygiene education? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten teachers. // J. Voice. 1994. Vol. 8 (3). P. 279—91.

237. Clinical voice disorders. / Arnold E. Aronson, Diane M. Bless. — 4th ed. Thieme Medical Publishers, 2009. 301 p.

238. Cole A. S. Rhinomanometry Practice and trends // Laryngoscope. 1989. Vol. 99. P. 311—315.

239. Cole P., Roithmann R., Koth J. Measurement of airway patency: a manual for uses of the Toronto systems and others interested in nasal patency measurement // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1997. Vol. 106 (10), Suppl. P. 171.

240. Cole P. Acoustic rhinometry and rhinomanometry // Rhinology. 2000. Vol. 16, Suppl. P. 29—34.

241. Colton R. H., Casper J. K., Leonard R. Understanding voice problems: a physiological perspective for diagnosis and treatment. Lippincott Williams & Wilkins. 2006. 498 p.

242. Djupesland P. G., Lyholm B. Nasal airway dimensins in term neonates measured by continuous wide-band noise acoustic rhinometry // Acta Otolaryngol. (Stockh). 1997. Vol. 117. P. 424—432.

243. Effects of tonsillectomy on speech spectrum / Ilk H. G. [et al.] // J. Voice. 2002. Dec. №16 (4): 580-6.

244. Evaluation of the close-response relationship for intranasal oxymetaxonline hydrochloride in normal adults / Taverner D. // Eur. S. Clin. Pharmacol. 1999. Vol. 55. P. 509—513.

245. Fisher E. W. Acoustic rhinometry. Review // Clin. Otolaryngol. 1997. Vol. 22. P. 307—317.

246. Geyman J. P., Kirkwood R. Telescopic laryngoscopy // J. Fam. Pract. 1983. Vol. 16. №4. P. 789—791.

247. Grymer L. F. Acoustic rhinometry clinical diagnostic value of nasal obstruction. Presented at XVII European Rhinologic Society Congress, Vienna, July, 1998.

248. Hilberg O., Pedersen O. F. Acoustic rhinometry recommendations for technical specifications and standard operating procedures // Rhinology. 2000. Vol. 16. P. 3—17.

249. Hocevar-Boltezar I. Prevalence and risk factors for voice problems in priests // Wien Klin Wochenschr. 2009. Vol. 121 (7-8). P. 276—81.

250. Holland J. S. The Psychology of Vocational choice Waltham. Mass., 1966.

251. Höing R, Seitzer D. Clinical aspects of laryngopathia gravidarum // Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg). 1988. Nov; 67 (11). P. 564—6.

252. Ivanevich J. M. Mattes on M.T. Promoting the individual's health and well-being. Causes, coping and conseguences of stress at work / Ed. By C.L. Cooper, R.Payne. Chichester: John Wiley a. Sons, 1989. P. 267—299.

253. Kecht B. On laryngopathia gravidarum // Laryngol. Rhinol. Otol. 1951. May; 30 (5). P. 230—7.

254. Koufman J. A., Blalock P. D. Classification and approach to patients with functional voice disorders // Ann. Otol. Rhynol. Laryngol. 1982. Vol. 91. №4. P. 372—377.

255. Kretschmer. E. The psychology of men of genius. N.Y.: Harcourt, Brracc, 1931.

256. Lau R. A. Origins of health locus of control beliefs // Journal of Personality and Social Psychology. 1982. №42. P. 322—334.

257. Leroux-Robert J. Histologie et histogenese des polipes et nodules des chanteurs, comparativement aux autres tumeurs du larynx. Rev. de laryngol., (Portmann), suppl. 1955. P. 735—748.

258. Maslow A. H. Self-actualizing people: A study of psychological health. Personality symposia: Symposium on values. N.Y.: Grune& Stratton, 1950. P. 11—34.

259. Maslow A. H. Motivation and personality (3 rd ed.). N.Y.: Harper and Row, 1987.

260. Milutinivic Z. Classification of Voice Pathology // Folia Phoniatr. Logop. 1996. (48) 6. P. 301—308.

261. Mitrinowicz-Modrzeyewska A. Phisiologia und pathologia der resonanzame // Folia Phoniatica. 1960. №1. P. 12—16.

262. Motel T., Fisher K., Leydon C. Vocal warm-up increases phonation threshold pressure in soprano singers at high pitch // J. Voice. 2003. Vol. 17 (2). P. 160—7.

263. Murry T., Rosen C. A. Vocal education for the professional voice user and singer // Otolaryngol. Clin. North. Am. 2000. Vol. 33 (5). P. 967—82.

264. Nasal cavity dimensions in the newborn measured by acoustic reflections / Pedersen O.F. [et al.] // Laryngoscope. 1994. Vol. 104. P. 1023—1028.

265. Parameters of phoniatric examination of solo vocalists. / Mitrović S. [et al.] // Med Pregl. 2002. Vol. 55 (7-8). P. 309—13.

266. Practical aspects of acoustic rhinometry: problems and solutions. / Fisher E.W. [et al.] // Rhinology. 1995. Vol. 33. P. 219—223.

267. Rammage L., Morrison M. D., Nichol H. Management of the voice and its disorders. Cengage Learning. 2001. 316 p.

268. Revesz G. Prufung der musica. Litat, zeits, f. Psychol., 1920. 85 p.

269. Roe A. The Psychology of Occupations. N.Y., 1956.

270. Rosen C. A., Murry T. Nomenclature of voice disorders and vocal pathology // Otolaryngol. Clin. North. Am. 2000. Oct. 33 (5). P. 035—46.

271. Sapienza C., Ruddy B. Voice disorders. 2008. 548 p.

272. Sataloff R. T. Professional singers: the science and art of clinical care // Am. J. Otolaryngol. 1981 Aug. 2 (3). P. 251—66.

273. Sataloff R. T. Professional voice: the science and art of clinical care. 1997. 1069 p.

274. Schoen M. Resent Literature on the psychology of the musician. Psychol. Bull., 1921. 18 p.

275. Stemple J. C., Glaze L. E., Gerdeman B. K. Clinical voice pathology: theory and management. Cengage Learning, 2000. 544 p.

276. Telemedicine in laryngology / Furukawa M. [et al.] // Telemed. J. 1998. Vol. 4. №4. P. 329—333.

277. The effects of preventive vocal hygiene education on the vocal hygiene habits and perceptual vocal characteristics of training singers / R.B. Broaddus-Lawrence P.L. [et al.] // J. Voice. 2000. Vol. 14 (1). P. 58—71.

278. The mask: style and volume do not influence rhinomanometry / Maranta C.A. [et al.] // Rhinology. 1995. Vol. 33. P. 84—85.

279. The impact of tonsillectomy with or without adenoidectomy on speech and voice / Salami A. [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2008. Sep. №72 (9): 1377—84.

280. Thermal welding vs. cold knife tonsillectomy: a comparison of voice and speech / Celebi S. [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2011. Jan. №75 (1): 114—7.

281. Timmermans B., Vanderwegen J., De Bodt M. S. Outcome of vocal hygiene in singers // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2005. Vol. 13 (3). P. 138—42.

282. Tomkinson A., Eccles R. The effect of changes in ambient temperature on the reliability of acoustic rhinometry data // Rhinology. 1996. Vol. 34. P. 75—77.

283. Training outcome in future professional voice users after 18 months of voice training / Timmermans B. [et al.] // Folia Phoniatr. Logop. 2004. Vol. 56 (2). P. 120—9.

284. Vilkman E. Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement // Folia Phoniatr. Logop. 2000. 52 (1-3). P. 120—5.

285. Vocal arts medicine: the care and prevention of professional voice disorders / Benninger M. [et al.]. Thieme, 1994. 374 p.

286. Wang D. S., Rang Y. T., Yeoh K. H. What You Need To Know-Objective. Assessment of Nasal Potency — Why is it important // Singapore Med. J. 1999. Vol. 40. P. 414—417.

287. Weekx Modified Method of Acoustic Rhinometry / Carlini D. [et al.] // Acta Otolaryngol. 2002. Vol. 122. P. 298—301.

288. Zeine L., Waltar K.L. The voice and its care: survey findings from actors' perspectives // J. Voice. 2002. Vol. 16 (2). P. 229—43.

Связь с автором:
Рудин Лев Борисович
foncentr@mail.ru

УДК 616.21

МЕТОДИКА И КРИТЕРИИ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО (ФОНИАТРИЧЕСКОГО) ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ВОКАЛЬНО-РЕЧЕВЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

© Рудин Л. Б., 2015

канд. мед. наук, доцент, президент Общероссийской общественной организации «Российская общественная академия голоса»

Отоларингологическое (фониатрическое) освидетельствование лиц, поступающих на обучение по вокально-речевым специальностям — профотбор в фониатрической практике — является давней актуальной проблемой. Важность данного мероприятия, как начального звена первичной профилактики дисфоний у лиц голосо-речевых профессий, подчёркивают как педагоги, так и врачи-отоларингологи. Однако обе стороны сталкиваются с рядом методических и организационных проблем, особенно в современном законодательном пространстве РФ. На основании изучения литературных источников, законодательной базы и собственных исследований, нами была предпринята попытка систематизации полученных данных и представления их в виде предлагаемых ниже методических рекомендаций.

Ключевые слова: профотбор в фониатрической практике, первичная профилактика дисфоний, Конституция РФ, закон об образовании в РФ, противопоказания к голосовым нагрузкам.

Библиография: 10 источников.

METHODS AND CRITERIA OF OTOLARYNGOLOGICAL (PHONIATRIC) EXAMINATION OF PERSONS GOING FOR EDUCATING IN VOCAL AND SPEECH SPECIALITIES

© Rudin L. B., 2015

PhD in medical science, assistant professor, president of All-Russian Public Academy of Voice

Otolaryngological (phoniatric) examination of persons going for educating in vocal and speech function (a kind of professional phoniatric selection in practice) is a long-standing and actual problem. The importance of this event as the entry level for primary prevention of voice dysphonia in patients of speech professions is emphasized by both teachers and otolaryngologists. However, both sides face with a number of methodological and organizational problems, especially in today's legislative environment of the Russian Federation. We have attempted to systematize the data and present them in the form of proposed guidelines below basing on studying of literature, legal framework and providing own researches.

Keywords: professional selection in phoniatric practice, primary dysphonia prevention, the Constitution, the education law in Russia, contraindications to voice strains.

Bibliography: 10 sourses.

Проблема профотбора в фониатрической практике на протяжении многих лет остаётся чрезвычайно актуальной. Творческий путь будущих профессионалов голоса начинается с обучения в стенах соответствующих учебных заведений. И от того, правильно ли сделан выбор самим молодым человеком или приёмной комиссией, будет определяться его профессиональная судьба. Профотбор лиц, поступающих на обучение по вокально-речевым творческим специальностям, по медицинским показаниям является не менее важным, чем творческие испытания. Профотбор в фониатрической практике по праву можно считать начальным звеном первичной профилактики дисфоний у вокалистов [1, 4, 5, 6].

Некоторые заболевания гортани делают затруднительными или даже невозможными профессиональные голосовые нагрузки, качество голоса для творческой деятельности при них является неудовлетворительным. Более того, в процессе обучения и дальнейшей работы патологический процесс будет усугубляться [1, 4, 5, 6].

Не менее важно учитывать и интересы педагогического состава учебных заведений, которые меньше всего заинтересованы в обучении непригодных лиц, тем более, что в случае усугубления патологических проявлений, ухудшения голосовой функции, обвинения поступают именно в адрес педагога, с чем мы неоднократно сталкивались в своей практике.

К сожалению, на сегодняшний день действующее законодательство РФ напрямую не регулирует данное направление деятельности. Поэтому, в силу нежелания и / или незнания, многие учебные заведения отказались от этой практики. А некоторые, напротив, допускают злоупотребления.

В настоящее время для обоснования процедуры отоларингологического (фониатрического) освидетельствования лиц, поступающих на обучение по вокально-речевым специальностям, следует руководствоваться Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ [10].

В **Статье 28 Закона** (компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации) прописано:

1. Образовательная организация обладает автономией, под которой понимается самостоятельность в осуществлении образовательной, научной, административной, финансово-экономической деятельности, разработке и принятии локальных нормативных актов в соответствии с настоящим Федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и уставом образовательной организации.
2. Образовательные организации свободны в определении содержания образования, выборе учебно-методического обеспечения, образовательных технологий по реализуемым ими образовательным программам.
3. К компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности относятся:
   15) создание необходимых условий для охраны и укрепления здоровья, организации питания обучающихся и работников образовательной организации;
   22) иные вопросы в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6. Образовательная организация обязана осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством об образовании, в том числе:
   1) обеспечивать реализацию в полном объёме образовательных программ, соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся;
   2) создавать безопасные условия обучения, воспитания обучающихся, присмотра и ухода за обучающимися, их содержания в соответствии с установленными нормами, обеспечивающими жизнь и здоровье обучающихся, работников образовательной организации.

Опираясь на Федеральный закон можно констатировать, что:

- при обучении по специальностям, которые требуют голосовой нагрузки, создать необходимые условия для охраны и укрепления здоровья обучающимся, которые изначально имели противопоказания к подобному роду деятельности, невозможно. Здоровье в данном случае будет ухудшаться;
- обеспечить реализацию в полном объёме образовательных программ, соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся невозможно;
- создавать безопасные условия обучения таким студентам невозможно. Для них безопасными являются условия, исключающие голосовые нагрузки.

Более того, в данном Федеральном законе имеется Статья 41, полностью посвящённая охране здоровья обучающихся.

1. Охрана здоровья обучающихся включает в себя:
   3) определение оптимальной учебной, внеучебной нагрузки, режима учебных занятий и продолжительности каникул;
   4) пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни, требованиям охраны труда;
   5 организацию и создание условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом;
   6) прохождение обучающимися в соответствии с законодательством Российской Федерации периодических медицинских осмотров и диспансеризации;
   10) проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.
2. Организация охраны здоровья обучающихся (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения периодических медицинских осмотров и диспансеризации) в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, осуществляется этими организациями.
4. Организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают:
   1) текущий контроль за состоянием здоровья обучающихся;
   2) проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

В соответствии с данной статьёй, определить оптимальную учебную нагрузку, режим учебных занятий, связанных с предметами, которые связаны с активным использованием голосовой функции, не представляется возможным. В данном случае оптимальный режим занятий, а также организация и создание условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся — это их отстранение практически от полного объёма голосовых нагрузок. Более того, обеспечивая санитарно-гигиенические, профилактические и оздоровительные мероприятия, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья, учебное заведение практически обязано вести в рамках вариативной части учебного плана цикл по основам фониологии, дающей базисные теоретические знания по анатомо-функциональной организации голосового аппарата, профилактике его заболеваний.

Таким образом, в соответствии с действующим законодательством РФ, приёмные комиссии учебных заведений имеют право (в случае закрепления данных положений в правилах приёма) требовать от абитуриентов предоставления заключения от врача-фониатра об отсутствии (наличии) противопоказаний для голосовых нагрузок в силу специфики учебного заведения и реализуемых им образовательных программ, с целью защиты здоровья будущих студентов.

Данное заключение носит исключительно рекомендательный характер. Однако в случае усугубления дисфонии у студентов, имевших противопоказания, возникает возможность конфликтной ситуации. Обратимся всё к той же 28 статье Федерального Закона, пункт 7 [10]: Образовательная организация несёт ответственность в установленном законодательством Российской Федерации порядке за невыполнение или ненадлежащее выполнение функций, отнесённых к её компетенции, за реализацию не в полном объёме образовательных программ в соответствии с учебным планом, качество образования своих выпускников, а также за жизнь и здоровье обучающихся, работников образовательной организации. За нарушение или незаконное ограничение права на образование и предусмотренных законодательством об образовании прав и свобод обучающихся, родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся, нарушение требований к организации и осуществлению образовательной деятельности образовательная организация и её должностные лица несут административную ответственность в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях.

Приём от абитуриентов заключений об отсутствии (наличии) противопоказаний к голосовым нагрузкам должен также происходить строго в рамках действующего законодательства РФ. Не допускается обязывать абитуриента проходить освидетельствование в конкретном учреждении и / или у конкретного врача. Данное деяние может расцениваться как нарушение или ограничение прав и свобод человека и гражданина, что может в последующем повлечь административную или уголовную ответственность для должностных лиц учебного заведения, особенно, если последнее требует освидетельствования у врача или учреждения, не имеющих на то лицензии или права на данный вид деятельности. Организация профотбора на территории самого учебного заведения без лицензии на медицинскую деятельность также может расцениваться, как создание условий, способствующих совершению административного или уголовного правонарушения [2, 7, 8, 9, 10].

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» от 12 ноября 2012 г. №905н [3], данное обследование является прерогативой специализированных ЛОР кабинетов, оказывающих помощь пациентам с заболеваниями голосового аппарата и имеющих соответствующее материально-техническое оснащение и узкоспециализированную кадровую компетентность вне зависимости от организационно-правовой формы и форм собственности.

Исключение противопоказаний к голосовым нагрузкам является сложным процессом, предполагающим обязательное изучение функции гортани с помощью специальных методов. В свою очередь абитуриенты, обратившиеся в сомнительные учреждения, рискуют столкнуться в дальнейшем с серьёзными проблемами со стороны голосового аппарата вследствие нераспознанных противопоказаний.

В данных учреждениях в обязательном порядке абитуриенту проводится ларингостробоскопическое исследование, при необходимости акустические

и иные методы исследования. В рамках своей компетенции врач-отоларинголог имеет право на «...проведение мероприятий по профилактике, предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний ЛОР-органов, социально значимых заболеваний и профессиональных факторов риска среди взрослых и детей» (из Приказа Минздрава РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» №905н), т. е. заключение носит рекомендательный характер и не предполагает формат «годен» или «негоден» к профессии [1, 3, 4, 5, 6].

МЕТОДИКА И КРИТЕРИИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

При сборе анамнеза следует уточнить ряд моментов.

1. В какое конкретное учебное заведение поступает абитуриент. Тем самым определяется характер будущей голосовой нагрузки — речевая, вокальная или смешанная с соответствующим списком противопоказаний.
2. Возраст абитуриента. Необходимо учитывать, поступая в учебное заведение сразу после школы, что такие молодые люди в основной своей массе не имели голосовых нагрузок. Поэтому отрицание обследуемым голосовых расстройств весомой значимости не имеет. В сомнительных случаях в данной возрастной группе следует проводить функциональные пробы с нагрузкой.

У молодых людей, у которых уже есть за плечами определённый опыт (среднее специальное учебное заведение по голосо-речевой специальности, театральная студия, хор и т. д.), информация об отсутствии голосовых проблем имеет более значимый характер.

3. Аллергологический анамнез. Круглогодичные формы аллергических ринитов могут явиться противопоказанием к данным профессиям. Это связано и со спецификой производственных вредностей (грим, костюмы, декорации, сценическая пыль и пр.).
4. Наличие хронических заболеваний, препятствующих полноценному голосообразованию. В подобных случаях заключение отоларинголог сможет взять во внимание только лишь на основании соответствующих законодательных актов.

У лиц женского пола в обязательном порядке выясняется вопрос о регулярности месячных, о приёме гормональных препаратов, в том числе противозачаточных.

Осмотр ЛОР органов проводится с помощью рутинных методик. Далее в обязательном порядке проводится ларингостробоскопия.

При выявлении патологии полости носа с нарушением функции внешнего дыхания проводится передняя активная риноманометрия.

При необходимости проводится тест с 30-минутной голосовой нагрузкой и акустические методы исследования.

Абсолютными стойкими противопоказаниями к голосовым нагрузкам целесообразно считать патологию ЛОР органов, при которой физиология фо-

нации стойко нарушена, высокодифференцированные её формы невозможны или в значительной степени затруднительны, голосовая нагрузка может вызвать обострение или усугубление тяжести процесса (например, хронические ларингиты любой формы и этиологии, вазомоторные монохордиты, паралич одной половины гортани (в зависимости от положения поражённой голосовой складки), хронический полипозный риносинусит, опухолевые процессы в полости носа и пазух, тугоухость, открытая ринолалия и пр.).

Абсолютными временными противопоказаниями можно считать любые заболевания ЛОР органов, а так же их сочетания, нарушающие физиологию фонации и требующие хирургической и (или) медикаментозной их коррекции и повторного освидетельствования по результатам лечения (например, искривление перегородки носа с нарушением функции внешнего дыхания, хронический декомпенсированный тонзиллит, узелки голосовых складок, varix chordae, хронический компенсированный тонзиллит в сочетании с тонзиллогенной ларингопатией, хронический компенсированный тонзиллит в сочетании с искривлением перегородки носа и пр.).

К этой же группе будут относиться и острые воспалительные процессы в ЛОР органах. В таких случаях констатировать их наличие следует в примечании свидетельства или приглашать абитуриента на освидетельствование после выздоровления.

Относительные противопоказания будут формировать заболевания и состояния ЛОР органов, на фоне которых может нарушаться физиология фонации. Наиболее типичным и распространённым относительным противопоказанием является хронический компенсированный тонзиллит без сочетания с патологией носа и гортани.

Предлагаем пользоваться специально разработанной унифицированной формой свидетельства о состоянии здоровья (наличии / отсутствии противопоказаний для голосовых нагрузок). Она является лаконичной, самодостаточной, учитывает трёхсторонние права, обязанности и интересы (врача, абитуриента и учебного заведения).

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ № _____

Выдано _____

_____

в том, что по результатам амбулаторного обследования у врача-отоларинголога, фониатра, проведённого « ____ » _____ 2012 г.,

штамп ЛПУ

со стороны ЛОР органов отсутствуют имеются временные стойкие абсолютные относительные противопоказания для голосовых нагрузок (ненужное зачеркнуть)

Примечание: _____

_____

_____

_____

_____

подпись и личная печать врача

МП ЛПУ

Данное врачебное свидетельство основывается на конституционном праве пациента на медицинскую тайну. Диагноз в примечании может ставиться исключительно с согласия пациента, о чём делается запись в амбулаторной карте (берётся письменное согласие пациента). Также в примечании врач может дать некоторые комментарии, например, «голосовые нагрузки не противопоказаны при условии оперативного лечения патологии носа», «рекомендуется переосвидетельствование через 2 недели» и т. п.

Подобная форма свидетельства удобна в использовании, что немаловажно при увеличении потока пациентов в период массовых поступлений в учебные заведения, даёт конкретную информацию приёмным и экзаменационным комиссиям. К тому же, её очень удобно использовать в повседневной фониатрической практике, т. к. часто по показаниям на определённый период времени возникает необходимость в освобождении от голосовых нагрузок и подтверждении этого документально.

Вне зависимости от используемой формы, в свидетельстве должен стоять штамп ЛПУ с полным его наименованием согласно уставу, адресу местонахождения и контактными данными. Номер лицензии на право осуществления медицинской деятельности может не указываться, т. к. медицинская деятельность относится к лицензируемым видам деятельности и её наличие предполагается само собой. Документ визируется подписью врача, проводившего освидетельствование, скрепляется его личной печатью и печатью учреждения (основной или «для справок»).

В фониатрическом кабинете должен вестись отдельный журнал (реестр) данных свидетельств, номер записи в котором соответствует номеру самого свидетельства. Нумерацию рекомендуется проводить сквозную, начиная год с №001. Ведение реестра с нумерацией также обосновано практикой. Неоднократно в течение года педагоги обращаются за информацией к врачу, выдавшему справку, для уточнения состояния своего подопечного при поступлении, если у студента периодически возникают те или иные проблемы с голосом. Данная ситуация обычно бывает связана с приёмом абитуриентов, которым поступление не рекомендовалось или были условия, которые требовали выполнения до начала учебного года или в его процессе. Поступающие в адрес педагога претензии могут быть сразу сняты при изучении медицинской документации и реестра. С другой стороны, проблемы, начавшиеся в процессе обучения, могут требовать определённой корректировки педагогических подходов.

Предлагаем следующую форму реестра.

№№ п/п	дата выдачи	ФИО год рождения	куда предоставляется заключение	№ амб. карты	заключение

В графе «заключение» указывается лишь та формулировка, которая фигурирует в свидетельстве (например, «отсутствуют противопоказания»).

Информация о состоянии голосового аппарата абитуриента или студента может предоставляться только лишь в объёме графы «заключение», т. е. имелись или отсутствовали противопоказания на момент осмотра. Более детальная информация предоставляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

БИБЛИОГРАФИЯ

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

2. Конституция Российской Федерации.

3. *Приказ* Министерства здравоохранения и социального развития от 12 ноября 2012 г. № 905н.

4. *Романенко С. Г., Павлихин О. Г., Елисеев О. В.* Роль оториноларинголога и фониатра в профессиональном отборе студентов, поступающих в творческие вузы // Российская оториноларингология. 2008. Приложение №3. С. 447—449.

5. *Рудин Л. Б.* Профориентация, профотбор и профпрогноз в фониатрической практике // Российская оториноларингология. 2004. №4. С. 141—145.

6. *Рудин Л. Б., Бородина О. В.* Профотбор лиц, поступающих на обучение по вокально-речевым специальностям: нормативно-правовая база // Голос и речь. 2012. №2 (7). С. 52—60.

7. Уголовный Кодекс РФ, статья 171 (незаконное предпринимательство), 235 (незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью).

8. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ.

9. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.2010 г. № 128-ФЗ.

10. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ.

ПЕДАГОГИКА

УДК: 37

БЕЗЗАВЕТНОЕ СЛУЖЕНИЕ ИСКУССТВУ

© Агин М. С., 2015

заслуженный деятель искусств РФ, заслуженный работник культуры высшей школы РФ, канд. пед. наук, профессор, зав. кафедрой академического сольного пения ФГБОП ВПО «Российская академия музыки имени Гнесиных» (и. о. ректора — заслуженный деятель искусств РФ, профессор Г. В. Маяровская).

Статья посвящена выдающейся камерной певице, народной артистке СССР, Лауреату Государственной и Ленинской премий, профессору Заре Александровне Долухановой. Она, выступая во многих концертных залах мира, внесла огромный вклад в дело процветания камерного вокального исполнительства. Благодаря певице многие произведения современных композиторов увидели свет, были по достоинству оценены слушателями. Помимо исполнительской деятельности Долуханова долгие годы работала преподавателем сольного пения, передавая своё высокое мастерство молодым певцам-профессионалам.

Ключевые слова: Зара Александровна Долуханова, концертно-камерное исполнительство, творческие контакты с видными деятелями музыкального искусства, вокально-педагогические установки.

Библиография: 10 источников.

SELFLESS SERVICE TO ARTS

© Agin M. S., 2015

Honored Artist of the Russian Federation, Honored Cultural Worker of Higher School of the Russian Federation,Candidate of Pedagogic Sciences, Professor, the Chairperson of the Department of Academic Solo Singing of the Federal State Budgetary Educational Organization of Higher Professional Education "Russian Academy of Music named after Gnesiny" (Acting Rector — Honored Artist of the Russian Federation, professor G. V. Mayarovskaya).

The Article is devoted to the outstanding intimate performance singer, People's Artist of the USSR, the Laureate of the State and Lenin's Prize, professor Zara Aleksandrovna Dolukhanova. Performing in many concert halls of the world, she made a great contribution to flourishing of vocal performance. Thanks to the singer many creations of modern composers saw the daylight, were appreciated by audience. Besides the artistic performance activity Dolukhanova for many years worked as the teacher of solo singing, passing her high proficiency to young singers-professionals.

Key words: Zara Aleksandrovna Dolukhanova, concert-intimate performance, artistic contacts with eminent persons of music art, vocal-pedagogic staging.

Reference Literature: 10 sources.

Зара Александровна Долуханова родилась 15 марта 1918 года в Москве. Мать певицы, Е. Г. Бабаян, обладала редким по красоте, поставленным от природы голосом. Ещё в гимназические годы она приобщилась к классическим романсам, будучи участницей музыкальных спектаклей и концертов. С мечтою стать профессиональной певицей отправилась из Александрополя в Москву, где первым её консультантом был прославленный в России маэстро Умберто Мазетти. По его рекомендации Бабаян приняли на Визлеровские музыкальные курсы. Пением она стала заниматься у А. В. Юрьевой, известной в прошлом солистки, соратницы и друга А. В. Неждановой, а фортепианному искусству её обучала совсем юная в те годы В. В. Барсова, в будущем примадонна Большого театра.

Отец, А. М. Макарьян, по образованию инженер-механик, обожал музыку и был разносторонне одарён: самостоятельно овладел игрой на скрипке и фортепиано, был флейтистом любительского симфонического оркестра. Таким образом, обе дочери талантливых родителей, Дагмара и Зара, с первых дней своей жизни существовали в атмосфере, насыщенной музыкой, с ранних лет приобщались к подлинной музыкальной культуре.

Маленькая Зара поражала точным слухом, примерно с трёх лет быстро научилась повторять за матерью отдельные ноты и интервалы. С пяти лет она стала брать уроки игры на фортепиано у О. Н. Карандашевой-Яковлевой, а в десятилетнем возрасте поступила в детскую музыкальную школу им. К. Н. Игумнова. Уже на третьем году обучения под руководством своего педагога С. Н. Никифоровой, играла сонаты Гайдна, Моцарта, Бетховена, прелюдии и фуги Баха. Вскоре перешла в скрипичный класс и через год стала студенткой музыкального техникума им. Гнесиных, где проучилась с 1933 по 1938 год.

Голос у будущей певицы обнаружился в шестнадцать лет. Заслуга в том камерной певицы и педагога Веры Мануиловны Беляевой-Тарасевич, которая сумела разглядеть и взрастить едва приметные ростки вокального таланта у молодой скрипачки. Педагог, опираясь на естественно и красиво звучавшие ноты, определила её голос как меццо-сопрано. Она же сформировала её эстетику, вкус, привила основы исполнительской культуры. Занятия с Верой Мануиловной помогли голосу будущей певицы выкристаллизоваться и окрепнуть, заложили прочную основу для дальнейшего интенсивного развития. Главное, что воспитала в ученице педагог — активное отношение к тому, что она делает.

«Зара Долуханова не стала ни пианисткой, ни скрипачкой. Занятия на фортепиано и скрипке, как выявилось позже, были только первыми пробами, дальними подступами на пути к основному, главному в жизни. Однако они оказали существенное влияние на направление музыкального развития будущей певицы, на самый процесс её формирования. Здесь она познакомилась с серьёзной классической музыкой, полюбила её. Здесь развивался её тонкий вкус и многообразные музыкальные интересы.

Несомненно, что именно этот, поистине счастливый путь её развития прежде всего как музыканта, в конечном итоге определил многие замечательные черты ее исполнительского стиля, помог ей стать исполнительницей самого высокого класса». [7]

Всю свою жизнь огромное значение придавала Зара Александровна самообразованию. Вместе с мужем своей сестры Дагмары, П. Г. Лисицианом, они были завсегдатаями концертов, слушали музыкантов разных исполнительских специальностей. Оба учились не только у своих педагогов, но и у великих итальянских певцов. Лисициан считал своим главным учителем Маттиа Баттистини, а Долуханова — знаменитую Амелиту Галли-Курчи. Из русских оперных певцов Зара Александровна больше других любила Обухову, Давыдову, Максакову и Лемешева, которые в те годы переживали пору наивысшего расцвета.

Дальнейшее профессиональное становление Долухановой, рост и совершенствование её мастерства были связаны с супругом — композитором и пианистом А. П. Долуханяном. Это был человек в высшей степени компетентный в вокально-технологических вопросах, умевший и любивший заниматься с певцами, эрудит, музыкант крупного масштаба. Именно он познакомил будущую выдающуюся певицу современности с шедеврами музыкальной классики, и именно при нём она вышла на самостоятельную дорогу.

Свои первые профессиональные шаги Зара Александровна сделала в Ереванском театре оперы и балета. Став в 1939 году солисткой театра, она в течение нескольких лет консультировалась у выдающейся армянской певицы Айкануш Даниэлян, которая в 1920 году окончила Петроградскую консерваторию по классу Н. А. Ирецкой. С Даниэлян Зару Александровну связывали самые дружеские отношения. Театр стал для Долухановой школой вокального и сценического мастерства. В живом творческом общении с замечательными мастерами оперной сцены — певцами Шара Тальяном, Айкануш Даниэлян, Татевик Сазандарян, Павлом Лисицианом, дирижёром Михаилом Тавризианом и другими товарищами по искусству — Долуханова приобрела ценный сценический опыт, развила своё артистическое дарование.

За несколько лет работы в оперном театре Зара Александровна подготовила и исполнила такие партии, как: Дуняша («Царская невеста» Н. Римский-Корсаков), Полина и Ольга («Пиковая дама», «Евгений Онегин» П. Чайковский), Вторая девушка («Ануш» А. Тигранян), Гаянэ («Алмаст» А. Спендиаров), Зибель («Фауст» Ш. Гуно), Эмилия («Отелло» Дж. Верди). Эти семь оперных партий были уже в репертуаре певицы, которой едва исполни-

лось двадцать шесть лет! В таком возрасте, а то и позже, у певиц только-только начинается оперная карьера. Но после трехгодичного пребывания в труппе Ереванской оперы, Долуханова никогда больше не появлялась на оперной сцене, хотя были неоднократные попытки пригласить её на исполнение той или иной роли. Например, дирекция Лондонского театра Ковент- Гардена приглашала Зару Александровну на роль Амнерис («Аида»), но и тут всё было безуспешно. Что за этим стояло? Почему певица в расцвете творческих сил решила оставить оперный театр, где завоёвывала всё более твёрдое положение? Ответ дала сама Долуханова: «В оперном театре многое стесняло меня. Трудно было мириться с довольно медленным обновлением репертуара. Тяготила необходимость частого повторения одних и тех же партий. Я чувствовала себя слишком зависимой от дирижёра, режиссёра, партнёров. Порой мне не нравилась концепция постановки, её музыкальная интерпретация. Словом, в опере мне было тесно, я чувствовала, что не могу себя выразить как индивидуальность... На радио — совсем иное. Выступать приходилось почти каждый день. Постоянно менялись программы. Они должны были быть интересными и разнообразными. Здесь можно было петь романсы русских и зарубежных классиков, арии из опер старинных и новых мастеров, народные песни. Здесь приходилось участвовать в исполнении крупных музыкальных произведений — кантат и ораторий, в оперных радиопостановках. Такая творческая деятельность мне ближе».

По самому своему существу жанр камерной музыки даёт наибольший простор — и композитору, и исполнителю — для раскрытия личного, лирического, субъективного начала. В камерной музыке певице оказывались близкими и специфика содержания жанра, и связанный с нею своеобразный строй музыкального мышления, и характерные средства художественного выражения. Её всё больше привлекали ювелирная отточенность и усложнённость интонационного строя музыки, большая подвижность, частая смена гармонического колорита и динамики, а нередко — преобладание декламационного начала и т. п.

Ранней осенью 1944 года Долуханова вернулась в Москву и стала солисткой Всесоюзного радио. С первых дней пребывания на радио Зара Александровна лично познакомилась со всеми его солистами, каждого из которых она любила слушать и хорошо знала по музыкальным передачам ещё в годы учёбы. Теперь все они — Георгий Абрамов, Наталья Рождественская, Ольга Аматова, Зоя Муратова, Нина Александрийская, Людмила Легостаева, Изо Голянд, Даниил Демьянов и другие — стали её товарищами по работе.

Певица стала активно участвовать в пропаганде камерной музыки — исполнять романсы русских и западных композиторов, крупные музыкальные произведения (кантаты и оратории), участвовать в концертных постановках таких опер, как «Любовь к трём апельсинам» и «Игрок» С. Прокофьева, «Орлеанская дева», «Опричник» и «Иоланта» С. Чайковского, «Сестра Анжелика» Дж. Пуччини, «Испанский час» М. Равеля, «Волшебная флейта», «Так поступают все» и «Свадьба Фигаро» В. Моцарта, «Фра-Дьяволо» Г. Обера, «Золушка» и «Итальянка в Алжире» Дж. Россини, «Рафаэль» А. Аренского, «Майская ночь» Н. Римского-Корсакова и др. За время работы на радио Долу-

ханова исполнила огромное количество произведений А. Скарлатти, Б. Марчелло, Дж. Кариссими, Ф. Шуберта, Дж. Россини, Ф. Листа, Ж. Массне, Г. Вольфа, Й. Брамса, К. Дебюсси, М. Глинки, А. Рубинштейна, М. Мусоргского, С. Танеева, Н. Метнера, Н. Мясковского, Ю. Шапорина, Н. Ракова, А. Арутюняна, А. Долуханяна и многих других.

Зара Долуханова подхватила эстафету, начатую в своё время одной из лучших русских камерных певиц М. А. Олениной-д`Альгейм, которая первой рискнула выступить с программой, исполняемой ею одной из песен и романсов русских и западноевропейских композиторов. Позже на концертной эстраде стали выступать такие известные камерные певцы, как Н. Райский, З. Лодий, А. Доливо, В. Духовская, К. и Н. Дорлиак. Крупная камерная певица Зоя Петровна Лодий, высоко оценивая талант Долухановой, увидела в молодой певице свою творческую «наследницу». Она написала Заре Александровне: «Моя бесконечно дорогая Зара! Каким служит для меня утешением, что Вы несёте в жизнь те песни, которым я отдала своё творчество... Как отрадно мне знать, что наше прекрасное искусство хранится в Ваших чистых руках и мудром сердце — в Вашем удивительном таланте».

В 1966 году в журнале Огонёк вышла статья И. Вершининой «Золотой голос», из которой мы узнаём о первых робких профессиональных шагах будущей великой камерной певицы. Вот что писал автор: «Дебют Додухановой на концертной эстраде произошел в 1946 году. Она исполнила маленькую роль Эльфа в литературно-музыкальной композиции «Сон в летнюю ночь». Вступление, которое читал Василий Иванович Качалов, кончалось словами: «Теперь пусть музыка звучит...». Прославленный актёр, замечательный чтец, превративший эстраду в храм большого искусства, он словно передавал эстафету искусства Заре Долухановой. «Теперь пусть музыка звучит...». И она зазвучала» [4].

Важным событием в жизни Долухановой стал 1949 год. Это был год победы на Международном конкурсе вокалистов, который состоялся в рамках Второго Всемирного фестиваля молодёжи и студентов в Будапеште. Будучи солисткой Радиокомитета, вместе с Фирсовой, Смоленской и Петровым она получила золотую медаль и звание лауреата, своё первое почётное звание. По условиям конкурса победители получали право на сольный концерт. И хотя Долуханова не готовила специальную программу, она с честью подготовила и выступила на таком концерте. Это было первое сольное выступление певицы перед публикой. «Победа на конкурсе явилась своеобразной кульминацией, блистательно завершившей первый этап пути к овладению исполнительским мастерством. Долуханова становится концертанткой. Перед ней гостеприимно раскрываются двери филармоний в нашей стране, а потом и за рубежом» [7].

За время работы на радио, а позже в филармонии (1959-82) Долуханова была в тесном контакте со многими концертмейстерами. Среди них такие известные имена, как: Берта Козель, Александр Ерохин, Нина Светланова, Владимир Хвостин.

В 1957 году Зара Александровна экстерном окончила вокальный факультет ГМПИ (РАМ) им. Гнесиных. Будучи уже широко известной и признан-

Концерт в БЗ консерватории 1975 г.

ной певицей, народной артисткой Российской Федерации, она снова села за книги и учебники, чтобы завершить высшее музыкальное образование. В течение двадцати трёх лет (до 1982 года) Зара Александровна была солисткой Московской государственной академической филармонии.

Голос у Долухановой поистине редкий. Необычайно красив её своеобразный тембр — нежный, бархатистый. Огромен его диапазон. Удивительно, сколь различным может быть характер его звучания. И всё же вокальное мастерство только средство искусства Долухановой, всегда подчинённое главному — созданию впечатляющих художественных образов. Певица умеет уловить и выделить наиболее характерные особенности творчества композитора, тонко раскрыть смысловое и эмоциональное содержание музыки. Незаурядно её искусство перевоплощения, безукоризненно чувство стиля. Очень точно выражено в исполнении Долухановой её собственное восприятие созданного автором образа — она обогащает его множеством ассоциаций, рождая у слушателя живое ощущение той эпохи, в которую было создано произведение. И каждое новое возвращение певицы к тому, что она исполняла прежде — всегда ещё более глубокое прочтение авторского замысла, раскрытие новых его граней.

«Особенно близка творческой индивидуальности певицы философская лирика. Сдержанность исполнительского стиля Долухановой как нельзя лучше соответствует сосредоточенно-созерцательным настроениям произведений такого рода...

С первых звуков мелодии Долуханова овладевает вниманием зала. Возникает и постепенно становится всё более ощутимой особая вдохновляющая атмосфера непосредственного контакта певицы со слушателями. Долуханова умеет разбудить воображение слушателя, вызвать его на сотворчество, столь необходимое для серьёзного и глубокого восприятия искусства. Её исполнительское мастерство приносит высокое художественное наслаждение, оказывает огромное нравственное воздействие. Так бывает, когда соприкасаешься с истинной красотой и гармонией» [7].

Зара Александровна непостижимо тонко угадывает тот духовный процесс, который побудил композитора высказаться, был толчком к созданию произведения. В её исполнении мы словно чувствуем акт творчества, и не потому ли это ощущение причастности придаёт каждой вещи дыхание подлинной жизни.

Среди камерных певцов не так много можно найти артистов, у которых амплитуда художественных интересов была бы столь широка, как у Долухановой. С большим мастерством и неповторимым своеобразием певица передаёт музыку эпохи барокко, старинных итальянских мастеров, венских классиков, композиторов-романтиков, французских импрессионистов, современных русских (советских) и зарубежных композиторов.

Явственнее всего класс музыканта-певца выявляется в исполнении произведений Баха и Генделя. Именно этот вокальный стиль ближе всего к инструментальному, и требования к голосу, технике, выразительности здесь очень высоки. Генделевские сочинения звучат у Зары Александровны ярко, эмоционально приподнято. Технические трудности преодолеваются с изяществом, а подчас и азартом, произведения интерпретируются, как того желал сам автор, несколько свободнее, нежели у Баха. В исполнении произведений Баха убедительнее всего выявляется творческая зрелость певицы, её умение отрешиться от всего побочного, внешнего, выразить главное — смысл жизненного явления, запечатленного в искусстве. Сколько благородства в звучании голоса Зары Александровны когда она поёт произведения Баха. Долуханова тонко чувствует и передаёт цельный и гармоничный мир композитора. Нет эмоциональной открытости, бурных кульминаций, сильных акцентов. Певица осторожно пользуется тембровыми контрастами и разнообразием оттенков выразительности. И всё-таки Бах у Долухановой не лишён человеческой теплоты, более того, он как бы исходит из самого нутра, согретого живым восприятием неподдельного чувства, которое всегда ново.

Долухановская интерпретация музыки старых мастеров безупречна. Певица воссоздаёт строгость архитектоники произведений, и, одновременно, его поэтическую атмосферу, умело находит яркую эмоциональную выразительность. Технические сложности исполняются умело, красиво, с видимым удовольствием. Она даёт возможность эмоционально понять, почувствовать разнообразие эпох, стилей в искусстве. Главное достижение певицы, выделяющее её среди коллег — способность уподобить свой голос музыкальному инструменту. Искусство Долухановой содержательно и серьёзно. Вместе с тем оно искренне, просто, благородно и поэтично. В этом сила редкого артистического обаяния певицы.

Сколько нежности, теплоты, разнообразия красок в голосе певицы, когда она исполняет произведения старых итальянских мастеров: Перголези, Скарлатти, Кальдаро, Страделла, Джордани, Каччини. В голосе певицы господствует стихия чувств. Не зная текста произведения, по блеску тембра, по манере подачи звука, по эмоциональной настроенности певицы можно догадаться о чём поется в каждом из них.

Долуханова считает, что для камерного певца музыка XIX века, века романтизма — представляет наиболее обширное поле деятельности. В её концертах звучат вокальные циклы и произведения Ф. Шуберта, Р. Шумана, Ф. Листа, Э. Грига, И. Брамса, Г. Вольфа, Р. Штрауса и многих других. «Я увлекалась, заинтересовывалась произведениями самых разных музыкальных стилей. Это и старинная музыка, и венская классика..., и композиторы 20-го века... Ведь в чём прелесть романса? В том, что он может быть бесконечно разным: от сложнейшего психологически и драматически — до простого, как песня, несущего в себе какое-то одно ясное чувство. И такие романсы могут быть бесконечно обаятельными», — говорит Долуханова.

Из зарубежных композиторов, творивших на рубеже XIX и XX веков, и позже, широко представленных в обширном репертуаре Долухановой, можно отметить прежде всего Ф. Пуленка, М. де Фалья и М. Равеля. Тут можно говорить о «театре одного певца», где мастерски выстроены вокальные картинки («Сельские песни» Пуленк), и праздничность звучания, открытость и напор эмоций («Семь испанских народных песен» де Фалья). А вершиной концертов певицы зачастую было исполнение «Хабанеры» М. Равеля.

Русской камерной музыке в репертуаре певицы посвящались целые развёрнутые программы. В начале творческого пути Зара Александровна отдавала предпочтение вокальным сочинениям П. Чайковского и С. Рахманинова, но постепенно открыла для себя М. Глинку, А. Танеева, С. Рубинштейна, А. Бородина, М. Мусоргского, Н. Римского-Корсакова и других композиторов.

«Она уже в ранний период творчества постигла основополагающий принцип русской вокально-исполнительской школы — умение сочетать психологически окрашенное, живое, дикционно безупречное слово со свободным звуковедением, bel canto, стремилась раскрыть смысловую и эмоциональную глубину текста и подтекста. К тому же её голосу, темпераменту близки драматическое напряжение и страстность, свойственные отечественной музыке» [10].

С именем певицы связан ренессанс метнеровских романсов. Его романсы не легки для исполнения, однако у Долухановой звучат легко и естественно. Это связанно с органическим постижением композиторского стиля, его непростого языка, чуткой передачи напряжённой экспрессии, полного сотворчества певицы и композитора.

Долуханова была первой исполнительницей ряда произведений Д. Шостаковича, С. Прокофьева, Г. Свиридова, Р. Щедрина, М. Таривердиева, В. Гаврилина и других композиторов. Она первая исполнила вокальные циклы молодого неизвестного тогда ещё М. Минкова, романсы и песни таких мастеров, как А. Хачатурян, Ан. Александров, З. Левина, произведения С. Слоним-

ского, Г. Фрида и др. Именно в исполнении Долухановой впервые прозвучали пушкинские романсы В. Нечаева и Н. Макаровой.

С каким большим мастерством и своеобразием Зара Александровна исполняет «Гадкого утёнка» С. Прокофьева. Б. Асафьев так писал об этом произведении: «Описать подробно те блёстки находчивости, юмора, лукавства, остроты характеристик и прелесть "речитатива", что рассеяны и рассыпаны по сказке, — немыслимо. Поразительно, как Прокофьев умеет к каждому образу подойти как-то по-иному, чем было раньше... И весну, и лето, и осень, и зиму, и лебедей... он воплощает в звуках, согласно своей, только ему свойственной точке зрения, для всего находить новые краски и оттенки» [7]. Донести до слушателя всё богатство и сложность произведения, созданного композитором, обогатив и дополнив его силой своего исполнения — труднейшая задача, и не каждому исполнителю она по плечу. Слушая Долуханову как бы попадаешь вместе с ней в мир сказочных героев и живёшь вместе с ними. Справедливо можно отнести слова Асафьева, сказанные в адрес Прокофьева, и к Долухановой, так как она блестяще справляется с замыслом произведения.

Достаточно прослушать два таких крупных произведения в исполнении певицы, как вокальный цикл В. Гаврилина «Русская тетрадь» и «Сольфеджио» Р. Щедрина, чтобы понять и убедиться насколько многогранно и велико искусство Зары Долухановой.

Почти в каждой программе певицы встречается имя Ю. Шапорина, что говорит о многолетней привязанности Долухановой к творчеству этого композитора. Больше других любимы певицей его романсы «Прохладой ночь дохнула», «Приближается звук», «Твой южный голос томен» и «Заклинание».

Долуханова помогла ощутить глубину и сложность психологических переживаний, заключённых в романсах Н. Мясковского. Она неутомима в поиске наиболее адекватной музыке интонации, а её голос, гибкий, полётный, то звонкий, то тёмно-глухой, то вдруг затухающий бесплодным звуком, позволяет найти эту верную интонацию.

У Зары Александровны хранится множество посланий-поздравлений, благодарностей за исполнение, приглашение в гости от Д. Шостаковича, с которым её связывали многолетние творческие и добрососедские отношения. Певица своим исполнением музыки Шостаковича, кладезя мыслей, образов, красок, помогла навсегда развеять миф о якобы её невокальности, созданный когда-то вокалистами-ремесленниками, но отнюдь не певцами-художниками.

Зара Александровна Долуханова нередко предстаёт перед нами как мастер пейзажа, создавая с помощью разнообразных тембральных красок буквально зримые картины природы: то зимние — как в романсе Свиридова «Зимняя дорога», то весенние, как в романсе Стравинского «Весна монастырская».

Долуханова всегда стремилась, чтобы современная классика была, наконец, оценена по достоинству и занимала в программах певцов подобающее место. Например, ею был полностью поддержан новаторский поиск композитора М. Таривердиева в области выразительных средств. Среди его достоинств певица отмечает чуткость к поэтическому тексту, удивительно точное

следование за малейшими переменами настроения, изгибами фразы, образными нюансами.

Отношение певицы к исполнению произведений советских композиторов ярко отражено в статье профессора Н. Шпиллер «Непрестанное обновление» за 1976 год: «Большой музыкант, интерпретатор, Долуханова неустанно пополняет свой репертуар забытыми произведениями прошлого и новыми опусами современных композиторов. Особенно внимательно следит она за творчеством советских авторов. Благодаря ей многие сочинения советской музыки приобрели любовь слушателей. Это огромная заслуга талантливой певицы» [9].

Стремление к подлинности, чистоте стиля, к постижению национального колорита и в то же время свободному самовыражению свойственно Долухановой при исполнении народной музыки. Она пела концертные обработки песен, сделанные Бетховеном, Равелем, Прокофьевым, Комитасом, Долуханяном и др. В репертуаре Долухановой песни многих стран мира. В радиостудии и на концертной эстраде звучали русские и армянские песни, тирольские и негритянские, испанские и венецианские, шведские и датские, греческие и латиноамериканские. В общей сложности Заре Александровне довелось петь более чем на двадцати языках, в большинстве своём абсолютно незнакомых. Но певица настолько правдиво старалась проникать в сущность того или иного национального характера, что каждый раз казалось, что она рассказывает о своём, самом близком и сокровенном.

Многолетний работник Всесоюзного радио В. Тимохин очень точно охарактеризовал это качество, присущее только великим певцам. Он пишет: «Есть артисты, которые адресуют своё искусство непосредственно сердцу слушателя. И есть артисты, своеобразие мастерства которых открывается слушателю лишь после напряжённой работы мысли. Не пытаясь сравнивать, а тем более, противопоставлять эти два типа художников, скажем только, что Зара Долуханова счастливо сочетает в своём исполнительском творчестве яркую эмоциональность и углублённый интеллектуализм. Искусство певицы, его неповторимость постигаешь умом и сердцем, принимаешь безоговорочно и целиком» [8].

Душа Зары Александровны отдана музыке. Вся её жизнь — это неустанный труд и поиск, беззаветное служение искусству и людям. Ей присуще одно из важнейших свойств большого артиста — работоспособность как качество профессионального характера. В репертуаре певицы около тысячи вокальных произведений. Тонкая музыкальная восприимчивость позволила ей перенести с пыльных полок библиотек на концертную эстраду не одну вокальную жемчужину.

Большая артистическая деятельность З. Долухановой охватывает сорокалетний период. Она выступала в лучших концертных залах страны, Европы, Северной и Южной Америки, Азии, Австралии и Новой Зеландии. В большинстве крупнейших музыкальных центров мира певица концертировала регулярно и с большим успехом. Популярность Долухановой как в нашей стране, так и во всём мире исключительно велика, о чём свидетельствуют восторженные рецензии критики: «Эта великая артистка обладает восхити-

Долуханова и концертмейстер В. И. Хвостин. 1980 г.

тельным голосом, одновременно мощным изысканно тонким, насыщенным, плотным и сочным, как персик. Работа дала ей исключительное владение звуком. Всё, что она делает, кажется совершенно естественным и божественно простым. Никакого усилия, никакого напряжения. Она поёт так же просто, как мы дышим... Её беспрестанно вызывали, аплодировали, приветствовали, крича, смеясь от радости, слыша её, и, наконец, не хотели отпускать, Зал стоя требовал ещё и ещё одну вещь. Он не мог насытиться...» (Симон Тери. Франция, 1953). Музыкальный критик В. Городинский в статье «Зара Долуханова» (1957) дал наивысшую оценку зрелому творчеству исполнительницы: «Зара Долуханова одна из очень немногих выдающихся художников, которые умеют свой огненный темперамент, стихийную силу своего дарования подчинить контролю постоянно бодрствующей зрелости и глубокой мысли... Долуханова довела до степени высокого совершенства мастерство певца-концертанта, придав ему значение и смысл выразительно-драматического пения... Эта артистка представляет собой живое воплощение идеала концертного певца-художника» [5]. Известный американский музыкальный критик Л. Бианколли в 1959 году писал: «Русские опять это сделали! На сей раз — это не спутник. Но что за певица, и что за т р и у м ф! Огромные толпы людей реагировали так, будто вернулся золотой век пения» [6]. Музыкальный обозреватель чикагской газеты Роджер Деттмер утверждал: «Зара Долуханова — великая

певица с точки зрения любого масштаба... она поёт лучше кого бы то ни было в мире» [3]. Ему вторит французский критик Жорж Леон: «Зара Долуханова вызвала всеобщий энтузиазм как публики, так и критики, единодушно поместивших её в первый ряд певиц мирового значения. Вы сами можете оценить правильность суждений о ней. Слушая в её исполнении арии Кащеевны, Марфы или Орлеанской девы. Вы, несомненно, поймёте — почему она имеет право быть сравненной с великими артистками. Мастерство техники никогда не сможет удовлетворить слушателя: он требует ещё чувства, музыкальности и вдумчивости. Только в совокупности эти качества создают впечатление высокого стиля. Этим обладает Зара Долуханова... Она отступает назад, прячет свою личность, выдвигая вперёд музыку. Поэтому она с успехом поёт и оперные арии, и романсы, и народные песни, так как для подлинных артистов нет запретных областей» [7].

Долуханову связывали тёплые, дружеские отношения со многими видными музыкантами нашего времени: композиторами (С. Прокофьев, А. Хачатурян, Д. Шостакович, Д. Кабалевский, В. Гаврилин, С. Слонимский, М. Минков и др.), певцами (З. Лодий, И. Яунзем, В. Иванова, В. Давыдова, М. Максакова, И. Архипова, Е. Образцова и др.), инструменталистами (С. Рихтер, В. Спиваков, Л. Ройзман и др.), литераторами (И. Андронников, Л. Мартынов, К. Кулиев и др.) и другими. Многие профессионалы и любители вокального искусства писали ей восторженные письма: «Знаете ли Вы, как прекрасен Ваш голос! Его нельзя сравнить ни с чем. От одного его неповторимого звучания хочется плакать...», «Я Вас обожаю, в этом ничего нового, просто не знаю другого слова. Есть много хороших певцов. Вы — единственная. В Вас — что-то от Бога...» и т. д. Содержание всех писем не раскроешь, для этого потребуется отдельное издание книги, но выдержки из двух хотелось бы привести. Первое принадлежит М. Минкову: «Зара Долуханова... Фантастический голос этой великой певицы необыкновенно окрашенный, полный тайны и света!.. Сколько раз слышал я его по радио! Мне кажется, этот голос существовал всегда, и я вспоминаю, как в нашем доме всё затихало, когда объявляли по радио: «Поёт Зара Долуханова»...

Было бы странным, если бы великая певица не имела бы учеников. С любовью, как всё, к чему прикасается её необъятный талант, ведёт она класс в институте имени Гнесиных. Не раз узнавал я от неё, что талантливая студентка поёт мой цикл.

А последнее увлечение живописью! Великолепные работы украшают дом Зары Александровны. Может быть, знатоки скажут, что где-то не хватает школы... Но я вспоминаю слова моего педагога Арама Ильича Хачатуряна о том, что в творчестве главное — «жизненный витамин». Профессии можно научить и научиться, а «жизненный витамин» либо есть, либо нет. Так вот в живописи Зары Александровны есть свежее дыхание жизни. И я благодарю судьбу за счастье быть знакомым с человеком, которому Бог дал всё — многие таланты, красоту, женственность, огромную культуру, с которой Долуханова, как мне кажется, родилась, и необыкновенную любовь к жизни, которой я восхищаюсь и которой завидую». Второе письмо написал художественный руководитель ансамбля «Виртуозы Москвы» В. Спиваков: «Ваш несравнен-

ный голос уносил нас в звенящую тишину Млечного пути, где звучит божественная музыка сфер, где в бесконечном хороводе миров ярко вспыхивают и угасают звёзды. И этот же голос возвращал нас к себе, чтобы осознать всю хрупкость, всю непрочность прекрасного, но краткого мгновения нашей жизни.

И сегодня мы по-прежнему дышим воздухом, напоённым ароматом этого голоса, нежным, страстным, чарующим, наполняющим сердце радостью и уносящим душу ввысь».

Голос Долухановой звучит на более чем 50-ти пластинках и 10-ти компакт дисках, куда вошли произведения разных стилей и направлений: старинная музыка, арии, романсы, народные песни. О неугасаемом интересе к её творчеству говорит то, что, например, только за период с 1990 по 1995 гг. фирмами «Мелодия», «Monitor», «Austro Mechana» и «Russian Disc» было выпущено восемь компакт-дисков.

Искусство Зары Александровны Долухановой высоко оценено в нашей стране и за рубежом. В 1951 году она удостоена Государственной премии за выдающуюся концертную деятельность; в 1952 году певице присвоили звание заслуженной артистки АССР, затем в 1955 году — народной артистки АССР. С 1956 года Долуханова — народная артистка РСФСР, а в 1990 стала народной артисткой СССР.

В 1960 году известный американский певец Поль Робсон вручил З. А. Долухановой Почётную грамоту, присужденную ей Всемирным советом мира «За выдающийся вклад в дело укрепления мира и дружбы между народами», а в 1966 году — она первой из советских певиц была удостоена Ленинской премии.

В 1988 году Международное астрономическое общество присвоило имя Зары Александровны одной из звёзд нашей галактики в созвездии «Змеи». В 2000 году Международный объединённый биографический центр выпустил книгу, посвящённую завершению XX века. Достойное место в разделе книги «200 выдающихся деятелей современности» заняла и народная артистка СССР, профессор З. А. Долуханова.

Поклонники Долухановой писали ей письма, посвящали свои эссе, стихотворения. В 1998 году на юбилейном вечере певицы поэт Петр Градов сочинил такое стихотворение-экспромт:

Долуханова Зара,
Долуханова Зара!..
Мы — поклонники этого Божьего дара.
Только с трепетным танцем Галины Улановой
Я серебряный голос сравню Долухановой.

И те, кто справа,
И те, кто слева,
И Бог с небесной высоты —
Видит, на сцене сидит королева —
Музыки и красоты!

Сначала преподавательская работа Долухановой была лишь частью творческой и совмещалась с исполнительской. Активная педагогическая деятель-

ность певицы началась в 1972 году на кафедре сольного пения ГМПИ (РАМ) им. Гнесиных. С 1980 в течение почти пяти лет Зара Александровна руководила кафедрой сольного пения. На протяжении многих лет давала мастер-классы в стране и за рубежом (Италия, Германия, Франция и др.), являлась членом жюри ряда Всесоюзных и Международных вокальных конкурсов.

Интересны высказывания Зары Александровны, касающиеся вопросов вокального образования, личности педагога вокалиста, тех задач, которые стоят перед ним и его учеником. Они составляют основу педагогической деятельности профессора Долухановой. Вот некоторые из них.

«Преподаванием я стала заниматься очень поздно, но мне кажется, что я только выиграла от этого, потому что уже имела большой сценический опыт. Я была знакома с замечательным преподавателем пения Евгением Августовичем Кангером, и он то меня и посвятил во все тонкости технологического совершенства голоса. Он рассказал мне буквально всё, от «а» до «я». Я всё попробовала на себе и всё знаю практически, а не только теоретически ...

Урок по специальности — это и есть подготовка студента не только к исполнению, но и к педагогической работе. Если вы учите студента какой-то

Гастроли в США. В здании Конгресса с концертм. Н. Светлановой. 1970 г.

школе, это значит, что он своему ученику будет говорить тоже самое. Студент должен овладеть в совершенстве школой своего педагога и потом применять её в своей работе. К педагогической деятельности надо готовиться ещё в вузе. Своим студентам я даю две специальности — певца и педагога. Мне важно, чтобы студент имел полную ясность того, что происходит в глотке, в диафрагме, какие надо сделать движения для данного звука, какими надо пользоваться приёмами, чтобы добиться чистого интонирования. Что, например, во время звуковедения должен делать язык, как посылать звук в резонаторы, в какие и посылать ли вообще. Необходимо, чтобы ученик всё осмыслил сам. Неосмысленного пения быть не должно. Оно может быть до поры, до времени, пока певец молодой. Как только начинают мышцы сдавать, у него тут же начнутся проблемы — фальшивое пение, качка голоса и другие. Поэтому, чтобы этого избежать, надо от первой до последней ноты петь, сознательно, и этому я учу своих студентов ...

Работа педагога видна только по истечении времени. Я, например, согласна с пианистом и музыковедом Григорием Коганом, что такая работа видна по истечении 10-15 лет ...

Педагог должен увлечь студента, заинтересовать его, дать ему глубокие и прочные знания. Обучить молодого человека с прекрасными данными пению можно легко. Он может, получив определённые знания даже окончить консерваторию, стать лауреатом. Но посмотрите, какой ничтожный процент лауреатов остаётся на высоте. Куда они деваются? Это значит, что они были обучены только на данный момент, а на будущее их не хватило...

Я считают, что педагог-вокалист должен обязательно обращаться к научно-методической литературе. И многие так и делают. Я была у многих наших педагогах на уроках и слышала очень разумные, грамотные вещи. Сегодня можно сказать, что век эмпиризма уже отошёл, это бесспорно...

Студент может заниматься самостоятельно только в том случае, если он ясно понимает, что от него требует педагог; если занимаясь дома, он чувствует те же певческие ощущения, которые и на уроке. Желательно, чтобы педагог давал студенту конкретные задания и контролировал их ...

Педагог должен обладать многими качествами. Прежде всего, он должен уметь сам всё показать голосом ученику. Если он только говорит, в этом есть большой ущерб. В обучении пению должен обязательно быть элемент подражания. Если только объяснять словами, ученик не поймёт всё до конца. Лучше всего показать, а потом подробно всё рассказать.

Педагог должен уметь ответить на любой вопрос, который задаст ему ученик. Я очень люблю, когда мне задают вопросы. Значит, ученик ищет, чем-то интересуется, а это очень важно.

Педагог должен понимать, что нельзя сразу всё сделать. Опережать события невозможно. Мышцы должны постепенно приучиться работать так, как им приказывает мозг. Если торопиться, то можно получить очень плохие последствия, навредить делу. Зачастую пяти лет не хватает даже для того, чтобы сделать ученику полный диапазон. Иногда, чтобы нарастить один звук диапазона приходиться работать целый год ...

Техническая и художественная подготовка студента должна проходить параллельно. Одно дело, когда ученик поёт на гласный звук, а другое — когда поёт слово. Это гораздо сложнее. И всё-таки я склона сначала больше внимания уделять технологической стороне. Без технологии, без фундамента ничего не получится ...

Я считаю, что студент-вокалист слишком загружен предметами, а на специальность отводится мало времени. Плохо, например и то, что уже со второго курса студенты начинают петь в оперном классе. Они ещё не умеют контролировать себя и в вокальном отношении часто идут назад. Мне кажется, что в вокал не имеет право вмешиваться дирижёр оперного класса. То же самое относится и к педагогу камерного пения. Он должен подбирать студенту те произведения, которые тот в состоянии спеть в настоящее время, а не давать ему сложные сочинения и указывать пути к их исполнению. Этим должен заниматься педагог по специальности ...

У вокалистов есть и слабая сторона воспитания. Они развиваются как-то однобоко. Их не интересуют концерты инструменталистов, пианистов и других музыкантов. Это очень жаль. Вокалисты могли бы очень много получить от такого общения ...».

Автор этих строк, бывая на уроках в классе профессора Долухановой всегда видел творческую, деловую атмосферу, большую самоотдачу педагога и нескрываемую влюблённость в неё учеников класса. Студенты с большим интересом стараются понять все премудрости вокального искусства, постичь школу своего педагога. А она очень индивидуальна и интересна. Но прежде чем рассмотреть некоторые её аспекты, хочется сказать несколько слов о том, как Зара Александровна смотрит на проблему приобщения к пению молодого, подрастающего поколения.

Она считает, что наилучшим возрастом, с которого можно начинать учиться профессиональному пению — 17-18 лет для женщин, несколько позже — для мужчин. Петь в мутационный период не очень опасно, главное, не форсировать звучание голоса, чтобы не утомляться при пении. Однако очень конкретны высказывания профессора по поводу пения в хоре. Долуханова считает, что во-первых, оно вредно потому, что там большие нагрузки на голос, а во-вторых — прививаются навыки расслабленного пения, пения на связочном размыкании. Опытный певец может петь в хоре, но начинающий, а тем более ребёнок, этого делать не должен.

На уроках профессор Долуханова обращает пристальное внимание на положение корпуса, головы, рта ученика. Она считает, что они играют огромную роль в пении. Однако когда надо преодолеть какую-либо трудность, она не обращает внимание на их верное положение. Может разрешить, например, для ощущения момента звукообразования, нагнуть голову и плечи вперед; допускает на первых порах некоторое напряжение шейных мышц, считая, что петь на полной свободе сразу нельзя. А эти напряжения со временем уйдут, оставив верные навыки звуковедения.

Рот имеет колоссальное значение в организации звука. Для того чтобы привыкнуть к глубокой манере пения и управлять корнем языка, рот надо временно как можно меньше открывать. Он должен быть открыт горизон-

тально, а у очень многих он открыт вертикально. Вертикально открытый рот может быть только у тех певцов, кому такое открытие не мешает петь, у кого особое строение артикуляционного аппарата. Если у такого певца отлично звучит голос, ничего переделывать не надо. Но очень многие, открывая вертикально рот, просто копируют кого-то и ничего хорошего из этого не выходит. В центре диапазона надо пользоваться горизонтальным открытием рта, а на крайних верхних нотах надо открывать рот «до ушей». Причём губы желательно держать совершенно свободно. Они должны быть напряжены только в тот момент, когда произносится согласная. При пении желательна полуулыбка, а на крайних нотах — уже оскал.

Профессор уверена в том, что на вопросе дыхания не надо специально заострять внимание. Главное, чтобы воздух набирался мгновенно и через рот. Долуханова считает, что дышать через нос не эстетично, а в маленьких паузах вообще невозможно. Певческое дыхание нормализуется само собой, если правильно организовать работу гортани. Впрочем стоит обратить внимание на выдох, чтобы сразу не растратился столб воздуха, который участвует в звукообразовании. По мнению профессора воздух, который проходит между связками, должен весь «превратиться в звук», он как бы размыкает связки, которые всегда надо держать плотно сомкнутыми, даже при звучании piano. Главное в пении, не вдох, а то, как певец может наладить торможение воздуха при выдохе. Если голосовые связки сомкнуты плохо, воздух вылетает молниеносно и его не хватает даже на короткую фразу.

С композитором А. Хачатуряном

Зара Александровна уверена в том, что образовать хорошее, правильное дыхание можно при «нытье». Именно нытьё, плач дают правильную координацию дыхания. Профессор считает, что нет такого певца, который во время исполнения произведения всё время думал бы о дыхании. Диафрагма, мышцы живота, гладкая мускулатура — всё должно включаться в активное состояние автоматически. Большую роль здесь играет сброс (активное окончание последнего звука фразы), позволяющий хорошо ощутить упругость дыхания и овладеть им. Правильный сброс — это своего рода маленький добор воздуха, спасающий певца от воздушного дефицита. Какого-то определённого типа дыхания своим ученикам педагог не навязывает.

Профессор уверена в том, что любую краску можно сделать лишь за счёт видоизменения глотки, поэтому и нет необходимости широко открывать рот по вертикали. «Что касается приёма открытия глотки, которому я придаю первостепенное значение, то он подходит всем без исключения, хотя одни усваивают его быстрее других. Несмотря на то, что глоточные мышцы очень крепкие, сильные, они податливы, и, научить ими управлять можно каждого. В силу привычки мышцы работают на сжатие и поднимают гортань. Поэтому приходится преодолевать сопротивление путём упражнений, многократного показа, прибегая для контроля к помощи зеркала. Надо стремиться к тому, чтобы в глотке образовалась как бы «большая чаща»».

Хорошая дикция — это не произнесение гласных с широко раскрытым ртом, а умение чётко и твёрдо стучать упругим языком о зубы и дёсны. Гласные следует перенести в глотку и, широко раздвинув её, помещать одну за другой в одном месте, как шары в лузу. Делать всё это надо при минимальном открытии рта, так как широко раскрытый рот нарушает импеданс, а при слабом импедансе излишне расходуется дыхание.

Певцу необходимо контролировать мышечные движения, направленные на увеличение рото-глоточного пространства. Сюда относятся — корень языка, глоточные дужки, задняя стенка глотки, мягкое нёбо...

Большое значение в пении имеет главный артикуляционный орган — язык. Певцу нужно научиться сделать язык мобильным, мгновенно его опускать, расширяя глотку и давая доступ звуку.

Профессор считает, что беззвуковые упражнения малоэффективны. Необходимо развивать голос на активном, свободном пении. Нельзя допускать открытия глотки с малым звуковым напряжением. Ученик должен почувствовать работу мышц глотки к именно при полном звуковом насыщении, соразмерить её открытие с силой звука, только тогда будут желаемые результаты.

Для Зары Александровны те общие установки, которые практикуются в других школах, типа — пошли звук «в маску», поддай дыхание, включи резонаторы — практически не существуют. Она считает, что резонаторы отвечают естественно, когда правильно работают голосовые складки. Только плотное смыкание голосовых складок возбуждает верхние резонаторы, «маска» начинает озвучивать. В то же время профессор подчеркивает, что «весь механизм (голосообразования — А. М.) должен рассматриваться как единое целое — не только голосовая щель воздействует на резонаторы, но и резонирующие полости влияют на колебания связок».

По мнению профессора, резонаторные ощущения как таковые очень важны, особенно в области гайморовых полостей. «Резонаторы служат для того, — говорит Долуханова, — чтобы в них заходил и озвучивался уже возникший в области глотки звук. Он может озвучивать носоглотку, гайморовы полости, лобные пазухи, то есть все те области, которые имеют губчатые кости. Многие говорят, должна озвучивать голова, но ведь в голове вплотную лежит только мозг. Вот Лилли Леманн, например, составила даже шкалу резонаторную из которой видно где в голове звучит какая нота, но ведь это вернее всего только ощущения. К таким моментам надо подходить очень осторожно, чтобы не путать певца».

Специально о резонаторах педагог ученикам не говорит. Она считает, что если звук правильно организован, он сам пойдёт в верхний резонатор и украсит тембр. Этому может способствовать ощущение глоточного открытия, что сделает звук более благородным и объёмным. Красиво сформированному звуку помогает и примесь грудного звучания, грудного резонирования.

Профессор не сторонница пения закрытым ртом, на мычании. Она считает, что когда ученик так поёт, он себя слышит плохо и таким образом в звуковедение могут быть привнесены всякие посторонние резонаторные ощущения. Это допустимо лишь тогда, когда певец, например, перед концертом не распелся и хочет немного разогреть голос. Сама Долуханова часто так делала, когда негде было распеться.

Атаке звука в классе придаётся большое значение. Профессор считает, что это основа верного пения. На уроке педагог применяет разные виды атаки. Если у студента очень сильное подскладочное давление, внимание на атаке почти не фиксируется. Если же у него слабое подскладочное давление, педагог просит применять твёрдую атаку, плотно сомкнуть складки. Термин «мягкая атака» педагог вообще не применяет. Она считает, что это всё равно, что, как она выражается «давай постреляем, но тихо». На уроках часто можно услышать: «Не теряйте чувство атаки». Само слово атака предполагает силу, поэтому вместо слова «мягкая атака» педагог обычно говорит «пой пиано». В этом случае студент делает ту же твёрдую атаку, только с меньшим звуковым давлением. Единственное, чего никогда не применяет педагог на уроках — это придыхательной атаки. Она считает, что это пагубная вещь: «Вся прелесть пения в том и заключается, что звук должен возникать вместе с воздухом, в чистоте своей». Верная атака отрабатывается на коротких звуках. Когда она освоена, от студента требуется как бы продолжить её, не теряя ощущения активности. Фиксируется длинный устойчивый звук, начинается кропотливая работа над кантиленой.

О каком-то положении гортани педагог на уроках вообще не говорит. Она считает, что ощущение мышечной активности языка и глотки уже само по себе предполагает низкое положение гортани: «Мысленно я всегда подразумеваю некоторое опущение гортани, но об этом прямо студентам не говорю. Я иду через язык и глотку, а гортань автоматически становится такой, какой надо».

Достаточно своеобразны взгляды профессора на чувство опоры в пении. Она считает, что звук необходимо опирать не в диафрагме, а в глотке. Это

Со студенткой Э. Иволгиной. 1980 г.

чувство опоры на стенки глотки сделает голос очень ярким и сильным. Никуда его опирать больше не надо. Вообще вопрос опоры трактуется как-то туманно, считает профессор. Мышц, выталкивающих воздух нет, рёбра опускаются и диафрагма поднимается, становится на место — вот и всё.

Над развитием диапазона нужно работать индивидуально, считает профессор. Например, с тенором можно идти вверх открыто до тех пор, пока ему удобно, а потом прикрывать. Такое открытие может быть временной мерой, но оно поможет расширить диапазон. А если ему ещё открыть глотку и он привыкнет на ней петь, тогда всё будет хорошо.

Работая над расширение диапазона, профессор даёт упражнения в медленном темпе. Здесь полностью применяется принцип постепенности и последовательности. Диапазон голоса расширяется буквально по одной ноте. Главное состоит в том, что работая над каждой последующей нотой педагог сначала фиксирует внимание ученика и развивает предыдущую и даже стоящую ещё раньше ноту, Когда ученик может держать её уверенно и звук летит как «ракета», легко и упруго, получается и та нота, которую хотел сделать педагог.

На уроках применяется очень разнообразная, образная терминология («спой на нытье», «запри звук», «нажми на язык, как на педаль», «распорка», «пой на эластичной глотке», «пой задним ртом» и т. д.), но ученики понимают педагога полностью. Например, просьба «петь задним ртом» означает, что

педагог просит спеть так, чтобы при увеличении звучания, обязательно участвовали звуки мышечного сфинктера, которые в первую очередь дают возможность применять различного рода нюансировки.

Много времени у каждого педагога уходит на работу по исправлению тех или иных недостатков голосоведения, не исключение и класс профессора Долухановой. Вот некоторые взгляды Зары Александровны на проблему интонирования. Она считает, что фальшивая интонация находится в прямой зависимости от недостаточной активности «звуковой струны». Как только язык привыкнет быть активным в сторону опущения, наперекор его консервативным мышечным движениям вверх и сможет находиться в этом положении, появится место в глотке, звук попадёт в фокус и интонация наладится.

Другой недостаток — тремоляция. Она получается тогда, считает профессор, когда начинают слабеть мышцы, когда они теряют свою активность. «Вся наша жизнь — это активная работа мышц, поэтому надо всеми способами восстановить эту активность, чтобы избежать дрожания звука». Поможет здесь и такой приём, как опора звука на центр языка, его бугорок. В этом случае язык перестает трястись и вибрато приходит в норму. Если вибрато разболтано, необходимо петь ровным звуком, а главное, «следить за его активной продолжительностью». Однако очень важно в самом конце звучания, не обрывать звук, а эластично снять его. В этом случае, звук как бы «берётся в берега и опирается на стенки... Появляется нормальное вибрато и красивое снятие». В любом случае с дефектами вибрато необходимо пение на опоре с активным включение в работу артикуляционного аппарата.

С годами у каждого педагога появляются новые подходы к методике обучения, новые взгляды на какую-то проблему, Последнее время Зара Александровна пришла к выводу, что природное вибрато, какое бы оно не было — это своего рода украшение звука. Если тремолирующий звук, например, поставить на опору, тремоляция сделается крупнее, перейдёт в новое качество, а само вибрато станет украшением голоса певца.

Почти все упражнения в классе Долухановой поются в медленном темпе на гласные И, Е и А. Самыми трудными гласными по мнению профессора являются И и У, которые по сравнению с другими звучат обычно пёстро. Особенно вылезает вперед гласная И, она очень обманчива. Упражнения поются, в основном, на интервалах в пределах терции, кварты, квинты, в восходящем и нисходящем порядке. Однако если студент просит дать ему арпеджио или какое-нибудь развёрнутое упражнение, педагог этому не сопротивляется. Основное внимание обращается на то, чтобы первая нота в упражнении была очень сильной, а последняя прозвучала до конца. Для выравнивания звучания гласных применяются упражнения на одной ноте. При этом педагог стремится, чтобы все они были организованы глубоко в глотке. Долуханова считает, что быстрые упражнения не совсем рациональны, так как студенты их почти не осознают. К тому же, при быстром движении невозможно выровнять гласные. Подвижные упражнения применяются только при работе над мелкой техникой, для выработки колоратуры. При этом их нельзя облегчать, потому что в противном случае всё будет смазано. Часто упражнения поются и на стакатто.

Педагог любит при распевании сопрано и меццо-сопрано затрагивать грудные ноты диапазона. Она считает, что этот участок самый интересный и красивый, очень обогащает звуковую палитру. Поэтому Зара Александровна всем голосам без исключения культивирует грудной участок певческого голоса, тем более что по её мнению складки здесь активизируются совершенно естественно.

Долуханова уверена в том, что определить тип голоса не так просто, как это кажется на первый взгляд, так как существует много певцов с промежуточными голосами. Часто трудно понять какой голос, например, у студентки — сопрано или меццо-сопрано. Это можно только определить в процессе длительного времени, в связи с физическим развитием юного певца. Трудность заключается в том, что нельзя форсировать становление и определение такого типа голоса. Иногда только к третьему, а то и к четвёртому курсу можно определиться с таким учеником. Здесь играет большую роль гармоническое сочетание анатомических структур певца и их развитие. Необходимо увидеть, куда больше тяготеет голос — вверх или вниз, на каком участке диапазона голос развивается гармоничнее. Если он, например, сипит, но тремолирует, фальшивит внизу, значит этот голос ближе к сопрано. Необходимо постараться изменить мышечную структуру певческого аппарата, даже если тембрально голос ближе к меццо.

И ещё одна мысль профессора заслуживает большого внимания. Она считает, что если у человека промежуточный голос, но он очень выразителен и красив, не надо насильно тянуть его вверх или вниз. Такой певец может найти своё место не в опере, а на концертной эстраде, в филармонии, посвятив себя прекрасному искусству камерного пения.

Зара Александровна сторонница того, чтобы студент привыкал быстро настраивать свой голосовой аппарат и на распевку уходило не более 10 минут. Технологические задачи должны постепенно уходить на второй план, уступая место исполнительским.

Довольно быстро от упражнений и вокализов, которые поются, как уже отмечалось, тоже только на А, Е и И, студенты переходят к произведениям со словами. Долуханова вообще противница вокализов. Она считает, что гораздо полезнее брать те места в произведениях, которые не получаются и отрабатывать их в разных тональностях. «Зачем петь без слов, когда можно петь с гласными и согласными, и лишний раз впеть произведение. Студент меньше устанет и больше повторит то, что не совсем удаётся». Большое внимание и здесь уделяется технике, по многу раз повторяются трудные фразы, отшлифовываются определённые участки произведения. Педагог уверена, что гораздо интереснее и эффективнее решать определённые, чисто учебные задачи на произведениях, нежели на упражнениях. Это особенно важно в работе с продвинутыми студентами.

Итак, на уроке практикуются: точная атака, основанная на плотном смыкании складок, широкая, просторная, эластичная глотка, в глубине которой формируются ровные гласные звуки, затем выработка кантилены, активное пение на ощущении нытья, стона. Тут включается в работу весь организм, диафрагма, брюшные мышцы. Открытию полости глотки и укладке языка спо-

собствует небольшое и непременно горизонтальное открытие рта. Почти все приёмы голосоведения отрабатываются на самых удобных участках диапазона и обязательно в медленном темпе. Освоение всего технического арсенала, необходимого для оснащения современного певца, диктуется индивидуальными особенностями голосового аппарата каждого студента.

Среди учеников профессора лауреаты конкурсов, заслуженные артисты, солисты театров и филармоний, педагоги-вокалисты: Елена Иванова, Валентина Шаронова, Любовь Шарнина; Ольга Корчевенко, Елена Шароева, Анаид Айрапетян, Галина Симкина, Татьяна Полуэктова, Лариса Роговец, Олег Григоращенко, Ольга Дмитриева, Валентина Олейникова, Евгений Дмитриев, Любовь Мишурова, Светлана Маркина, Мария Масхулия, Ольга Сергеева, Валентина Исаева, Елена Новак, Дмитрий Царегородцев, Юрий Отрыганьев, Олег Артыков и др.

Зара Александровна Долуханова умерла 4 декабря 2007 года. Похоронена в Москве на Армянском кладбище.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Агин М. С.* Выдающиеся деятели вокального искусства. Долуханова Зара Александровна. Вып. IV. М., 1997. 28 с.
2. *Агин М. С.* Мастера вокального искусства: Долуханова Зара Александровна. М., 2010. С.262 – 265.
3. *Агин М. С.* Зара Долуханова: [фотоальбом]. М., 2002.
4. *Вершинина И. А.* Золотой голос // Огонёк, 1966. № 28.
5. *Городинский В. М.* Зара Долуханова // Сов. музыка.1957. №5. С. 139 – 140.
6. Зара Долуханова в США // Сов. музыка. 1959. №7. С. 190.
7. *Михайловская Н. М.* Зара Долуханова. М., 1958.
8. *Тимохин В. В.* Мастера вокального искусства XX века. Очерки о выдающихся певцах современности: Зара Долуханова. Вып. I. М., 1974. С. 5 – 24.
9. *Шпиллер Н. Д.* Непрестанное обновление // Сов. музыка, 1976. №7. С. 72 – 73.
10. *Яковенко С. Б.* Волшебная Зара Долуханова. М., 1986.

Связь с автором
Агин Михаил Суренович
1948.90@list.ru

УДК: 37

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

©Джаниева Т. С.[1], Орлова О. С.[2], 2015

1 — старший коррекционный педагог АО «РДРЦ» (председатель Правления — д-р мед. наук Ш. А. Булекбаева), главный внештатный логопед-дефектолог Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

2. — д-р пед. наук, профессор, зав. кафедрой логопедии ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет им. М. А. Шолохова» (ректор — д-р полит. наук, проф. В. Д. Нечаев), главный научный сотрудник ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор — д-р мед. наук, проф. Н. А. Дайхес)

В статье освещены проблемы развития системы комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом в Республике Казахстан. Раскрывается структура, содержание и алгоритм психолого-педагогической помощи. Представлены результаты апробации экспериментальной модели службы психолого-педагогического сопровождения процесса реабилитации детей с детским церебральным параличом, отражены условия и принципы обеспечения её эффективности.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, психолого-педагогическая помощь, модель региональной службы психолого-педагогического сопровождения реабилитационного процесса, вариативные стратегии психолого-педагогического сопровождения.

Библиография: 3 источника.

REGIONAL MODEL OF PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL ASSISTANCE SERVICE FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

© Dzhanieva T. S.[1], Orlova O. S.[2], 2015

1 — Senior correctional educator of Ltd. "Republican Children's Rehabilitation Center" (Chairman of the Board — higher doctorate S. A. Bulekbayeva), non-staff senior speech language therapist and pathologist of the Republic of Kazakhstan Ministry of Health;

2 — Higher doctorate, Professor, Head of the speech therapy of VPO « MA Sholokhov Moscow State Humanitarian University «(Rector — Ph.D. in Political Science, Prof. Nechayev VD), chief researcher at the State Organization» Scientific-Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia «(Director — higher doctorate, prof. NA Dayhes)

The article highlights the problems of development of complex rehabilitation for children with cerebral palsy in the Republic of Kazakhstan. The structure, content and algorithm of psychological and educational assistance reveals. The results of an experimental model testing of service psychological and pedagogical support of the children with cerebral palsy rehabilitation process are shown. The conditions and principles of ensuring its effectiveness are reflected.

Keywords: cerebral palsy, psychological and educational assistance, the model of the regional service of psycho-pedagogical support of the rehabilitation process, divergent strategies of psychological and pedagogical support.

Bibliography: 3 sourses.

Модернизация системы психолого-педагогической помощи детям с нарушениями развития в Республике Казахстан осуществляется в определённых геополитических и экономических условиях, определяющих парадигму её развития.

В первую очередь, это глубокие государственные и социально-экономические преобразования в Республике Казахстан, как и в Российской Федерации, связанные с вынужденными реорганизацией и распадом научно-методических, финансово-экономических и иных связей, существовавших между центральной и региональными ведомственными структурами. При этом исторически сложившееся влияние российской системы образования, здравоохранения и социальной поддержки продолжает рассматриваться в качестве значимого фактора, определяющего направления развития и пути совершенствования национальной системы специальной помощи детям с отклонениями в развитии.

Во-вторых, отмечаются интенсивные изменения в государственной и социальной политике, которые разрабатывают новую систему критериев построении государственной системы реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе европейских ценностей и стандартов.

В-третьих, немаловажным является ещё один фактор, связанный с возрождением самобытности и традиционных культурных ценностей Республики Казахстан. Обретение государственного суверенитета, процессы демократизации, которые разворачиваются в обществе, ставят задачи по осмыслению истории и самого общества, и его новых социальных институтов. Наше исследование осуществлено в рамках анализа влияния обозначенных факторов и тенденций на процесс становления национальной системы психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

В связи с трудностью рассмотрения в рамках одного исследования особенностей реализации национальной модели психолого-педагогического сопровождения всех категорий лиц с ОВЗ, мы подробно рассмотрим и оценим её эффективность на примере оказания помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА), в том числе при детских церебральных параличах.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 млн. — дети. По данным статистических отчётов Национального генетического Регистра Республики Казахстан за последние 5 лет ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врождённой и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорождённых. Частота перинатальных поражений центральной нервной системы составляет 7,5-22,4% среди всей популяции новорождённых детей. В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает детский церебральный паралич (ДЦП).

Таким образом, оказание психолого-педагогической помощи детям с двигательными нарушениями является актуальной и социально-значимой проблемой.

Цель исследования: разработка и апробация экспериментальной модели региональной службы психолого-педагогического сопровождения реабилитации детей с церебральным параличом в Республике Казахстан как условия повышения эффективности реабилитационного процесса, направленного на преодоление комплекса нарушений, препятствующих их успешной социализации и интеграции в общество.

Основными условиями эффективности осуществления такой помощи в условиях реабилитационного центра являются:

- её опора на современные научно-методологические основания;
- функционирование в рамках интеграционного структурного подразделения — службы психолого-педагогической помощи;
- обеспечение тесной взаимосвязи и взаимодействия всех участников реабилитационного процесса (высоко профессиональной команды разнопрофильных специалистов, ребёнка, родителей и (или) других представителей его ближайшего социального окружения);
- реализация принципа преемственности и согласованности в работе учреждений различной ведомственной подчинённости, предоставляющих социальные, образовательные, медицинские, рекреационно-досуговые, культурно-просветительские и др. услуги семьям, воспитывающим детей с двигательными нарушениями;
- применение особой системной интегративной технологии — психолого-педагогического сопровождения реабилитационного процесса.

Интегративной технологией обеспечения помощи детям с нарушениями ОДА в условиях реабилитационного центра является психолого-педагогическое сопровождение реабилитационного процесса (ППСрп), которое осуществляется в следующих направлениях:

- комплексная диагностика с целью выявления индивидуальных особенностей, структуры нарушения, потенциальных возможностей развития ребёнка с ДЦП, его реабилитационных потребностей;
- психолого-педагогическая коррекция нарушений развития на основе междисциплинарного подхода к коррекционно-реабилитационной работе;

- обеспечение системности, непрерывности и психолого-педагогического коррекционного воздействия в соответствии с индивидуальным реабилитационным маршрутом ребёнка;
- интеграционное консультирование, как технология координации усилий всех участников реабилитационного процесса и социальной среды;
- совершенствование уровня профессиональной квалификации и компетентности специалистов системы комплексной реабилитации.

Каждое из указанных направлений решает соответствующие задачи, которые определяют общую стратегию психолого-педагогической помощи детям с двигательными нарушениями в условиях реабилитационного центра.

Создании экспериментальной модели психолого-педагогического сопровождения реабилитации детей с ДЦП в условиях реабилитационного центра базировалось на принципах, разработанных ведущими специалистами в сфере оказания психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ и членам их семей (Л. С. Выготский, В. И. Лубовский, И. Ю. Левченко, Н. Н. Малофеев, И. И. Мамайчук, Е. М. Мастюкова, Н. М. Назарова, В. В. Ткачева и др.) [1, 2, 3].

Разработанная экспериментальная модель региональной службы психолого-педагогической помощи детям с двигательными нарушениями проходила апробацию и подтвердила свою эффективность в процессе реабилитации детей с ДЦП различного возраста, проходивших курс лечения с 2007 по 2012 год в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (г. Астана) в Республике Казахстан.

В исследовании принимало участие 168 детей с различными формами и степенью выраженности двигательных нарушений при ДЦП, в том числе 42 ребёнка раннего возраста, 42 ребёнка дошкольного возраста, 42 ребёнка младшего школьного возраста и 42 ребёнка подросткового возраста. При этом 84 детям (экспериментальная группа) реабилитационная помощь оказывалась в условиях АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (г. Астана), другие 84 ребёнка (контрольная группа) наблюдались и получали курс реабилитационной помощи в других реабилитационных центрах Республики Казахстан (Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак», г. Алматы и областной реабилитационный центр «Мейрим» для детей с органическим поражением нервной системы, г. Шымкент).

Цель деятельности службы психолого-педагогической помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата в структуре реабилитационного центра состоит в обеспечении научно-обоснованного психолого-педагогического сопровождения процесса реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и членов их семей.

Региональная модель службы психолого-педагогической помощи в условиях реабилитационного центра имеет модульную структуру, учитывающую разнообразие содержательно-организационных аспектов оказания комплексной помощи детям с ДЦП в Республике Казахстан.

В структуре службы ППСрп нами были выделены следующие модули:

1. Модуль кадрового ресурсного обеспечения.
2. Модуль научно-методического обоснования и руководства.

3. Модуль содержательно-организационных аспектов функционирования службы ППСрп.
4. Модуль оценки и контроля качества психолого-педагогического сопровождения реабилитационного процесса.

Оценка эффективности разработанной нами модели службы психолого-педагогического сопровождения осуществлялась в ходе контрольного эксперимента, позволившего сравнить динамические показатели развития всех линий развития и уровня социальной адаптации детей контрольной и экспериментальной групп.

Анализ результатов контрольного исследования показал, что комплексное психолого-педагогическое сопровождение обеспечило высокие показатели коррекции речевых расстройств, нарушений эмоционально-личностной сферы и социальной адаптации пациентов. Коррекция психических нарушений наиболее сложна и имеет самый низкий коэффициент эффективности. Наиболее выраженная динамика отмечена в группах детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и нижнего спастического парапареза, умеренная — среди детей с гиперкинетической и атонически-астатической формами заболевания. У детей со спастическим тетрапарезом динамика низкая.

Выявлено, что процесс восстановления нарушений в двигательной сфере достоверно наиболее эффективно протекает у детей школьного возраста 7—12 лет (21,7%) и подростков (17,2%, $p \leq 0{,}01$). Коррекционному воздействию достоверно лучше поддаются дети дошкольного возраста 3—6 лет (36,3%, $p \leq 0{,}01$) и дети раннего возраста (1-й группы) (29,7%, $p \leq 0{,}01$). Значения показателей коррекции психических и речевых нарушений снижаются по мере взросления детей. При этом результаты коррекции нарушений речи достоверно более выражены в первой возрастной группе (52,6%, $p < 0{,}01$) и среди детей дошкольного возраста (37,8%, $p < 0{,}01$). Средний показатель эффективности реабилитационного воздействия у детей раннего возраста по всем видам нарушений составил 28,1% против 12,2% в контрольной группе. Во второй возрастной подгруппе это соотношение следующее: 24,7 и 9,4%, в третьей — 20,0 и 5,4%, в подростковой — 13,2 и 3,2%.

Изменился показатель функциональной зависимости (ФЗ) от окружающих: 14 (16,67%) человек выбыло из группы детей с выраженной степенью ФЗ, в том числе в группу с умеренной степенью зависимости 10 (11,91%) детей, незначительной — 4 (4,76%). Из 57 детей экспериментальной группы, имевших умеренную степень функциональной зависимости, у 36 пациентов (42,86%) отмечали улучшение состояния до незначительной степени.

Также установлено, что показатель эффективности коррекционного воздействия у детей, занимавшихся по разработанной программе, в 2,9 раза выше, чем у детей контрольной группы.

Подтверждением эффективности разработанной модели ППСрп детей с ДЦП является и тот факт, что за время проведения исследования все участники эксперимента достигли значимых показателей социальной адаптации. Из 42 (92%) человек, способных к обучению детей-инвалидов с ДЦП, 26 (61,9%) — учатся в общеобразовательных школах, 9 (21,43%) — в специализированных, 7 человек (16,67%) — на дому. Три ребёнка, регулярно проходивших ре-

абилитационные курсы, окончили школу с золотой медалью, 7 детей поступили в высшие и 26 в среднетехнические учебные заведения. Победителями параолимпийских игр, обладателями Гран-при, лауреатами и дипломантами международных творческих конкурсов стали 4 человека.

Проведённый сравнительный анализ полученных результатов, подтвердил эффективность предлагаемой модели, явился основанием для внедрения результатов нашего исследования в опыт реабилитации детей с ДЦП в других регионах Республики Казахстан.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие для студентов. М. : Академия, 2001.
2. Малофеев Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия: учеб. пособие для студентов пед. вузов: в 2 ч. Ч. 1. М. : Просвещение, 2010.
3. Малофеев Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учеб. пособие для студентов пед. вузов. М. : Просвещение, 2009.

Связь с автором
Ольга Святославна Орлова
os_orlova@mail.ru

УДК: 37

ЕЛЕНА ОБРАЗЦОВА О ГОЛОСЕ И РЕЗОНАНСНОЙ ТЕХНИКЕ ПЕНИЯ

© Морозов В. П., 2015

д-р биол. наук, проф., главный научный сотрудник ФГБУН «Институт психологии РАН» (ИП РАН) (директор — член-корр. РАН, проф. А. Л. Журавлёв), главный научный сотрудник ФГОУ ВПО «Московская государственная консерватория (университет) имени П. И. Чайковского» (ректор — засл. деятель искусств РФ, Лауреат Государственной премии РФ, проф. А. С. Соколов)

Статья посвящена памяти Елены Образцовой — выдающейся российской певицы (1939—2015). Содержит высказывания Образцовой о развитии её голоса в процессе обучения в Консерватории, фрагменты выступлений со знаменитыми зарубежными певцами, советы молодым вокалистам о технике пения, о важной роли резонанса и дыхания в формировании певческого голоса. Статья сопровождается замечаниями и комментариями автора статьи. Содержит также фрагмент беседы автора с Образцовой о её голосе и технике пения.

Ключевые слова: певческий голос, резонаторы голосового аппарата, певческое дыхание, резонансная техника пения.

Библиография: 4 источника.

HELENA OBRAZTSOVA ABOUT THE VOICE AND RESONANT SINGING TECHNIQUE

© Morozov V. P., 2015

Higher doctorate, prof., Chief Scientific Officer of FSBIN «Institute of Psychology RAS» (IE RAS) (Director - the corresponding member of Russian Academy of Sciences, prof. Zhuravlev AL) chief researcher of P . Tchaikovsky «Federal State Educational Institution of Higher Professional Education (University)» (rector — Honored Artist of Russia, laureate of the State Prize of Russia, prof. A. S. Sokolov)

The article is devoted to the memory of Elena Obraztsova - an outstanding Russian singer (1939-2015). It contains Obraztsova statements about the development of her voice in the process of teaching at the Conservatory, fragments of performances with famous foreign singers, advice to young singers on singing technique, the important role of resonance and breath in the formation of the singing voice. The article is accompanied by notes and comments of the author. It also contains a fragment of the author's conversations with the model of her voice and singing technique.

Keywords: singing voice, resonators vocal apparatus, singing breath, resonance technique of singing.

Bibliography: 4 sourses.

Мой голос вышел из резонаторов...
Е. Образцова [8, с. 60]

Имя Елены Образцовой — выдающейся российской певицы — известно всему миру. С неизменным успехом она пела ведущие меццо-сопрановые партии в Большом театре, театре Ла Скала, Метрополитен-опера, Ковент-Гарден, Гранд-Опера и многих других.

Партнёрами Образцовой были столь же выдающиеся певцы: Пласидо Доминго, Лучано Паваротти, Хосе Каррерас, Джоан Сазарленд, Николай Гяуров и многие другие. Была удостоена многих престижных, почётных званий и наград — российских и зарубежных.

Она вела большую педагогическую и благотворительную работу по воспитанию и поддержке молодых талантливых певцов.

Е. В. Образцова оставила после себя огромное творческое наследие: многочисленные записи её голоса в оперных партиях, концертных программах, выступлениях по радио, телевидению, кино. Столь же многочисленны её интервью о своём творчестве в российских и зарубежных газетах, журналах, книгах.

Данная статья, посвящённая памяти великой певицы, носит учебно-методический характер — содержит рекомендации Образцовой по овладению резонансной техникой пения, характерной для мастеров вокального искусства.

Мне посчастливилось видеть Образцову, изучать её голос и технику пения ещё в её студенческие 60-е годы, когда я работал в Ленинградской консерватории заведующим Лабораторией певческого голоса [1, 2]. Уже тогда нами с помощью специальной аппаратуры было показано, что лучшие студенты — Елена Образцова, а также Владимир Атлантов, Евгений Нестеренко, Ирина Богачёва и ряд других, — с их яркими, звонкими и полётными голосами обладают способностью эффективно использовать резонансные свойства своего голосового аппарата для образования голоса [3, 4 и др.].

Изучение голоса Образцовой и других мастеров вокального искусства продолжается нами в настоящее время в Московской консерватории, что отражено в моих книгах [5, 6 и др.].

В 1993 году 11 ноября у меня состоялась встреча с Е. В. Образцовой в её московской квартире на Чистых прудах и беседа о её голосе и технике пения. Тогда же Елена Васильевна подарила мне свою книгу — «Елена Образцова. Записки в пути. Диалоги», изданную талантливой журналисткой Реной Шейко [8], которая следовала за Образцовой во время многих её гастролей в России и за рубежом, записывала события, использовала дневники и воспоминания Образцовой.

Ценность и особенность этой книги в том, что она охватывает большую часть творческой жизни Образцовой, начиная с её консерваторских лет и особенно наиболее яркие и продуктивные 70—80-е годы её творчества.

Ниже я привожу из этой книги [8] три кратких фрагмента высказываний Образцовой о её голосе и искусстве пения с моими комментариями, а также фрагмент моей беседы с Еленой Васильевной в 1993 году, частично опубликованной в 1994 г. [7, с. 25—27].

Годы учёбы в консерватории. Елена Образцова поступила в Ленинград-скую консерваторию в 1960 году в класс профессора Антонины Андреевны Григорьевой, которая впоследствии говорила: «Я двадцать лет ждала Образцову» (Примеч. В. М.).

«Когда я поступила в консерваторию, — вспоминает Образцова, — и мы начали заниматься с Антониной Андреевной, голос у меня звучал сопраново. Я пела легко. Антонина Андреевна разумно разведывала мои возможности, не торопилась «расковырять бутончик», как она говорила: «Знаете, Леночка, если бутончик расковырять в розочку, она сразу увянет. Бутончик должен расцвести сам».

Она составляла для меня такие программы, чтобы голос не уставал. Работала со мной над «серединой» — центральной рабочей октавой, не залезая ни в «верхи», ни в «низы». А когда дыхание установилось правильно, голос стал окрашиваться в меццо-сопрановые тона. У меня не было трёх нот в первой октаве: до, ре, ми. И мы долго мучились, чтобы эти ноты у меня озвучились. Я приходила к ней домой, вставала перед высоким трюмо, клала руку себе на грудь и «стонала». Антонина Андреевна говорила: «Ну, постони, постони!» Она хотела, чтобы я почувствовала **грудной резонатор**.

Елена Образцова со своим педагогом А. А. Григорьевой

И вдруг в один прекрасный день — очень хорошо помню этот день! — я запела по-другому. Я себя всегда хорошо слышала во время пения. И вдруг пою

и себя не слышу. Как будто голоса нет. Испугалась я страшно, подбежала к зеркалу, пою и всё равно себя не слышу. Антонина Андреевна говорит: **«Наконец, Леночка, у тебя голос вышел в зал». Как я теперь понимаю, он вышел из всех моих резонаторов, отделился, улетел от меня**. Но тогда для меня это было шоком, потому что я перестала слышать себя. Вернее, слышала слабо, как будто из соседней комнаты».

Примечание В. М. Далее Образцова пишет, как она научилась выучивать вокальное произведение «внутренним слухом», когда ехала в трамвае на занятия к педагогу. Это пригодилось ей в дальнейшем.

«Если я еду куда-нибудь на гастроли, то в поезде или самолёте слушаю музыку. Кладу портативный магнитофон в карман, а сама сижу в маленьких наушниках. Музыка ложится на слух. Потом я слушаю её с нотами. А потом мне не нужны уже и ноты. Я слушаю музыку внутри себя и отбираю варианты. Если бы не эта способность, я бы никогда не успевала выучить столько музыки и не справилась бы со всеми своими гастролями» [8, с. 59—61].

Примечание В. М. В выписке деканата консерватории из классного журнала Е. В. Образцовой даётся ей такая характеристика по окончании консерватории:

Елена Образцова обладает редким комплексом отличных голосовых данных меццо-сопрано, исполнительского дарования, сценического обаяния, яркой артистической индивидуальностью. Волевая, целеустремлённая натура, дисциплинированная в учёбе и в быту.

Может быть рекомендована в качестве солистки крупнейших театров Советского Союза».

В бригаде «звёзд». Фрагменты работы с зарубежными певцами

«Заняв ведущее место в мировой оперной культуре, — пишет Рена Шейко, — Образцова работала с певцами и дирижёрами международного класса. Это стало для неё счастливой повседневностью. Из её дневника явствовало, что бригада «звёзд» очень быстро срабатывается. Вместе с Ренатой Скотто, Пласидо Доминго и Николаем Гяуровым она записала «Адриенну Лекуврер» за четыре дня и вместе с Ренатой Скотто, Николаем Гяуровым, Маттео Манагуэрра, Вериано Лукетти — «Набукко» — за три дня».

«Там это обычные темпы, — продолжает Образцова. — У нас на «Мелодии» оперу пишут два года. «Хованщину» — даже больше двух лет. Но разве можно писать оперу два года! За это время меняется человек, его голос, тембр, манера пения. Опера, если её пишут два года, будет, как лоскутное одеяло, вся из кусков — и вокально и эмоционально.

«Адриенну Лекуврер» мы записывали, работая по девять часов без перерыва. По ходу записи нас кормили сандвичами и кофе. Все, конечно, страшно устали. Пласидо Доминго спал в паузах, стоя у микрофона. Но когда потом слушали запись, на плёнке получился целостный спектакль».

Исполнители Реквиема Дж. Верди в церкви Сан Марко. Милан, 1978. Е. Образцова, К. Аббадо, Л. Паваротти, Н. Гяуров, М. Френи.

Мария Каллас и Елена Образцова. Первая встреча двух оперных див. Париж, Театр «Гранд-Опера». В том, как Каллас смотрит на Елену, есть какая-то тайна. Это не взгляд – прогляд. По ту сторону лица и души – в судьбу. В ловушку снимка поймано сложнейшее душевное движение. Образцова стоит перед ней такая молодая, светлая, пушистая (Р. Шеко).

В тетради Образцовой Рена Шейко нашла ответ на вопрос: не кажется ли ей (Образцовой), что она работает на износ?

«Певец должен петь много разной музыки, разных эпох и стилей, – пишет Образцова. – Познание новой музыки обогащает духовно, обогащает вокально, технически».

«...Вечер, которого мне не забыть никогда. В церкви Сан Марко, где Реквием впервые прозвучал под управлением самого Верди, собралась огромная толпа, около четырёх тысяч человек. В открытые настежь двери видны площадь и прилегающие улицы, запруженные народом. Со всего Милана стекались сюда люди слушать Верди.

Солисты сидели напротив Аббадо, а позади нас располагался оркестр и хор. Аббадо начал на таком пианиссимо, что я решила, мне это чудится. У меня от волнения ком стоял в горле, я думала, что не смогу петь.

Потом грянула микеланджеловская мощь «Dies irae». Аббадо давал вступления, дирижировал, но это было какое-то священнодействие. Он и шептал, и стонал. И он стоял, как распятый на музыке. И мы, глядя на него, пели на пределе сил человеческих...

Мне не забыть, как сливались наши с Френи голоса в «Recordare», как пел «Ingemisco» Паваротти, как вступал в «Lacrimosa» Гяуров» [8, с. 211].

Примечание В. М. Характерная особенность исполнительского мастерства Елены Образцовой — искренняя, правдивая эмоциональная экспрессивность. В беседе с Клаудио Аббадо она сказала: «Клаудио, я не могу петь с чужими чувствами» [8, с. 208].

«Критика отнесла её к «великим голосам Большого», — продолжает Р. Шейко и предоставляет слово музыкальному критику:

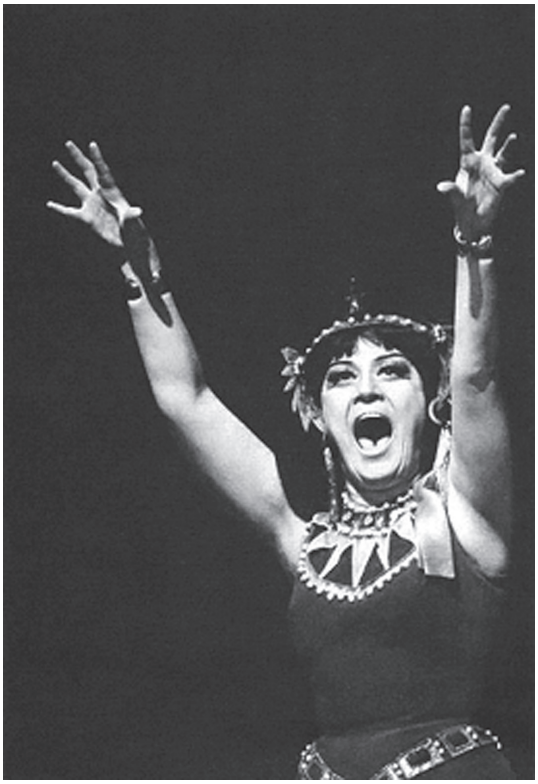
«Елена Образцова рождена, чтобы иллюстрировать Бодлера. Её глубокий голос дышит неотразимой свежестью, но он может становиться чувственным и твёрдым, даже резким. Великолепная щедрость вокальных возможностей позволяет певице ограничиться сдержанной игрой. Ей достаточно лёгкого жеста, лихорадочного взмаха веером, озаренного взгляда, чтобы всё было сказано с безупречным вкусом. Она из тех восприимчивых натур, которых обогащает любой эстетический контакт, но она умеет выбирать влияния», — писал музыкальный критик Жан Руар».

Советы молодым вокалистам

Пение — это искусство владения дыханием. Это главное! И в этом почти все секреты пения. Когда мы поём, в мышцах не должно быть напряжения. Живот, плечи, шея, лицо, язык — всё должно быть мягкое, эластичное. Поэтому я говорю ученицам: «Сделай живот мягким, как у кошки!». Если при пении есть напряжение мышц, значит, пение неверное и голос будет быстро уставать.

Ещё всегда повторяю ученикам, что действие равно противодействию. Чем сильнее берёшь дыхание, чем больше забираешь в себя воздуха, тем быстрее он «хочет» выйти, тем «короче» дыхание. Следовательно, если хочешь спеть длинную фразу, вдох должен быть «деликатным»; чтобы знать меру, нужно вдох делать, как будто нюхаешь цветок. При этом происходит ещё одна интересная вещь. Мышцы вокруг рта и носа растягиваются, пазухи носа расширяются, т. е. увеличиваются головные резонаторы. Это второй момент обязательного обучения.

Петь нужно в резонаторы. У нас их очень много — и в голове, и в груди. Грудь как дека. Органный, опорный звук. В груди озвучивается нижний регистр. Нужно, однако, знать, что **нижний регистр никогда не может быть использован без верхнего резонатора – головного! Головной резонатор** озвучивает весь голос тембром и является регулирующим центром **на всех**



Е. Образцова в роли Амнерис в опере «Аида». Большой театр, 1965 г.

диапазонах голоса. Это главный наш резонатор. Без него научиться владеть голосом невозможно.

Третий важный момент. Верхний резонатор не должен перегружаться дыханием. Когда идёт сильный напор дыхания, резонаторы не успевают озвучиться — звук выходит из них «прямой», нетембристый. Поэтому я так часто привожу ученикам пример с блюдцем под краном. Открываем кран и сильной струей воды (это наше дыхание) хотим наполнить блюдце (это наш головной резонатор), блюдце всегда остаётся пустым. Стоит убавить напор воды (дыхания), как блюдце наполняется (резонатор наполняется тембром).

Четвертое. Слово — звукообразование. Все буквы-звуки должны быть произнесены на уровне зубов. Для меня зубы — как клавиши у рояля. Какие бы звуки пианист ни извлекал, руки его всегда на одном уровне — на уровне клавиатуры. Так и в пении — звуки-буквы должны быть всегда на уровне зубов.

Ещё несколько соображений.

Чем тише нужно спеть фразу, пиано или пианиссимо, тем активнее произносятся гласные, тем активнее работают мышцы диафрагмы.

Когда звук должен быть сильным, мощным (например, в сцене «Судилища» из «Аиды»), в работу певческого дыхания включаются и мышцы спины, те, что облегают рёбра внизу, и брюшные мышцы, которые как бы удерживают в грудной клетке дыхание, стремящееся с силой вырваться. На верхнем регистре рот открыт полностью, звук заполняет все резонаторы по зубам, по верхней челюсти. И верхнее нёбо тоже, наконец, можно «взять» в действие.

Слово «распевка» для меня звучит неверно! Не распеваться нужно, а настраивать аппарат, чтобы всё взаимодействовало в определённом рабочем ритме — резонатор головной, грудной, рёбра, диафрагма, мышцы. Нужно всё это настроить с умом, а не просто разогревать, не раскрикивать аппарат.

Настройка резонаторов, а не раскачка и разогрев. Звук только мягкий, озвученный с *вибрато* летит через оркестр [8, с. 252—253].

Зал для настоящего певца — это инструмент, на котором он играет. И это ещё один его резонатор, самый большой. В зале есть много провалов, дыр, где голос не звучит. Но есть коридоры, по которым голос идет. Если я такой коридор нашла, я его запомню и буду там петь. Это профессиональные тайны. Когда я все свои резонаторы настраиваю с залом, я спокойна. Это ощущение приходит не сразу. Через много лет после первого выхода на сцену. А есть певцы, к которым оно так никогда и не приходит. Но тот, кто хоть раз почувствовал, что это такое, уже не может без этого петь [8, с. 178].

Примечание В. М. Резонанс и акустику зала хорошо чувствовал Шаляпин. Он заранее выбирал место на сцене, где его голос был лучше слышен в зале.

Интервью о технике пения.
Фрагмент беседы с В. П. Морозовым

В упомянутой выше моей беседе с Е. В. Образцовой я задал ей, в частности, такие вопросы:

— *Елена Васильевна, как Вы себе образно представляете работу резонаторов в пении? Как Вы их «включаете» в работу?*

— Надо стремиться максимально озвучить все резонаторы, дать доступ звука к ним. Как мы открываем крышку рояля, так должны открыть все резонаторы, чтобы звучало.

— *Какое значение Вы придаёте лицевым полостям: гайморовой, лобной и другим?*

— Очень большое. Мы все время ощущаем их во время пения, их вибрацию, ориентируемся на эти ощущения, чтобы голос звучал в высокой позиции. При простудах (например, гайморите) это сильно затрудняется, и даже можно потерять вокальную позицию, опору.

— *В вокальной теории шли споры о роли носовой полости в пении (И. И. Леви- дов, Л. Д. Работнов). Как Вы относитесь к этому вопросу?*

— Носовая полость — один из главных наших резонаторов. Нельзя полностью закрывать вход звука в нос, перекрывать. Все верхние полости должны звучать как единый резонатор.

— *Старые педагоги говорили: «Звук должен быть в носу, но в звуке не должно быть носа».*

— Да, безусловно так.

— *Елена Васильевна, Ваш голос и представления о певческой технике наилучшим образом согласуются с резонансной теорией пения. В какой мере, Вы считаете, эти представления разделяют другие певцы?*

— Думаю, что наши ощущения при правильном пении во многом сходны, хотя и в чём-то индивидуальны, Но большой профессиональный голос не может быть развит без помощи резонаторов. Именно резонанс придаёт голосу силу, богатство тембра и профессиональную выносливость. Должна быть связь: дыхание и резонанс — здесь весь секрет [7, с. 25—27].

Эпилог

Елена Образцова, концерт в Большом зале Московской консерватории

Высказывания Е. В. Образцовой о голосе дают основание утверждать, что она в совершенстве владела резонансной техникой пения, характерной для мастеров вокального искусства. Объективным подтверждением этому служат проведённые нами компьютерные исследования акустических особенностей голоса Е. В. Образцовой и других известных мастеров вокального искусства [5].

Резонансная техника, как нами показано, основана на эффективном использовании певцом резонансных свойств дыхательных полостей голосового тракта, что обеспечивает голосу силу и вместе с тем лёгкость и полётность (свойство «резать оркестр», по выражению дирижеров), красоту тембра, неутомимость и долголетие работы певца на профессиональной сцене. Всё это было в голосе Образцовой.

Е. В. Образцова — пример сценического долголетия. Ещё будучи студенткой консерватории, она начала свою певческую карьеру в 1963 году на сцене Большого театра в роли Марины Мнишек в опере Мусоргского «Борис Годунов» и пела в операх и концертах более сорока лет. Этому, несомненно, способствовала её богатая природная вокальная и музыкально-художественная одарённость, эверардиевская школа резонансного пения, которой придерживалась вокальный педагог Елены Образцовой — А. А. Григорьева, а главное — страстное желание петь и дарить людям радость пением.

В предисловии к своей книге 1987 года она писала: «Музыка! Любовь моя! И пусть я не успела ещё жить — жизнь моя на сцене, жизнь моя в музыке и пусть не будет этому конца...».

Елена Образцова ушла из жизни. Но она продолжает жить для нас в чудесных звуках своего голоса, в многочисленных звукозаписях её оперного и концертного репертуара.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Морозов В. П.* Новая лаборатория / Музыкальные кадры. 24 сентября, 1960.
2. *Морозов В. П.* Обертоны певческого голоса / Музыкальные кадры. 28 февраля, 1962.
3. *Морозов В. П.* Вокальный слух и голос. М.-Л. : Музыка, 1965.
4. *Морозов В. П.* Тайны вокальной речи. Л. : Наука, 1967.
5. *Морозов В. П.* Искусство резонансного пения. Основы резонансной теории и техники. М. : ИП РАН, МГК, 2002 (2-е изд. 2008).
6. *Морозов В. П.* (автор-сост.). Резонансная техника пения и речи. Методики мастеров. М. : Когито-Центр, 2013.
7. Художественный тип человека: комплексные исследования. М. : МГК, 1994.
8. *Шейко Р.* Елена Образцова. Записки в пути, диалоги. М. : Искусство, 1987.

Связь с автором:
Владимир Петрович Морозов
mail@vmorozov.ru

УДК: 37

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА «МОНОЛОГ» ДЛЯ РЕЧЕВОГО САМОКОНТРОЛЯ У ДИКТОРОВ И ТЕЛЕВЕДУЩИХ

© Петрова Е. В., 2015

фонопед, логопед Муниципального телерадиоканала акимата Северо-Казахстанской области (директор — заслуженный деятель культуры Е. А. Сазанов), магистрант ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет имени М. А. Шолохова» (ректор — д-р полит. наук, проф. В. Д. Нечаев).

В статье рассмотрены проблемы выявления и развития навыков речевого самоконтроля у дикторов и телеведущих в условиях прямого эфира. Представлены результаты эмпирического исследования по изучению проблемы, отразившие наличие различных требований к речи телеведущих и дикторов. Автором предлагается к рассмотрению использование аппарата «Монолог» для улучшения качества речи профессионалов эфира.

Ключевые слова: речевой самоконтроль, прямой эфир, психология эфира, техника речи, телевидение.

Библиография: 8 источников.

USE OF APPARATUS «MONOLOG» FOR SPEECH SELF-CONTROL FOR BROADCASTERS AND TV PRESENTERS

© Petrova Y. V., 2015

phonopedist, logopedist of the municipal TV and radio channel of the akimat of the North-Kazakhstan region (the director — honored worker in culture Y. A. Sazanov), master's student of the FSBEI HPO "Moscow State University of the Humanities named after M. A. Sholohov" (rector — Doctor of Political Science, Professor V. D. Nechayev)

This article deals with the problems of disclosing and developing the speech self-control skills of announcers and presenters in a live broadcast. The results of the empirical research presented here demonstrate different requirements for the speech of announcers and presenters. The apparatus "Monolog" is suggested by the author to be a good means of improving the speech quality of live broadcast professionals.

Key words: speech self-control, a live broadcast, broadcast psychology, elocution, television.

Bibliography: 8 sources.

Есть такая категория людей, голоса которых, вызывают традиционное восхищение. Это дикторы и телеведущие. Несмотря на то, что многие из них имеют хорошие голоса от природы, они сознательно работают над ними. Современное развитие телеэфира таково, что фигура телеведущего или диктора является «символом», олицетворяющим ту или иную телепередачу. При этом к личности телеведущего предъявляются высочайшие требования — как к его техническим характеристикам (внешность, голос, техника речи, актёрское мастерство), так и к компетентностным (в рамках тематики программы), и психологическим (стрессоустойчивость). Кроме того, набор навыков и умений, необходимых для повышения качества работы, и профессиональная самореализации зависят от жанра — информационного, аналитического или художественного, — в котором работает телеведущий и диктор [4]. Слова главного редактора службы информации телеканала «Культура», руководителя студии и ведущего программы «Новости Культуры» Владислава Флярковского, как нельзя лучше отражают профессию телеведущего и корреспондента: «...пытливость, желание всё узнать, душу вынуть... А в профессии телеведущего владеть собой — владеешь собой, владеешь профессией».

Профессионал, для которого публичная речь — образ жизни и работа, должен долгое время контролировать своё произношение, прежде чем свободно, автоматизированно станет употреблять сложные обороты, фразы, научится пользоваться всеми просодическими средствами языка. Профессиональная речь должна отличаться замечательной дикцией, позволяющей услышать и разобрать речь в любой аудитории. Слышимость и разборчивость является одним из основных требований к публичной речи. Хорошее звучание достигается постановкой голоса, увеличением выносливости, слаженностью в артикуляционном аппарате, правильном дыхании. Только в совокупности этих умений и навыков, в правильной голосоподачи можно достигнуть желаемого результата [5]. Нельзя забывать и об интонации. Она связывает слова в высказывании, отграничивает одно высказывание от другого и объединяет слова в единый текст. Интонация выделяет наиболее важные части, передаёт подтекст сообщения, определённым образом характеризует самого говорящего. Также делает речь выразительной, придаёт художественную окраску[8].

С. И. Бернштейн (1937) считает, что диктор должен быть мастером звучащего слова. Следует помнить, что работа над речевым голосом — не просто усвоение ряда приёмов, помогающих сделать голос профессиональным, это работа над всей речевой системой, укрепление и физическая закалка организма (Аникеева З. И., 1981; Чарели Э. М., Козлянинова И. П., 1992).

Для развития не только звуковой речи, но и интонационной стороны речи необходим активный слуховой самоконтроль. Очевидно, что при контроле за собственным произношением слуху принадлежит ведущая роль. Слуховой самоконтроль — не врождённое качество, он формируется постепенно в процессе общения и работы. Для дикторов и телеведущих важным аспектом является контроль за собственной речью. В процессе работы профессионал должен удерживать информацию, определять её объём, интонационную наполняемость, расставлять логические ударения, паузы и справляться с психо-

логическими перепадами во время прямого эфира. Таким образом, дикторы и телеведущие являются своеобразным наполненным «сгустком» владения всеми профессиональными приёмами подачи речевого материала.

Кроме того, низкий уровень сформированности навыка самоконтроля за речью приводит к множественным дефектам просодической стороны речи. При психологических перегрузках у дикторов и телеведущих проявляется упорное шаблонное воспроизведение наиболее упрочненных старых связей, и трудности переключения на новые. В результате неправильное подача материала, искажённая интонация, неверные логические ударения и, следовательно, новость или информация зрителями воспринимается недостаточно ясно. Всегда нужно думать и слышать, о чём говоришь!

В широком смысле понятие «самоконтроль» можно обобщить, как способность осознанно контролировать свои действия, поступки и состояния, в соответствии с определёнными нормами и представлениями (Головин С., Мижерина В., Ожегов С., Ярошевский М.). Это понятие широко представлено в работах по педагогике, физиологии, психологии, социологии, музыковедении. Но, учитывая специфику, а именно, речь диктора и телеведущего, следует уточнить формулировку. В данном случае речь идёт о профессиональной разновидности самоконтроля. Профессиональный самоконтроль — это осознанный, целенаправленный процесс концентрации речевого слуха, внимания, регуляции речедвигательного аппарата на соответствие подаваемого речевого материала. И его составляющими, являются слуховые представления, концентрация внимания, психологическая готовность.

Если сравнить дикторов, телеведущих и музыкантов, то можно обнаружить множество совпадений. Педагоги-пианисты отмечают, что руководствуясь слуховыми представлениями самоконтроль позволяет корректировать качество игры на инструменте. Но для этого музыкант должен обладать максимальной слуховой активностью и развитым внутренним слухом, чтобы слух мог «направлять пальцы» и «слышащие пальцы» воспроизводили музыку. И только «систематическая тренировка слуха» способствует формированию внутренних слуховых представлений, которое можно представить следующим образом: «фиксирующее слышание — частные слуховые представления — конкретные звуковые задачи — слуховое выучивание деталей — внутренние слуховые представления — звуковой замысел произведения» [6, с.185].

В работе дикторов и телеведущих, очень важно не только слушать себя, но и критически относиться к собственной речи и голосу, оценивать каждый момент подачи материала в эфир. Следует отметить, что если в процессе работы над текстом присутствует сознательный контроль, то в момент эфира «свехконтроль» сгладится и останется на уровне подсознания, чтобы не нарушить процесс автоматизма. Для достижения максимальной выразительности, требуется большая концентрация, точный анализ и знание материала, выдаваемого в эфир. Концентрация и устойчивость внимания во время работы приводит к навыкам самообладания и стрессоустойчивости. Формирование навыка самоконтроля является сложным и длительным процессом. Требует системной, целенаправленной педагогической работы с учётом индивидуаль-

ной подготовки диктора и телеведущего, и носит характер постепенно возрастающей сложности.

Диктор и телеведущий должен видеть и понимать то, о чём он говорит, тогда это увидит и ярко представит и телезритель. Таким образом, основой для диктора и телеведущего, является его способность вырабатывать в себе установку в соответствии с подаваемой новостью. Для каждого материала нужно подобрать соответствующую интонацию, жесты, мимику и голосоподачу.

Этими предпосылками было обусловлено проведение эмпирического исследования по данной актуальной проблеме. В задачи настоящего исследования входило изучение особенностей объективации различных компонентов речи в процессе работы в прямом эфире телеведущих и дикторов.

Данное исследование проводилось на базе Муниципального телерадиоканала акимата Северо-Казахстанской области. В нём приняли участие 9 профессионалов эфира. Эксперимент включал в себя анализ допущенных ошибок во время прямого эфира.

При этом учитывались следующие параметры:

1. Соответствие / несоответствие интонационного оформления (темпо-ритмическое оформление, логическое ударение).
2. Чёткое / нечёткое звукопроизношение.
3. Изменение / не изменение высоты и окраски голоса.
4. Полнота реализации и передача основного смысла новостного материала на всём протяжении прямого эфира.

Нами использовалась балльная оценка результатов.

По первому критерию:

- соответствие интонационного оформления:
  - a) темпо-ритмически всё верно — 0 баллов;
  - b) логические ударения проставлены верно — 0 баллов;
- несоответствие интонационного оформления:
  - a) в темпо-ритмическом оформление присутствуют ошибки. За каждый недочет прибавляется 1 балл;
  - b) неправильно проставлены логические ударения. За каждый недочёт прибавляется 1 балл.

По второму критерию:

- чёткое звукопроизношение — 0 баллов;
- нечёткое, неправильное (пропуски, замены) звукопроизношение — 1 балл за каждую ошибку.

По третьему критерию:

- изменение высоты и окраски голоса в соответствии с подаваемой новостью — 0 баллов;
- однотипное голосовое оформление всего новостного материала — 1 балл.

По четвёртому критерию:

- полностью передан основной смысл новостного материала — 0 баллов;
- имеются искажения в передаче новостного материала — 1 балл.

Таблица 1

№	Тем-по-ритм. орг	Логи-ческое ударение	Четкое произн	Моду-ляция голоса	Основ-ной смысл	Ошибок нет	Сумма
1 дик	0	3	1	0	0	0	4
2 дик	4	2	0	0	1	0	7
3 дик	3	2	1	1	1	0	8
4 дик	2	2	3	2	1	0	10
5 дик	1	1	1	1	0	0	4
6 дик	2	2	3	1	1	0	9
7 тел	1	1	0	0	0	0	2
8 тел	2	3	2	1	0	0	8
9 тел	1	1	0	0	0	0	2

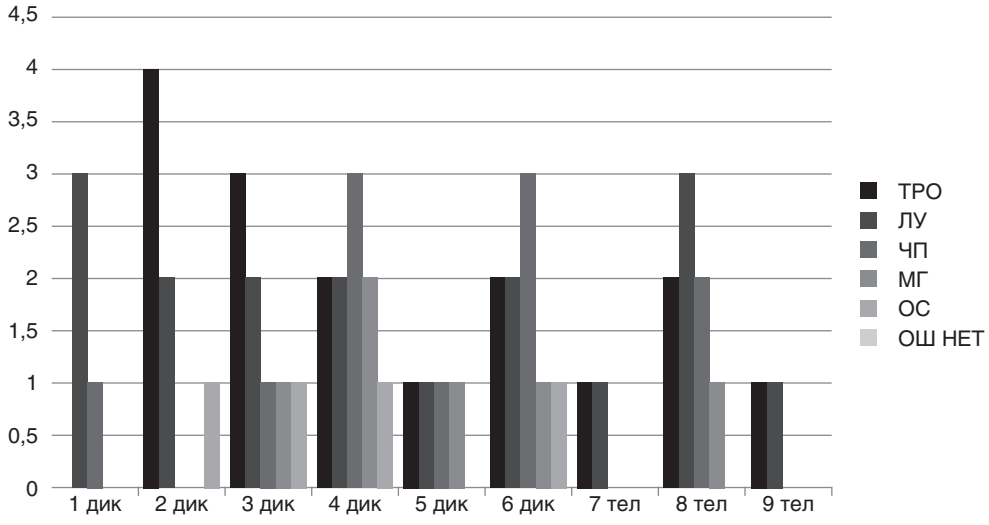


Рис 1. **Выявление ошибок во время эфира. Начало эксперимента**

Процедура обследования состояла в следующем: дикторы и телеведущие в рабочем порядке осуществляли свою профессиональную деятельность, а фиксация ошибок и недочётов проводилась в течение 1 месяца и суммарно выводились средние показатели и округлялись до единиц по каждому участнику эксперимента.

Балльный обсчёт результатов выполнения данного эксперимента позволил увидеть следующие данные.

У всех дикторов и телеведущих присутствовали ошибки. Больше всего ошибок получили в категории темпо-ритмическое оформление речи и логическое ударение.

Также в процессе обследования использовался аппарат «МОНОЛОГ». С функцией «ЭХО», который давал задержку речевого сигнала в диапазоне от 10 до 200 мсек, что в свою очередь замедляло речь, способствовало коррекции просодической стороны речи.

Дикторам и телеведущим предлагалось прочитать текст с использованием аппарата и определить свои ощущения, в каком диапазоне им было наиболее комфортно произносить речевой материал. Экспериментатор фиксировал данный диапазон, а также определял, в каком именно диапазоне речь испытуемых была на более профессиональном уровне.

Полученные данные показывают, что работа в эфире требует самоконтроля не только речевого, но и эмоционального. Как только диктор сбивался с темпо-ритмически правильной подачи материала, далее следовало нарушение логического ударения и следствие из этого нарушалась чёткость речи. И на выходе голос становился тише. От совокупности всех этих факторов смысл новостного материала нарушался.

Для дальнейшей оптимизации работы дикторов и телеведущих мы продолжили использовать аппарат для закрепления навыков и коррекции речи АКР-01 «МОНОЛОГ».

Применялась функция «Задержка». Она позволяет изменять величину задержки прямого сигнала поступающего с микрофона (эхо). «ЭХО» даёт за-

Таблица 2

№	Диапазон комфорта мсек	Диапазон качества звучания мсек
1дик	70	70
2дик	100	110
3дик	80	100
4дик	80	120
5дик	70	90
6дик	90	120
7тел	60	70
8тел	100	110
9тел	50	70

Таблица 3

№	Темпо-ритмич. оранизация	Логи-ческое ударение	Четкое произн	Моду-ляция голоса	Основной смысл	Ошибок нет	Сум-ма
1 дик	0	1	0	0	0	0	1
2 дик	1	1	0	0	0	0	2
3 дик	1	1	1	0	0	0	3
4 дик	2	2	1	1	1	0	7
5 дик	1	1	1	0	0	0	3
6 дик	1	1	1	1	0	0	4
7 тел	1	0	0	0	0	0	1
8 тел	2	2	1	1	0	0	6
9 тел	0	1	0	0	0	0	1

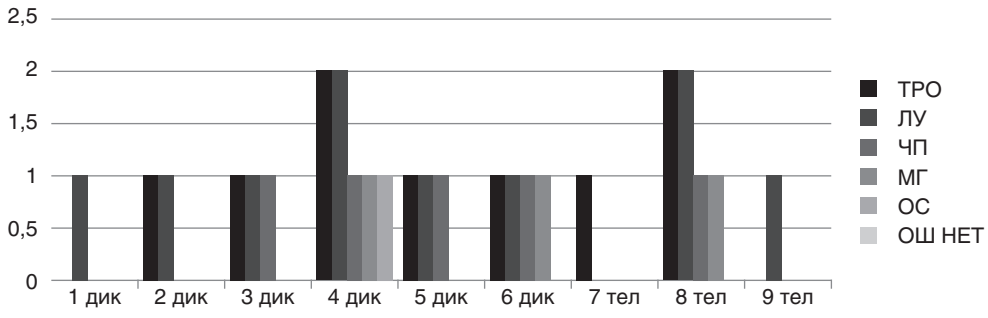


Рис. 2. **Выявление ошибок во время эфира. Окончание эксперимента**

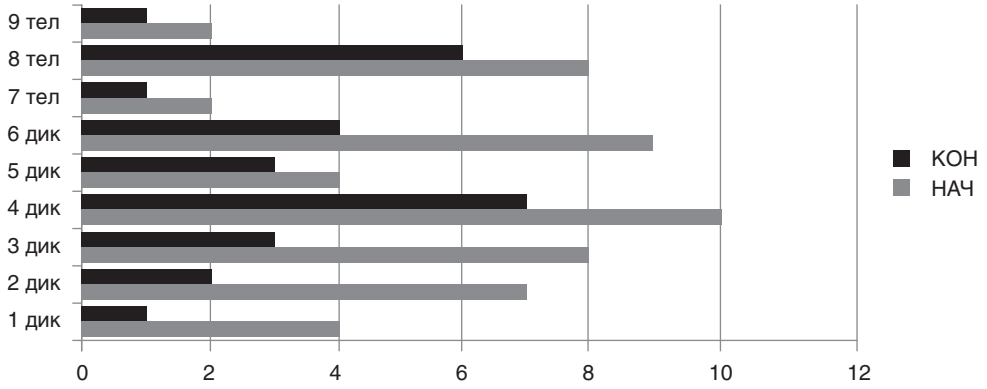


Рис. 3. **Сравнительные характеристики. Начало эксперимента и окончание эксперимента**

Таблица 4

№	Диапазон комфорта мсек	Диапазон качества звучания мсек
1дик	60	70
2дик	80	80
3дик	70	70
4дик	80	90
5дик	70	80
6дик	80	80
7тел	60	60
8тел	80	80
9тел	50	60

держку речевого сигнала в диапазоне от 10 до 200 мсек, что в свою очередь, улучшает качество звучания, замедляет речь, способствует коррекции просодической стороны речи и самое важное — способствует формированию навыка речевого самоконтроля.

Работа с аппаратом велась на этапе подготовки диктора и телеведущего к эфиру.

Через 4 месяца работы мы получили следующие результаты:

Существенно изменились и показатели задержки речевого сигнала.

Дикторы и телеведущие «вошли» в диапазон, в котором они себя чувствовали более комфортно и при этом не страдало качество профессиональной речи и подача материала в условиях прямого эфира.

Полученные данные показывают, что применение аппарата АКР-01 «МОНОЛОГ» даёт существенные положительные результаты при подготовки диктора и телеведущего к эфиру, а также формирует навык самоконтроля за речью. Количество ошибок уменьшается. Достигается максимальная концентрация внимания и самообладания. В результате, телезрители получают информацию достаточно ясно, чётко, профессионально.

Анализ результатов проведённого исследования позволил представить исчерпывающую картину о необходимости использования вспомогательной аппаратуры при подготовки дикторов и телеведущих к эфиру на телевидении. Таким образом, материалы эксперимента являются базой для разработки методических рекомендаций по формированию речевого самоконтроля у дикторов и телеведущих.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Аникеева З. И., Аникеев Ф. М.* Как развить певческий голос. Кишинёв: «Штиинца». 1981.
2. *Аникеева З. И., Плешков И. В.* Клинико-акустические характеристики голоса при функциональных нарушениях у лиц речевой и певческой профессии с сопряжённой патологией внутренних органов и систем. / Рос. оториноларингол. 2009. №5 (42). С. 9—16.
3. *Бернштейн С. И.* Вопросы обучения произношению. М., 1937.
4. *Нагибина Н. Л., Огаркова Ю. Л.* Речевые навыки как основа специальных способностей телеведущих / Голос и речь. №2 (10). 2013.
5. *Орлова О. С.* Нарушение голоса. М., 2008.
6. *Цыпин Г. М.* Психология музыкальной деятельности. Учеб. пособие. М. : Академия, 2003.
7. *Чарели Э. М.* Как развить дыхание, дикцию, голос. 2-е изд., испр и доп. Екатеринбург: Издательство Дома учителя, 2000.
8. *Шевцова Е. Е. Забродина Л. В.* Технология формирования интонационной стороны речи. М. : АСТ: Астрель, 2009.

Связь с автором:
Петрова Елена Владимировна
lelihka@bk.ru

Содержание

МЕДИЦИНА

Дайхес Н. А., Ханамиров А. А., Иванченко Г. Ф.
Клинико-функциональное состояние гортани при пахидермии межчерпаловидной области 4

Казарина О. В.
Заболевания голосового аппарата у детей 11

Рудин Л. Б.
Профессиональные виды трудовой деятельности вокалистов и их значение для возникновения и профилактики дисфоний 18

Рудин Л. Б.
Профилактика дисфоний у вокалистов: состояние проблемы на современном этапе (научный обзор) 26

Рудин Л. Б.
Методика и критерии отоларингологического (фониатрического) освидетельствования лиц, поступающих на обучение по вокально-речевым специальностям 63

ПЕДАГОГИКА

Агин М. С.
Беззаветное служение искусству 72

Джаниева Т. С., Орлова О. С.
Региональная модель службы психолого-педагогической помощи детям с детским церебральным параличом 95

Морозов В. П.
Елена Образцова о голосе и резонансной технике пения 101

Петрова Е. В.
Использование аппарата «Монолог» для речевого самоконтроля у дикторов и телеведущих 111