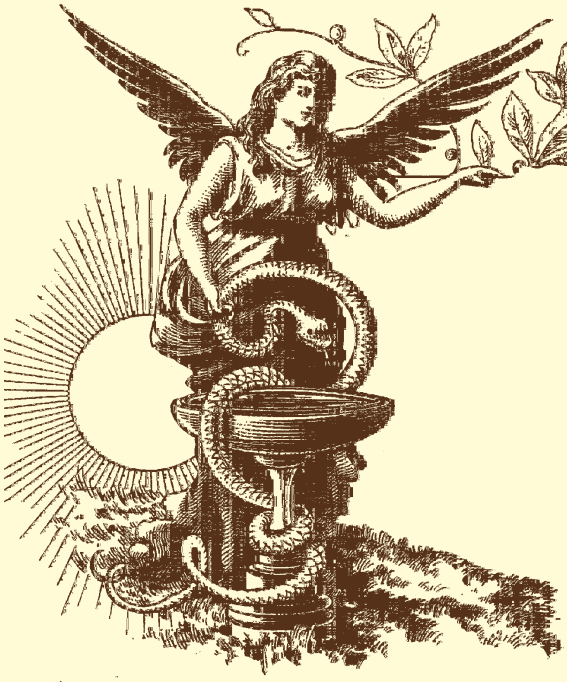
РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА



ГОЛОС И РЕЧЬ

№2 (4) 2011

Мультидисциплинарный научно-практический журнал

ISSN 2078-8436

Российская общественная академия голоса

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
Выходит три раза в год
Подписной индекс в объединённом каталоге «Пресса России» 42504

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор
Рудин Лев Борисович — кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории, Президент Российской общественной академии голоса, Председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов.

Зам. 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, Председатель вокально-методической секции 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 профессионально-речевой секции Российской общественной академии голоса.

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

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

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

Электронный адрес редакции:
golos.journal@gmail.com
Сайт Академии: www.voiceacademy.ru
E-mail Академии: foncentr@mail.ru
Телефон Аппарата Президиума: (495) 726-97-60
Адрес для почтовых отправлений: 119002, Москва, а/я 23

© Бруссер А.М., Оссовская М.П., Рудин Л.Б., 2011
© Российская общественная академия голоса, 2011
© ООО «Издательская группа «Граница», 2011

Свёрстано и отпечатано
в ООО «Издательская группа «Граница»
Тираж 500 экз. Формат 70x100/16
Корректор Колечкина Наталья Васильевна
Вёрстка: Сафина Гульнара Замилевна,
Горячев Александр Вячеславович

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Аникеева Зоя Ивановна — доктор медицинских наук, врач-отоларинголог высшей квалификационной категории Московского детского центра диагностики и лечения им. Н.А. Семашко.

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

Гаращенко Татьяна Ильинична — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебной работе Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России.

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 — кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры дефектологии Московского социально-гуманитарного института.

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 им. П.И. Чайковского, Почётный член Президиума Российской общественной академии голоса.

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

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

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.

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

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

Сметанников Леонид Анатольевич — Народный артист СССР, кавалер орденов Дружбы, «Знак Почёта», Преподобного Серафима Саровского III степени, профессор, зав. кафедрой сольного пения Саратовской государственной консерватории им. Л.В. Собинова, Почётный гражданин города Саратова, Почётный член 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.

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

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

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые коллеги!

Российская общественная академия голоса находится в преддверии III международного междисциплинарного конгресса «ГОЛОС». Каждый наш конгресс — это своеобразный опорный пункт, на котором мы подводим итоги, строим дальнейшие планы.

С чем же Академия пришла к III конгрессу? Прежде всего, с окрепшими междисциплинарными связями. Если на I конгрессе 2007 года специалисты различных отраслей знаний знакомились друг с другом, прислушивались к новой для себя информации, примеряя её для своих целей, то сейчас процесс активной интеграции представляется весьма отчётливо. Организаторы научно-практических конференций по проблемам голоса (Москва, 2010; Пермь, 2010; Омск, 2011 и др.) приняли от Академии эстафету освоения новых организационно-методических и научно-практических подходов. В настоящее время наметилась чёткая тенденция по увеличению числа трудов, носящих междисциплинарный характер. Этому во многом поспособствовало создание Академией мультидисциплинарного журнала «Голос и речь» — важнейшего достижения в нашей деятельности, который с февраля 2011 г. входит в Перечень ВАК по пяти отраслям наук.

На пути междисциплинарной интеграции мы видим ещё много перспектив. Академия будет продолжать концентрировать в своих рядах поистине заинтересованных специалистов, в том числе смежных отраслей, расширять научную программу мероприятий за счёт их докладов и мастер-классов. Актуальным видится разработка определённых научных проблем с точки зрения междисциплинарного соавторства.

Другим знаменательным событием стало утверждение Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология», которого мы так давно все ждали (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №155н). Это наша общая победа и, прежде всего, тех, кто принимал участие в разработке данного Порядка. На предстоящем Конгрессе мы обсудим дальнейшие перспективы развития отечественной фониатрии в соответствии с пунктами данного документа.

Желаю всем членам Российской общественной академии голоса дальнейших успехов и благополучия.

Президент
Российской общественной академии голоса,
главный редактор журнала «Голос и речь» **Л.Б. Рудин**

ДУША И ГОЛОС

Рыковская Нина Вячеславовна,
Заслуженная артистка Российской Федерации,
солистка Волгоградского музыкального театра

Прекрасный голос просто не родится.
Когда в согласье с разумом душа,
Он, как бутон цветка, готов раскрыться:
В нём звуков всех природа хороша.

А тембр — благозвучие природы,
Где совершенны грани естества,
В нём чистая духовная порода,
Питающая корни ремесла.

Нет! Голос не приходит ниоткуда
И без труда мест важных не займёт.
В нём нравственность видна, как фрукт на блюде,
И очевиден сразу зрелый плод.

Подарком он от Бога нам даётся,
И эту милость нужно заслужить.
Когда душа черна, то не поётся.
И чем светлей — крепчает связи нить!

Где мыслей свет и чистота желаний,
Звук в бездну с высоты не упадёт.
Он в гаммах утвердится ликованьем,
Порыв души с гармонией сольёт.

Форсаж не нужен — связок в нём недуги,
Глуп пёстрых звуков пенья маскарад.
Вокал — не провождение досуга,
А таинства священного обряд.

Петь правильно — великая заслуга
Того, кто победить тщеславье рад.
И не для всех вокал стал лучшим другом.
Для умных — это яркий звездопад.

Нам тяжело дойти до самой сути,
Природу естества не поломать,
А педагог не витязь на распутье,
Он должен делать, а не обещать.

И права не бывает на ошибку,
Серьёзно нужно к делу подходить:
Иначе можно голос, словно скрипку,
Неосторожным шагом вдруг разбить.

Волгоград. 2011 год

МЕДИЦИНА

УДК 616.2

ЗНАЧЕНИЕ УЛУЧШЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ

© Анготоева И.Б.[1], Исабаева Н.В.[2], 2011

1. канд. мед. наук, доц. кафедры оториноларингологии ГОУ ДПО РМАПО (ректор — Засл. врач РФ, д-р мед. наук, проф., акад. РАМН Л.К. Мошетова);

2. аспирант ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ (проф. А.М. Мкртумян)

Изучено влияние носового дыхания на функциональное состояние гортани. Пациентам с искривлением носовой перегородки проводились видеостробоскопическое исследование гортани и акустический анализ голоса до септопластики и после. Отмечено достоверное улучшение видеостробоскопической картины и следующих параметров акустического анализа голоса: время максимальной фонации, расширение тонального диапазона, изменение частоты основного тона.

Ключевые слова: носовое дыхание, акустический анализ голоса, функциональные дисфонии.

Библиография: *7 источников.*

IMPORTANCE OF IMPROVED NASAL BREATHING AMONG PATIENTS WITH VOCAL FUNCTION DISFUNCTION

© Angotoeva I.B.[1], Isabaeva N.V.[2], 2011

1. Ph. D. med. scient., doc. of the department of otolaryngology of State Educational Institution of Additional Professional Education Russian Medical Academy of Post-Graduate Education (rector — Honored doctor of the Russian Federation, D. med. scient., prof., acad. Of Russian Academy of Medical Sciences L.K. Moshetova);

2. Federal State Institution «Educational and scientific medical center» of the Department of Presidential Affairs of the Russian Federation (prof. A.M. Mkrtumyan)

The impact of nasal breathing on the functional state of larynx has been studied. Patients with deflected septum underwent videostroboscopic larynx analysis and acoustic voice analysis before and after septoplasty. Positive improvement of videostroboscopic view and the following parameters of acoustic voice analysis: time of maximal phonation, broadening of tonal range, changes of basic tone frequency were detected.

Key words: nasal breathing, acoustic voice analysis, functional disphonia.
Bibliography: *7 sources.*

Одной из наиболее частых жалоб пациентов, обращающихся к врачу-оториноларингологу, является затруднение носового дыхания. Деформация перегородки носа является одной из наиболее частых причин, ведущих к нарушению прохождения воздушного потока через носовую полость, а, следовательно, затруднению носового дыхания. Но иногда даже при достаточно свободном дыхании возникает необходимость устранять локальные искривления перегородки, если они способствуют нарушению аэродинамики или изменениям слизистой оболочки полости носа [5]. Влияние нормального функционирования носа на состояние практически всех органов и систем организма было доказано в многочисленных работах отечественных и зарубежных авторов [1]. При нарушении носового дыхания не могут реализоваться другие функции носа, что создаёт условия для развития воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей. В результате нарушения существующих в норме функциональных связей между слизистой оболочкой носа и внутренними органами, при ухудшении циркуляции воздуха в полости носа могут развиваться патологические процессы в сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочеполовой системах.

Носовая перегородка и околоносовые пазухи, как известно, несут резонаторную функцию, улучшая тембровую характеристику звуков за счёт усиления одних, главным образом высоких обертонов, и поглощения других. Усиливая высокие обертоны, они усиливают и те, которые входят в состав высокой певческой форманты, придающей звуку способность нестись вдаль, его полётность. Кроме того, благодаря рефлекторным связям, при прохождении через полость носа и околоносовые пазухи звукового потока повышается тонус голосовых мышц, благодаря чему усиливается яркость и пронзительность издаваемых гортанью звуков [3].

Патология полости носа и околоносовых пазух играет важную роль в происхождении упорных катаров гортани, трахеи, бронхов, в результате которых нарушается функция резонаторов. Кроме того, эти катары поддерживаются постоянно стекающим секретом из полости носа [3]. При таких катарах голос теряет яркость, силу и приобретает излишний носовой оттенок, а также изменяется звучность и чистота голоса [6].

Поэтому даже слабовыраженное заболевание полости носа у лиц голосоречевых профессий вызывает ухудшение голоса — понижение звучности и полётности голоса, уменьшение в голосе «металла», появление в голосе некрасивых оттенков и матовости голоса и т.д. [4].

Все заболевания гортани принято делить на функциональные и органические. В определённой степени такое деление является условным, так как функциональные нарушения могут переходить в органические, а органические изменения, в свою очередь, в ряде случаев сопровождаются функциональными. Такое деление необходимо не только для постановки диагноза, но

и для выбора своевременного метода лечения и проведения необходимых мер профилактики.

В последние годы наблюдается рост числа заболеваний голосового аппарата среди профессионалов голоса. Это связано с ухудшением экологических и социальных условий жизни. Отмечен рост числа заболеваний эндокринной, нервной и пищеварительной систем среди различных слоёв населения [2].

В патогенезе хронических ларингитов большое значение придаётся таким факторам риска, как курение, перенапряжение голоса, вдыхание химических веществ, злоупотребление алкоголем.

По мнению ряда зарубежных авторов, 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), исчезает назализация голоса [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния нарушения носового дыхания на состояние гортани.

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов – 29 мужчин и 7 женщин в возрасте от 19 лет до 62 лет с нарушением носового дыхания, у которых при риноскопии было выявлено искривление перегородки носа различной степени. Из них – 16 пациентов голосоречевых профессий, 4 пациента курили более 5 лет и имели повышенную голосовую нагрузку. Длительность заболевания составила от 1 до 15 лет.

Обследование включало в себя сбор анамнеза и осмотр ЛОР органов. Всем пациентам при исследовании полости носа, наряду с эндоскопическим исследованием, проводилась акустическая ринометрия (АР) и передняя активная риноманометрия (ПАРМ) для оценки геометрии дыхательной функции носа, а также комплексно оценивались функции гортани, включая тест-опросник «индекс качества голоса» (Voice handicap index), видеоларингостробоскопию, акустическое исследование голоса с помощью компьютерной программы «LingWaves Voice Program», позволившей оценить следующие акустические параметры: время максимальной фонации (ВМФ), частоту основного тона (ЧОТ), Jitter (степень частотной нестабильности вибрации голосовых складок), индекс дисфонии (DSI), частотный и динамический диапазоны голоса, силу голоса на forte и на piano.

Все полученные данные архивировались, анализ результатов проводился при помощи программы Statistica (Data analysis software system, StatSoft, Inc. 2007) версия 8.0 с использованием непараметрического парного критерия Вилкоксона. При сравнении результатов достоверными считались различия, если полученное значение p (для сравниваемого критерия) было ниже критического уровня значимости a = 0,05.

Полученные результаты и их обсуждение. При эндоскопическом исследовании полости носа у всех пациентов было выявлено искривление перегородки носа различной степени, хронический гипертрофический ринит, что было подтверждено данными акустической ринометрии и передней активной риноманометрии. Всем пациентам проведено хирургическое вмешательство (септопластика, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, задняя нижняя конхотомия). Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений.

Повторное обследование пациентов проводилось через 6 месяцев.

Следует отметить, что только 10 человек жаловались на повышенную голосовую утомляемость в течение всего дня, проявляющуюся к вечеру, болезненность мышц шеи, осиплость, повышенное слизеобразование.

До хирургического вмешательства при видеоларингостробоскопии все изменения в гортани распределились по нозологическим единицам следующим образом: функциональные дисфонии — 19 (53%) случаев, полипы — 2 (5%) случая, хронические ларингиты имели место у 2 (5%) пациентов, у 13 (37%) пациентов изменения не выявлены.

У пациентов с гипотонусной дисфонией при видеоларингостробоскопическом исследовании до операции голосовые складки выглядели бледными. При фонации голосовая щель имела овальную или треугольную форму. При дыхании определялся ненатянутый край голосовой складки, зияние гортанных желудочков. Колебания имели асинхронный характер, отмечалась «пестрота стробоскопической картины», когда в течение осмотра асинхронные колебания сменялись синхронными и наоборот.

Два других пациента страдали гипотонусной дисфонией с гипертонусом вестибулярного отдела гортани. При видеоларингоскопии голосовые складки имели обычную окраску и находились в состоянии гипотонуса, вестибулярные и черпалонадгортанные складки были гиперемированы вследствие форсированной манеры голосоведения. Во время фонации вестибулярные складки плотно смыкались над голосовыми, а в момент вдоха сокращались до нормальных размеров и не препятствовали осмотру голосовых складок. Оценить стробоскопическую картину у этих больных не представлялось возможным, так как при фонации голосовые складки были необозримы.

У 2-х (5%) обследованных пациентов выявлены полипы голосовых складок, у 2-х (5%) имел место хронический ларингит.

При повторном обследовании через 6 месяцев после операции у 26 пациентов отмечалась нормализация видеостробосопической картины, гипотонусная дисфония сохранялась только у 6 пациентов. Органические изменения имели место у 4-х обследуемых (у 2-х пациентов — полипы, у 2-х — хронический ларингит).

Практически у всех пациентов с гипотонусной дисфонией наблюдалось увеличение амплитуды колебаний голосовых складок, по сравнению со стробоскопической картиной до операции, но сохранялась «пестрота стробоскопической картины».

Результаты акустического анализа голоса показали, что уже через 6 месяцев после септопластики наблюдается статистически значимое улучшение большинства объективных показателей голоса, а именно (указываем средние значения показателей): удлинение времени максимальной фонации (до операции ВМФ составляло 13,8 сек., после операции — 19,2 сек.; $p = 0{,}000003$), расширение тонального диапазона в сторону увеличения высоких частот (с 236,05 Гц до 291,74 Гц; $p = 0{,}029$), увеличение максимальной частоты голоса (с 352,9 Гц до 400,6 Гц; $p = 0{,}04$).

Индекс дисфонии (DSI) у большинства пациентов до операции имел отрицательные значения и в среднем составлял -0,0225, в послеоперационном периоде индекс дисфонии становится положительным и в среднем составляет 0,911. Различия по этому признаку также статистически достоверны ($p = 0{,}0006$).

Однако изменение некоторых акустических параметров не было статистически значимым. Отмечалось увеличение частоты основного тона и расширение динамического диапазона, но эти изменения не были статистически значимыми ($p > 0.05$). Средние значения Jitter оставались без динамики, до операции составляли 0,74%, после — 0,78% ($p = 0{,}83$).

Результаты данных акустического анализа голоса (n 36):
средние значения показателей до и после операции

	До операции	После операции	P
ВМФ (сек)	13,82	19,2	0,000003
DSI	-0,0225	0,911	0,0006
ТД (дб)	236,05	291,74	0,0294
ДД (дб)	78,77	80,31	0,1985
Jitter (%)	0,74	0,78	0,8250
ЧОТ			0,0980

Выводы:

1. Нарушение носового дыхания следует рассматривать как одну из возможных причин возникновения расстройств голосовой функции.

2. Устранение назальной обструкции ведёт к улучшению таких основных акустических параметров голоса, как время максимальной фонации, индекс дисфонии, расширение тонального диапазона голоса, нормализация видеоларингостробоскопической картины.

3. Необходимо отметить, что хирургическое восстановление носового дыхания предполагает не только воссоздание нормальных анатомических соотношений в полости носа, но и положительно влияет на качество голоса в целом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Бондаренко Н.А.* Некоторые функциональные изменения в организме при искривлении носовой перегородки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1970. 20 с.

2. *Василенко Ю.С.* Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. 460 с.

3. *Ермолаев В.Г., Лебедева Н.Ф., Морозов В.П.* Руководство по фониатрии. Л., 1970. 271 с.

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

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

6. *Mitrinowicz-Modrzeyewska A.* Phisiologia und pathologia der resonanzame // Folia Phoniatica. 1960. №1. P. 12–16.

7. 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.

Сведения об авторах:

Анготоева Ирина Борисовна
angotoeva@mail.ru

Исабаева Наталья Владимировна
e-mail: arta75@mail.ru

УДК 616.22

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОКАЛИСТОВ

© Аникеева З.И., 2011

д-р мед. наук, врач-отоларинголог ЗАО «Медицинские услуги» ДЦДЛ им. Н.А. Семашко (главный врач — канд. мед. наук А.Ю. Нестеровская)

При обращаемости к отоларингологу (фониатру) вокалисты предъявляли жалобы на охриплость, ухудшение акустических свойств голоса, кашель и боль в горле. Основной причиной при их формировании служили: профессиональный фактор, эмоциональный стресс, нарушение режима труда и отдыха, несовершенная вокальная техника. Временная утрата трудоспособности (ВУТ) среди певцов различных категорий обусловлена болезнями органов дыхания в 70—85%, удельный вес заболеваний гортани колеблется от 36 до 52%. В структуре заболеваний гортани первое место занимают функциональные нарушения (27%), второе место — органические изменения голосовых складок (15,4%), третье место — сочетанная патология респираторного тракта и гортани (16,6%). Острые ларингиты составляли 8,1%, хронические ларингиты — 1,8%.

Ключевые слова: заболеваемость вокалистов по обращаемости, заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ), структура заболеваний гортани, гигиена труда, нарушение санитарно-гигиенических норм театральных помещений, основные симптомы заболеваний гортани, голосовые складки.

Библиография: *16 источников.*

IMPACT OF THE ERRONEOUS WORK CONDITIONS ON THE VOCALISTS' MORBIDITY RAT

© Anikeeva Z.I., 2011

Dr. scient. med, otolaryngologist, CJSC «Medical services DCCL named after N.A. Semashko» (medical director, Ph. D. scient.med A. Yu. Nesterovskaya)

While seeing an otolaryngologist (phoniatrist) vocalists complained of hoarseness, acoustic features of voice decrement, cough and sore throat. The main reasons of their formation were: professional factor, emotional stress, schedule of work and rest break, imperfect vocal technique. Temporary loss of workability among singers of different categories is due to respiratory organs diseases in 70 – 85%, the proportion of larynx diseases is within the range 36 – 52%. In the structure of larynx diseases the first place is taken by functional abnormalities (27%), the second place is taken by organic changes in vocal cords (15,4%), the third place is taken by complex pathology of the respiratory tract and larynx (16,6%). Acute laryngitis compose 8,1%, chronic laryngitis takes 1,8%.

Key words: vocalists' morbidity by appealability, morbidity with the temporary loss of workability, larynx diseases structure, factory hygiene, sanitary-hygienic standards of fit-up rooms violation, main symptoms of larynx diseases, vocal cords.

Bibliography: *16 sources.*

Целью исследования явилось изучение обращаемости певцов различных категорий в поликлинику с заболеваниями гортани и определение зависимости этих заболеваний от состояния внутренних органов и систем.

Для выполнения поставленной цели нами были определены следующие задачи:

1. Провести анализ заболеваемости вокалистов по обращаемости в фониатрический кабинет.
2. Изучить заболеваемость с временной утратой трудоспособности вокалистов некоторых музыкальных учреждений г. Москвы.
3. Провести динамическое наблюдение за состоянием респираторного тракта у певцов театра оперы и балета за 15 лет.

Объём исследования. Работа выполнялась в течение 15 лет на базе городского ЛОР отделения г. Перми и фониатрического кабинета Пермского Академического театра оперы и балета им. П.И. Чайковского и Молдавской Государственной филармонии, ЛОР отделения НИИ ГТ и ПЗ АМН России, сурдофониатрического кабинета ЦАО г. Москвы.

Состояние верхних дыхательных путей было изучено у 1443 человек, из которых 443 певца, 500 лиц речевой профессии и 500 человек служили контролем. Они не были связаны ни с речевой, ни с певческой профессией.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности изучена у круглогодовых работающих вокалистов Московской государственной филармонии, Государственного русского народного хора им. Свешникова, театра оперы и балета. Всего было изучено 365 больничных листов, представленных к оплате в бухгалтерию этих музыкальных учреждений в течение 2-х лет.

Категория творческих работников составляет культурное богатство нашей Родины. Их творчество способствует эстетическому воспитанию

народа, поднимает международный авторитет нашей страны, создаёт хорошее настроение, способствует повышению производительности труда. Поэтому вопрос о здоровье артистов является актуальным. Голос человека играет важную роль в жизни, в социальной и профессиональной активности. В связи с этим обеспечение профессионалов речевого и певческого голоса в ЛОР кабинете поликлиники своевременной квалифицированной лечебной помощью является важной задачей.

На внедрение новых технологий в диагностику и лечение нарушений голоса у профессионалов речи и пения отечественные авторы обращают пристальное внимание. Несмотря на большие трудности, испытываемые постоянно научными и медицинскими учреждениями в последние годы, новые методы находят применение в практике ЛОР врача.

К фундаментальным исследованиям голоса в последнее десятилетие относятся исследования:

- В.П. Морозова (1977, 2007), многие годы изучающего акустические свойства певческого голоса и рассматривающего резонативное пение, как основу певческого долголетия;
- Г.Ф. Иванченко (1992), работы которого касались внедрения микрохирургии гортани у больных с нарушениями голоса;
- В.А. Триноса (1981), З.И. Аникеевой (1999), И.В. Плешкова (2000), описавших акустические характеристики голоса у вокалистов при дисфониях различного генеза, структуру заболевания гортани, эндоскопическую картину гортани при расстройствах речи и пения и, что особенно важно, влияние стажа, возраста, сопряжённых заболеваний нервной системы на частоту заболеваний гортани.

Изучению голосовой функции у певцов при функциональных нарушениях посвящены работы В.А. Триноса (1981), Т.Е. Шамшевой (1983), З.И. Аникеевой (1985), О.М. Кажлаева (1983), Ф.Г. Тагировой (1991).

Принимая во внимание тот факт, что голосовой аппарат лиц певческой профессии особенно раним, вопросы диагностики голосовых нарушений в условиях поликлиники и диспансерного наблюдения за больными данной категории не отработаны, а лечение вокалистов имеет свои специфические особенности, становится совершенно очевидным, какое значение в системе здравоохранения приобретают практические рекомендации по своевременной диагностике, рациональному лечению и профилактике заболеваний гортани.

Высокие уровни заболеваемости по обращаемости среди работников культуры, о чём сообщают статистические данные, обусловили необходимость определения роли профессионального фактора в их возникновении.

Отдельные авторы неоднократно пытались связать повышенную заболеваемость органов дыхания и гортани у профессионалов речи и пения с их профессией.

Так, сорок лет тому назад гигиеническую оценку условий работы солистов театра оперы и балета г. Тбилиси, включавшую изучение гигиенического режима запылённости, бактериологической загрязнённости костюмов и воздуха, осуществили В.П. Вощинская и В.В. Иорданишвили (1956). Авторы

сообщили о большой бактериальной загрязнённости патогенными микробами и кишечной палочкой воздуха, костюмов, гримировальных принадлежностей, нарушении теплового режима и режима воздухообмена во время спектакля.

Н.Н. Китаева (1956), Д.Л. Цветков (1971), изучавшие вопросы гигиены труда в музыкальных театрах, свидетельствовали о том, что труд артиста характеризуется выраженным физическим и нервно-сенсорным напряжением. Проведённые ими с помощью психофизических тестов исследования указывали на ряд изменений, происходящих в организме артиста и зависящих от степени участия в представлении, особенностей его личности, эмоционального состояния, опыта.

Перечисленными сообщениями и ограничивались данные литературы о влиянии специфических условий труда на творческих работников культуры.

Новая попытка изучения влияния условий труда на здоровье артистов осуществлена сотрудниками Научно-исследовательского института гигиены труда и профессиональных заболеваний Академии медицинских наук России в 1978 г. Но в то время было изучено возможное влияние условий труда на здоровье артистов балета.

Необходимость продолжения подобных исследований у вокалистов была обусловлена отсутствием достоверных данных о влиянии специфических и неспецифических условий труда на их здоровье и голос. Это было осуществлено в рамках настоящего исследования.

Оценка условий труда у вокалистов некоторых музыкальных учреждений г. Москвы, осуществлённая совместно с научными сотрудниками Научно-исследовательского института гигиены труда и профессиональных заболеваний Академии медицинских наук России, показала, что санитарно-гигиенические условия труда не соответствовали стандартам в большинстве из них.

К таким нарушениям относились:

- повышенная интенсивность освещения сцены, приводящая к перегреву организма певца, что могло служить причиной частой заболеваемости респираторного тракта;
- отсутствовала подвижность воздуха при выключенной вентиляции и значительно превышала оптимальные значения при работе вентиляции, вызывая сквозняки;
- наблюдалась скученность артистов в гримуборных.

Всё это характеризовало санитарно-гигиенические условия труда как дискомфортные.

К специфическим профессиональным неблагоприятным факторам мы отнесли нерациональное чередование труда и отдыха в течение дня, недели, месяца, неравномерную занятость, превышение голосовых нагрузок, высокую нервно-эмоциональную напряжённость певческого процесса. В более благоприятных санитарно-гигиенических и специфических профессиональных условиях находились артисты Госхора, поющие А" Капелла. В этом коллективе перечисленные нарушения соответствовали допустимым санитарно-гигиеническим нормам, а пение было ежедневным, не превышало в общей сложности 3-х часов. Этот коллектив взят нами в качестве контроля.

В зависимости от полученных данных о специфике певческого труда среди вокалистов музыкальных учреждений г. Москвы нами были сформированы 2 профессиональные группы:

- к артистам первой категории отнесены солисты оперы и филармонии, обладающие хорошей вокальной школой и испытывающие более интенсивное воздействие неблагоприятного специфического профессионального фактора;
- к артистам второй категории отнесены артисты хоровых коллективов, имеющие вокальные недостатки, у которых более рационально организован режим ежедневного труда.

Наш ретроспективный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности в изучаемых коллективах, осуществлённый по методике Н.В. Догле, Н.Я. Юркевич (1989), показал, что на высокие уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности оказывают влияние неблагоприятные условия труда. Так, в коллективах театра оперы и балета, филармонии, где санитарно-гигиенические условия не соответствовали стандартам, а нервно-эмоциональные нагрузки были высокими, отсутствовало рациональное чередование труда и отдыха, уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительно превышал таковой в трудовом коллективе, поющем А" Капелла, где условия труда были более благоприятными. Показатели болевших лиц в этих коллективах составили 70,0 ± 72,4 против 47,3 ± 3,8 ($P > 95,5$), 150,0 и более случаев нетрудоспособности против 75,7 ± 5, 1500,0 дней нетрудоспособности против 912 ($P > 95,5$) (на 100 работающих).

О преобладании в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности болезней органов дыхания у городского населения сообщают многочисленные авторы. Обращает на себя внимание тот факт, что среди вокалистов доля болезней органов дыхания превышает таковые и колеблется от 70 до 85% в различных коллективах, а доля заболеваний гортани в ней колеблется от 36,6 до 42,2%. Более высокие уровни заболеваний респираторного тракта отмечаются у солистов оперы и филармонии, реже — у артистов хора оперы и ещё меньше — у артистов хора, поющего А" Капелла.

Выявлены различия в показателях распространённости заболеваний голосового аппарата у певцов различных категорий: у солистов оперы он был выше и равнялся 52 ± 7,1 против 30 ± 5,5 ($P > 95,5$) у артистов хора, имевших меньшую голосовую нагрузку и меньшую психо-эмоциональную напряжённость труда.

Выявлена стажевая зависимость показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности у всех категорий певцов, но более выраженной она оказалась у солистов оперы. Так, если при стаже работы до 15 лет показатели заболеваемости голосового аппарата (на 100 обследованных) составили 36 ± 0,8 у солистов и 20,8 ± 5,6 у артистов хора, то при стаже более 15 лет показатели увеличились соответственно до 68,09 ± 5 и 52 ± 10,6 ($P > 95, 5$).

Наши данные подтверждают исследования В. А. Триноса (1981), О. М. Кажлаева (1983) в том, что структура заболеваний гортани у вокалистов и населения, не пользующихся в своей профессиональной деятельности голосом, значительно отличаются друг от друга. По нашим данным, у артистов преобладают болезни гортани, составляющие 52,1% среди всех болезней голосо-

вого аппарата; среди населения удельный вес болезней гортани составляет лишь 6,3%. В современных условиях среди населения мегаполиса удельный вес заболеваний гортани увеличился за последние 10 лет и достиг значений 12,3%. При этом часто болезни гортани наблюдаются у населения в виде сочетанной патологии респираторного тракта.

Данные медицинского осмотра позволили выявить разницу в формировании отдельных нозологических форм заболеваний гортани у певцов различных категорий. Так, у артистов хора чаще формировались функциональные нарушения голоса, у солистов оперы — органические изменения голосовых складок. В обеих профессиональных группах показатели зависели от певческого стажа и вокальной техники.

Заболевания гортани у профессионалов певческого голоса встречались как в виде изолированной патологии, так и в различных сочетаниях. У солистов показатель изолированных заболеваний гортани был равен 18,72 ± 5. Болезни гортани встречались и в различных комбинациях. Среди них комбинация «нос, глотка, гортань» встречалась в 11,9%, «нос, глотка» — в 2,1%, «глотка, гортань» — в 2,6%.

По нашим данным, органические заболевания голосовых складок реализовались у солистов оперы в виде певческих узелков, маргинального хордита, краевой кисты и контактной язвы, кровоизлияния в голосовую складку, а функциональные нарушения голоса, встречающиеся чаще у артистов хора, реализовались в виде гипокинетической дисфонии, гиперкинетической дисфонии и фонастении. Эти данные подтверждаются наблюдениями В.А. Триноса (1981), О.М. Кажлаева (1983) и авторами последнего десятилетия.

Известно, что только сведения об общей заболеваемости по обращаемости в поликлиники ко всем специалистам наиболее полно отражают распространённость отдельных заболеваний. Таких сведений о вокалистах в доступной литературе мы не встретили. Нами эти сведения собирались в порядке текущей регистрации сплошного учёта всех заболеваний за 10 лет у 118 певцов и 40 артистов театра оперы и балета, взятых в качестве контроля и динамического наблюдения за состоянием ЛОР органов у одних и тех же вокалистов оперы, проработавших в театре оперы и балета в течение 15 лет.

Сравнение заболеваемости по обращаемости в поликлинику солистов и артистов оперы и балета показало, что по поводу заболеваний гортани певцы обращались за помощью в 36,6% случаев, тогда как за этот период артисты балета по поводу болезней гортани не обращались ни разу.

Ретроспективный анализ заболеваемости, осуществлённый на основании выписок из амбулаторных карт за этот период, позволил существенно дополнить наши представления о состоянии здоровья и обращаемости изучаемого контингента.

Мы обнаружили, что:

- особенностью обращаемости в поликлинику певцов является то, что любые, даже незначительные изменения респираторного тракта, приводят к длительной временной нетрудоспособности;
- основной причиной заболеваемости с ВУТ среди них являются болезни органов дыхания, на втором месте — болезни сердечно-сосудистой и нервной системы;

- прочие болезни служат поводом для временной нетрудоспособности исключительно редко.

Динамическое наблюдение за состоянием ЛОР органов с 15-летним перерывом между осмотрами одних и тех же лиц, продолжавших работать в Пермском театре оперы и балета, выявило среди них увеличение в 3 раза числа лиц с комбинированными заболеваниями верхних дыхательных путей (с 13,3 до 43,3 на 100 осмотренных).

Динамическое наблюдение за заболеваемостью с ВУТ позволило выявить среди вокалистов группу лиц, часто болеющих в течение года. Удельный вес среди солистов филармонии составил 17,4%, у солистов оперы — 13,8%, у артистов хора театра оперы и балета — 11,5%, а у поющих А"Капелла в Госхоре — лишь 1,4%. Часто болеющие лица наблюдались в тех коллективах, где не соблюдались санитарно-гигиенические условия труда и нарушался режим голосовой нагрузки.

О влиянии на голосовую функцию изменений слизистой оболочки респираторного тракта известно давно (Шамшева Т.Е., 1983; Плешков И.В., Аникеева З.И., 2003). Эти знания углублены исследованиями последних лет (Зеленкин Е.М., 1996; Плешков И.В., Аникеева З.И., 2003; Авдеева С.Н., 2009; Бондарева А.В., 2010). Болезни полости носа и придаточных пазух носа могут способствовать длительной нетрудоспособности у вокалистов и приводить к голосовым нарушениям. По данным Ф.М. Алекперова (1993), З.И. Аникеевой (1999), в патогенезе голосовых расстройств определённую роль играют заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, нервной системы. Авторы считают, что обострения этих заболеваний отражаются на трудоспособности вокалиста, приводят к нарушению голоса.

Для широкого внедрения критериев ВУТ при нарушениях голоса и заболеваниях гортани в практическом здравоохранении в условиях поликлиники мы предлагаем применять лишь некоторые, достаточно информативно характеризующие состояние голоса у заболевшего вокалиста. К ним относятся: общий оториноларингологический осмотр, ларингостробоскопия, тест на длительность фонационного выдоха, определение ФВД, эндоскопическое обследование, скрининговое обследование слуха, УЗИ ППН.

Диагностические критерии, свидетельствующие о временной нетрудоспособности вокалистов:

- наличие объективных изменений голосовых складок при ларингоскопии;
- появление асинхронности и снижение амплитуды колебаний голосовых складок, уменьшение плотности их смыкания;
- сужение голосового поля за счёт уменьшения силы голоса на форте ниже 90 Дб у солистов оперы и ниже 80 Дб у артистов хора, уменьшения рабочего диапазона на 1,5 тона у солистов оперы и 2,5—3 тона у артистов хора, динамического диапазона на 4—5 и более Дб;
- укорочение времени максимальной фонации гласных до 15 сек. у солистов и до 12 сек. и ниже у артистов хора;
- резкое, быстрое, ступенеобразное снижение пневмографической кривой;
- уменьшение жизненной ёмкости лёгких у солистов с 5,2 ± 0,2 до 4,2 ± 0,9 л у солистов оперы и до 2,5 ± 0,1 л у артистов хора; нарушения вентиляционной функции лёгких по обструктивному типу.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Авдеева С.Н.* Совершенствование поликлинической оториноларингологической помощи в условиях современного мегаполиса. II конгресс Российской общественной академии голоса: сб. тр. М.: Граница, 2009. 331 с.

2. *Алекперов Ф.М.* Стойкая гипотонусная дисфония (диагностика, клиника и лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993. 15 с.

3. *Аникеева З.И.* Нарушения и восстановительное лечение голоса у вокалистов. Кишинев: Штиинца, 1985. 172 с.

4. *Аникеева З.И.* Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1999. 39 с.

5. *Бондарева А.В.* Методика повышения эффективности медицинской помощи больным с заболеваниями гортани в условиях поликлиники // Материалы IX Российской конференции оториноларингологов: сб. тр. М., 2010. С. 268 – 272.

6. *Вощинская В.П.* Гигиеническая характеристика условий труда работников сцены стационарных театров г. Тбилиси. Тез. докл. 1 съезда гигиенистов 11 – 13 окт. 1956 г.: сб. тр. Груз. мед. изд. С. 87.

7. *Догле Н.В., Юркевич Н.Я.* Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. М.: Медицина, 1989. 170 с.

8. *Зеленкин Е.М.* Клиническое значение санаций верхнечелюстных пазух в реабилитации слуховых и голосовых нарушений. Актуальные проблемы фониатрии: сб. тр. Казань: Медицина, 1996. С. 69 – 70.

9. *Иванченко Г.Ф.* Функциональная микрохирургия у больных с нарушениями голоса при параличах и рубцовых деформациях гортани: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1992. 30 с.

10. *Кажлаев О.М., Бутусов А.Д.* Определение голосового поля вокалистов при заболеваниях гортани // Вестник оториноларингологии. 1983. №2. С. 55.

11. *Морозов В.П.* Биофизические основы вокальной речи. Л.: Наука, 1977. 230 с.

12. *Морозов В.П.* Голос. «Загадочная» роль трахеи // Первый международный междисциплинарный конгресс «Голос»: сб. тр. М., 2007. 252 с.

13. *Плешков И.В., Аникеева З.И.* Наличие заболеваний внутренних органов и систем у профессионалов голоса как причина развития патологического «синдрома верхних дыхательных путей» // II конгресс Российской общественной академии голоса: сб. тр. М.: Граница, 2003. 331 с.

14. *Тагирова Ф.Г.* Заболевания голосового аппарата у певцов и людей голосовых профессий и проблемы их реабилитации: тез. докл. XVII Конгресса Союза европейский фониатров 17 – 21 сент. 1991, Киев. М., 1991. С. 110 – 111.

15. *Тринос В.А.* Дисфонии, их лечение у лиц голосовых профессий: дис. ... докт. мед. наук. Киев, 1981. 250 с.

16. *Шамшева Т.Е.* Значение лечения заболеваний верхних дыхательных путей в профилактике расстройств голоса у вокалистов. Неотложная помощь в оториноларингологии. Патология голоса и речи: сб. тр. М., 1983. С. 146 – 147.

Сведения об авторе:

Аникеева Зоя Ивановна
e-mail: anikeevalor@mail.ru

УДК 616.2

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА И ФОРМУЛИРОВКИ ФОНИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

© Рудин Л.Б., 2011

канд. мед. наук, доц., ФГУ «Академический ансамбль песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова» Министерства обороны РФ (директор – Заслуженный работник культуры РФ Л.И. Малев); вед. научн. сотр. ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес)

Данная дискуссионная статья является попыткой систематизировать мнения, накопленные на сегодняшний день в фониатрии, касающиеся классификации заболеваний голосового аппарата, и сформулировать унифицированные принципы формулировки фониатрического диагноза. Также в статье приводятся собственные взгляды и выводы автора, основанные на более чем 10-летнем наблюдении за солистами, артистами хора музыкальных театров, студенческим контингентом вокальных и актёрского факультетов. Принципиально новый взгляд на проблему позволяет формулировать в фониатрии развёрнутый клинический диагноз, реабилитирующий в отоларингологии и фониатрии один из главных принципов медицины – преемственность. Реализация в фониатрию ряда унифицированных методических принципов, в том числе единой классификации, сегодня представляется особо актуальной в свете подписанного 28 февраля 2011 г. Приказа Минздравсоцразвития РФ №155н, открывающего новые перспективы для развития отечественной отоларингологии и фониатрии.

Ключевые слова: классификация заболеваний голосового аппарата, этиопатогенетические принципы, унифицированные принципы формулировки фониатрического диагноза, дисфония.

Библиография: *11 источников.*

ETHIOPATHOGENETIC PRINCIPLES OF VOCAL APPARATUS DISEASES CLASSIFICATION AND PHONIATRIC DIAGNOSIS FORMULATION

© Rudin L.B., 2011

Ph.D. in medical sciences, docent, Federal State Institution «Academic Song and Dance of the Russian Army named after A.V. Alexandrov» of the Ministry of Defence of the Russian Federation (director – Honored cultural professional of the Russian Federation L.I. Malev), leading research officer, Federal State Institution «Scientific Clinical Center of Otolaryngology of Federal Medical and Biology Agency of Russia» (director – professor N.A. Daykhes)

This discussion article is an attempt to systematize the opinions, having been gathered by today in phoniatry, regarding vocal apparatus diseases, and formulate standardized principles of formulating a phoniatric diagnosis. Also the article contains the author's personal views and conclusions, based on more than 10 years of watching solo-singers, musical theater chore performers, vocal and actors' department students. A crucially new view of the problem allows one to formulate an expanded clinical diagnosis in phoniatry, which rekindles one of the main principles of medicine in otolaryngology and phoniatry in particular – the principle of succession. The realization of a range of standardized methodical principles, including the common classification, is up-to-date in light of the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation №155n of February, 28, 2011, opening a new prospect for development of Russian otolaryngology and phoniatry.

Key words: vocal apparatus diseases classification, ethiopathogenetic principles, standardized principles of formulating a phoniatric diagnosis, disphonia.

Bibliography: *11 sources.*

Перечень заболеваний голосового аппарата достаточно велик. На протяжении многих лет авторы предлагали различные варианты их классификации, а также формулировки фониатрического диагноза. Однако на основании анализа отечественной и зарубежной литературы можно утверждать, что эта проблема по-прежнему остаётся актуальной [1, 2, 6, 7, 10, 11].

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. Ю.С. Василенко, 2002 [1] разъясняет проблему пареза и паралича гортани в соответствии с общемедицинскими понятиями. 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 [1, 2, 6]. Ни одна другая медицинская специальность, в том числе и отоларингология, не классифицирует симптом (за редким исключением), переводя его в ранг диагноза. Например, классифицируется ринит, а не выделения из носа; фарингит, а не боль в глотке. Трудно себе представить формулировки, подобно таким, как: дизартрия инсультная, кашель трахеитный, изжога гастритная и т.п. Именно таков содержательный компонент словосочетаний «гипотонусная дисфония», «органические дисфонии» и прочих со словом дисфония. Однако мы настолько привыкли к ним, что даже не задумываемся об их неправомочности. Следует отметить, что некоторые авторы уже не используют термин дисфония при формулировке диагноза, а акцентируются на патогенетической его составляющей [3, 4, 7, 10, 11]. В современной зарубежной литературе фониатрические классификации представляют собой перечисление всех возможных заболеваний, приводящих к голосовым расстройствам (т.н. этиологические факторы голосовых расстройств) [7, 10, 11]. Более того, неправомочность использования термина дисфония в контексте констатации заболевания связана ещё и с тем, что далеко не всегда видимые изменения в гортани влекут развитие дисфонии и зачастую являются случайными находками [5, 6].

Комплекс укоренившихся стереотипов и чрезвычайная сложность организации голосового аппарата не позволяют найти универсальный (унифицированный) путь классификации в фониатрии. А неполноценная диагностика причин возникновения дисфоний, а соответственно и симптоматическая тактика лечения, не дают ожидаемых результатов. Возникает вариативность неправомерных формулировок, подобно таким, как «хроническая гипотонусная дисфония», «органическая гипотонусная дисфония», «функциональная гипотонусная дисфония» и пр., с которыми приходится сталкиваться в повседневной практике.

Возникает очень важный вопрос: что же всё-таки следует классифицировать в фониатрической практике — дисфонии, заболевания, этиологические факторы или что-либо ещё? Чтобы попытаться дать ответ на этот вопрос, следует ещё раз повториться, что далеко не всегда при осмотре пациента, особенно вокалиста, видимые изменения в гортани, иногда выраженные, влекут за собой развитие дисфонии. Чаще всего это касается т.н. поногенной ларингопатии [5], varix chordae и пр. У подростков, в основном у девочек мутационного периода, проявлений дисфонии нет, а мутационная ларингопатия выявляется. А раз есть изменения, значит, мы обязаны зафиксировать

их в документации, при этом в унифицированной форме, чтобы полностью соблюсти принцип преемственности. Таким образом, классифицируя дисфонии, мы сужаем круг проблем в основном за счёт заболеваний. При этом различные состояния тех или иных отделов голосового аппарата остаются вне классификации.

Изучая различные варианты классификаций расстройств голоса, предложенные до настоящего времени [1, 2, 6, 7, 10, 11], можно прийти к выводу, что в фониатрической практике классифицировать следует всё же то, чем, собственно, фониатрия и занимается, а именно **заболевания и состояния голосового аппарата**. При этом классификация должна носить этиопатогенетический характер.

Говоря о дисфонии, как проявлении тех или иных заболеваний и состояний голосового аппарата, необходимо отметить, что данный симптом, в подавляющем большинстве случаев, возникает вследствие патологических изменений на уровне голосовых складок (в данном случае важен именно патогенетический механизм, а не причина, вызвавшая те или иные изменения в гортани). В гораздо меньшем проценте случаев дисфония возникает вследствие изменений на внегортанном уровне (ринофония вследствие искривления перегородки носа, хронического ринита, аденоидных вегетаций, нарушения подвижности мягкого нёба и пр.; риногенные дисфонии, вызывающие сужение диапазона за счёт верхнего регистра, глухость тембра, нарушение полётности, т.е. изменение акустических параметров голоса, что в подавляющем большинстве случаев встречается при искривлении перегородки носа и нарушении функции носового дыхания; субъективные изменения голосовой функции, не сопровождающиеся видимыми изменениями со стороны гортани и других отделов голосового аппарата, возможно, вследствие вегетативных, эндокринных сдвигов и т.п.). Таким образом, дисфонии не могут быть функциональными или органическими. Данные понятия относятся только к заболеваниям, а не к симптомам. Тем более, что традиционно подобное подразделение имело ввиду лишь изменения на уровне гортани, о чём знают лишь отоларингологи и фониатры и принимают это как должное. А ведь ринофонию, обусловленную, например, аденоидными вегетациями, тоже можно назвать органической дисфонией, а отсутствие каких-либо изменений в голосовом аппарате при наличии жалоб у пациента можно назвать функциональной дисфонией. По сложившейся традиции, происходит **подмена терминологии**, требующая от специалистов домысливания, угадывания и предположения, что же всё-таки было у пациента при первичном обращении, в какой степени у него была изменена голосовая функция, какова была причина произошедшего, какова динамика процесса и пр., что в принципе является ситуацией недопустимой.

В связи с вышеизложенным, говоря о дисфонии, наиболее целесообразно говорить лишь об **уровне её возникновения**, выделяя **ларингогенные** (т.е. вследствие изменений на уровне гортани, вызывающих или детерминирующих симптом дисфонии) **и соматогенные** (возникающие на внегортанном уровне).

Таким же образом целесообразно подразделять **заболевания и состояния голосового аппарата** на **внутригортанные и внегортанные**.

Следует ещё раз подчеркнуть, что в данном случае уровень возникновения состояния, заболевания и дисфонии не тождественен причине их возникновения. Например, говоря о мутации, мы прекрасно понимаем, что дисфония возникает вследствие тех общих изменений в организме, которые связаны с половым созреванием, ростом гортани, воздействием на неё половых гормонов. Однако возникновение собственно дисфонии в период мутации связано с определёнными изменениями именно в гортани, которые визуализируются при ларингоскопии и классифицируются как мутационная ларингопатия. Другой пример — возникновение дисфонии на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника. Для реализации симптома дисфонии должна чётко прослеживаться патогенетическая последовательность: шейный остеохондроз — рефлекторное влияние на гортань — изменение подвижности или вибрации голосовых складок — дисфония. Если патологических изменений на уровне гортани не будет, то не будет и дисфонии. Именно поэтому в данном случае уровень возникновения дисфонии гортанный, а вот причина данных изменений в гортани — нейрогенная. Фониатрический диагноз на основании осмотра будет формулироваться как парез гортани, или дисфункция голосовых складок и пр. (патогенетический механизм). Но следует указать и причину (этиологический фактор). Она нейрогенная, вызвавшая описанные изменения в гортани.

Заболевания и состояния гортани, обуславливающие возникновение дисфонии, мы традиционно подразделяем на **функциональные и органические.**

В основу классификации функциональных расстройств голосовых складок целесообразно вкладывать два важнейших компонента их работы: **показатели вибраторного цикла и состояние тонуса**.

По общемедицинской терминологии расстройство функции есть дисфункция. Это относится и к гортани. Поэтому любое нарушение работы голосовых складок функционального характера есть дисфункция, т.е. **дисфункция** голосовых складок **всегда имеет под собой изменение показателей вибраторного цикла**. Эти изменения могут быть обусловлены либо изменением тонуса, либо возникать на фоне нормотонуса. Таким образом, дисфункция голосовых складок может быть **нормотонусной** (в настоящее время в существующих рабочих классификациях отсутствует определение таким функциональным расстройствам, которые протекают на фоне нормального тонуса голосовых складок, но сопровождаются изменениями вибраторного цикла, в том числе лишь на одной стороне (без явлений монохордита) или на отдельном участке диапазона, хотя авторы констатируют подобные наблюдения) [1, 2], **гипотонусной, гипертонусной и смешанной**.

Дисфункция гортани, затрагивающая весь её нервно-мышечный аппарат, есть ларингеальная дистония (неврологическая классификация фокальных дистоний), что хорошо известно под названием **спастическая дисфония**.

Этиологический компонент формулировки диагноза указывает на происхождение данного состояния.

Собственно термины дисфония и афония должны являться обязательным компонентом клинического диагноза, указывая на **степень нарушения голоса**.

С той же целью в употребление целесообразно ввести такое понятие, как **нормофония**, указывающее на отсутствие объективных и субъективных изменений голоса.

Дисфонию предлагаем различать 4-х степеней.

I степень – при слуховой оценке изменений голоса нет, однако пациент предъявляет жалобы на изменение голосовой функции.

II степень – незначительные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса, зачастую носящие непостоянный характер.

III степень – явные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса.

IV степень – выраженные тембральные и (или) тоново-динамические изменения голоса.

Важно отметить, что мы всецело согласны с мнением о том, что степень нарушения голосовой функции не в одинаковой степени воспринимается различными категориями пациентов [3, 4]. Так, не улавливаемые слухом тоново-динамические изменения голоса вокалиста при минимальных изменениях в гортани могут вызывать серьёзные трудности нюансировки при пении в верхнем регистре и, как следствие, вообще отказ от пения в период заболевания. Таким образом, нормофония или дисфония I степени при аудиальной оценке не совпадает с оценкой своего состояния самим пациентом, которая оказывается более завышенной.

А вот актриса драмы при большом стаже курения, наличия полипозной дегенерации голосовых складок со значительными изменениями тембра, соответствующими дисфонии III или IV степени, таковыми эти изменения не считает и вообще не принимает их во внимание.

Учитывая значимость данного обстоятельства при выборе тактики лечения [3, 4], считаем целесообразным выделять классы соответствия аудиальной оценки голоса и самооценки голосовой функции пациентом.

Класс **а** – самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом соответствует аудиальной оценке голоса.

Класс **в** – заниженная самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом относительно аудиальной оценки голоса.

Класс **с** – завышенная самооценка голосовой функции и состояния голоса пациентом относительно аудиальной оценки голоса.

Принимая во внимание вышеизложенное, приведём несколько формулировок клинического диагноза.

Пример №1. Дисфункция голосовых складок по гипотонусному типу поногенная: дисфония Iа ст.

Наличие данной формулировки в документации даёт следующую информацию: у пациента было (или есть) расстройство голосовой функции, связанное со снижением тонуса (патогенетический механизм) голосовых складок (локализация) на фоне голосовой нагрузки (этиологический фактор) без изменений голоса (факт дисфонии), при этом самооценка голосовой функции пациентом соответствует аудиальной оценке голоса.

Пример №2. Дисфункция голосовых складок по нормотонусному типу психогенная: афония.

(по существующей классификации – психогенная (истерическая) афония, психогенная дисфония).

Данная формулировка указывает на то, что имело место нарушение голоса, патогенетически связанное с расстройством вибраторного цикла (чаще пестрота стробоскопической картины или её нестабильность) на фоне нормального тонуса голосовых складок, обусловленное соответствующей психогенной реакцией.

Пример №3. Дисфункция голосовых складок (или указать, какой конкретно) по нормотонусному типу нейрогенная: дисфония IIв ст.

Данное состояние чаще имеет место при неврологической патологии шейного отдела позвоночного столба (остеохондроз и др.), когда при ларингостробоскопии выявляется изменение вибраторного цикла одной из голосовых складок, проявляющееся снижением частоты и амплитуды её колебаний (асинхронность колебаний голосовых складок), часто их угасание в верхнем регистре.

Пример №4. Дисфункция голосовых складок по нормотонусному типу полиэтиологическая: дисфония IIIс ст. (по существующей классификации – фонастения).

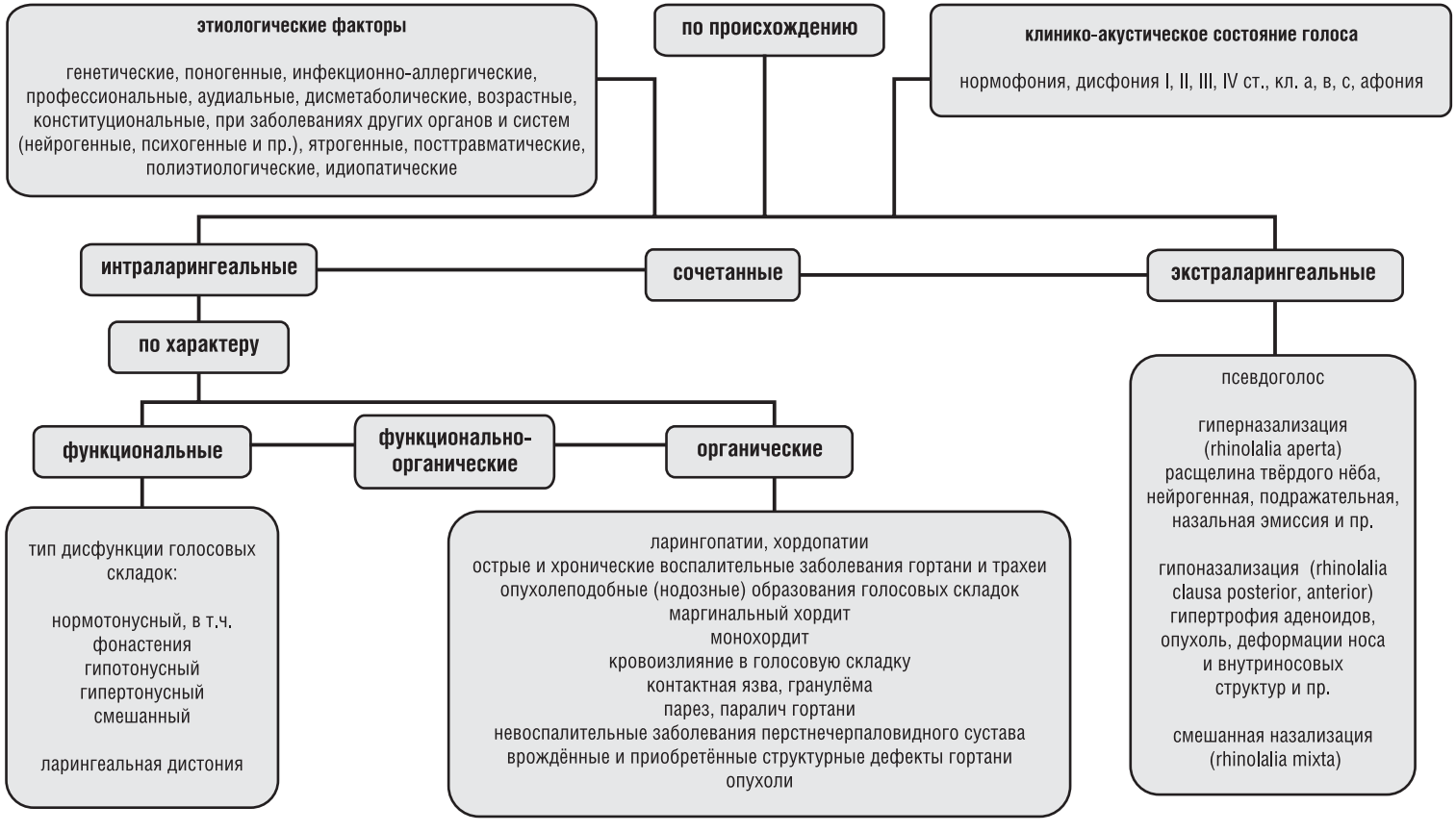
Органические заболевания гортани в основном описаны достаточно, классификации их известны: острые и хронические ларингиты, опухоли, опухолеподобные образования (узелки, кисты, полипы), монохордиты, маргинальные хордиты и пр.

Органические заболевания гортани не тождественны **органическим изменениям**. В фониатрии практически не применяется термин **«ларингопатия»**, за исключением менструальной [1, 2, 6]. Зарубежные авторы выделяют понятие «ларингопатия беременных» [8, 9]. На основании многочисленных наблюдений мы считаем, что любая неспецифическая реакция голосовых складок или гортани в ответ на тот или иной фактор (mensis, голосовую нагрузку, хронический тонзиллит, гипотиреоз и т.д.), зачастую не сопровождающаяся жалобами на нарушение голосовой функции и купирующаяся после устранения основного фактора, является, соответственно, хордопатией или ларингопатией (тонзиллогенной, тиреоидной, менструальной, поногенной, мутационной и др.), что соответствует патофизиологическим представлениям о данном состоянии, т.е. является обоснованным. По своей сути ларинго и хордопатии не являются заболеваниями, а представляют собой лишь вторичные (симптоматические) страдания гортани, что соответствует одному из значений данного термина. В литературе отчётливо описываются подобные изменения, однако авторы по непонятным причинам не относят их к категории патий [1, 2, 6, 7, 10, 11].

Так, например, мутационная ларингопатия не является заболеванием, но изменения в гортани, связанные с мутацией, носят органический характер. Поногенная ларингопатия представляет собой лишь реактивные изменения в гортани в ответ на голосовую нагрузку в виде быстропроходящих органических изменений [5].

Внегортанные заболевания и состояния голосового аппарата связаны с изменениями со стороны энергетического, но чаще резонаторно-артикуляционного отделов голосового аппарата, которые непосредственно отражаются на качественных характеристиках голоса (слышимых или не слыши-

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА



мых) [7]. В данном контексте целесообразно указывать основное заболевание, повлекшее за собой дисфонию, не сопряжённое с изменениями в гортани. В противном случае все заболевания дыхательных путей окажутся в данном списке.

Примеры формулировки диагноза:

- искривление перегородки носа, риногенная дисфония Ia ст. (далее следует уточнить характер и степень акустических изменений голоса, например, сужение диапазона за счёт крайних верхних нот, ухудшение полётности голоса и пр.);
- аденоидные вегетации 2 – 3 ст., дисфония IIa ст. (гипоназализация);
- идиопатическая дисфония Ic ст.

В связи с вышеизложенным, считаем, что этиопатогенетический принцип классификации заболеваний голосового аппарата и формулировки фониатрического диагноза с обязательным указанием патогенетического механизма и причины возникновения патологического состояния позволит избежать изобилие дублирующих диагнозов и внедрить унифицированный принцип формулировок, максимально сохранив принцип преемственности. К тому же данный подход позволит согласовать фониатрический диагноз с общемедицинскими понятиями, принципами и нормами.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Василенко Ю.С.* Голос. Фониатрические аспекты. М.: Энергоиздат, 2002. 480 с.
2. *Максимов И.* Фониатрия / пер. с болг. М.: Медицина, 1987. 288 с.
3. *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.
4. *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.
5. *Рудин Л.Б.* Поногенная ларингопатия // Голос и речь. 2011. №1 (3) С. 35 – 40.
6. Фониатрия и фонопедия / Л.Б. Дмитриев [и др.]. М.: Медицина, 1990. 272 с.
7. Clinical voice disorders / Arnold E. Aronson, Diane M. Bless. – 4th ed. Thieme Medical Publishers, 2009. 301 p.
8. *Höing R, Seitzer D.* Clinical aspects of laryngopathia gravidarum // Laryngol Rhinol Otol (Stuttg). 1988. Nov; 67 (11). P. 564 – 6.
9. *Kecht B.* On laryngopathia gravidarum // Laryngol Rhinol Otol. 1951. May; 30 (5). P. 230 – 7.
10. *Sapienza C., Ruddy B.* Voice disorders. 2008. 548 p.
11. *Stemple J.C., Glaze L.E., Gerdeman B.K.* Clinical voice pathology: theory and management. Cengage Learning, 2000. 544 p.

Сведения об авторе:

Рудин Лев Борисович
e-mail: foncentr@mail.ru

УДК: 612.78:378.6

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ В ФОРМИРОВАНИИ ГОЛОСА У СТУДЕНТОВ ВОКАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ТВОРЧЕСКИХ ВУЗОВ

© Садретдинова Р.М., 2010

аспирант кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава» (ректор — проф. В.М. Боев)

В статье описана методика прогнозирования генетических способностей (дерматоглифика) и оценка функционального состояния ЦНС и ССС в процессе вокального обучения в творческих вузах.

Ключевые слова: генетика, дерматоглифика, учебный процесс.

Библиография: *7 источников.*

GENETIC AND PHYSIOLOGICAL PRECONDITIONS FOR THE FORMATION OF VOICE OF STUDENTS OF THE VOCAL DEPARTAMENTS OF CREATIVE HIGH SCHOOLS

© Sadretdinova R.M., 2010

postgraduate student of otolaryngological department of the state educational institution of higher professional education «Orenburg State Medical Academy of Roszdrav» (rector — professor V.M. Boev)

The article describes the technique of forecasting of genetic abilities (dermatoglifika) and assessment of the functional state of the central NERVOUS system and CARDIOVASCULAR in the process of vocal training in arts Institutions.

Keywords: genetics, dermatoglyfica, educational process.

Bibliography: *7 sourses.*

В настоящее время с развитием искусства растёт количество людей, желающих заниматься профессиональным пением. И проблема профессионального отбора абитуриентов, поступающих на вокальные отделения творческих вузов, остаётся актуальной и нерешённой до настоящего времени. Трудности экспертной диагностики голоса и неудовлетворительные подходы к гигиене труда вокалиста обусловлены недостатком систематизированного и научно-обоснованного решения этой проблемы.

Вовремя не диагностированная патология голосового аппарата или приём в творческий вуз абитуриента с функциональной недостаточностью голосового аппарата нередко приводят к тому, что уже в процессе обучения у студентов возникают стойкие нарушения голосовой функции, в результате чего они вынуждены во время учёбы или сразу же после начала трудовой деятельности менять профессию [6].

Качественное звучание голоса профессионального певца обусловлено одновременным наличием двух компонентов — природных данных и певческих навыков, получаемых в процессе обучения [3]. Анатомические предпосылки, психофизиологические и генетические особенности в комплексе определяют возможность выполнения той или иной деятельности, в том числе вокально-артистической [5].

Одним из генетических маркеров являются пальцевые и ладонные узоры, то есть дерматоглифика. В настоящее время имеются работы, указывающие на наследственную связь дерматоглифики с миастенией [7], нейросенсорной тугоухостью [4] и физическими способностями [2].

Успешность адаптации обучающихся в современном обществе зависит от большого числа факторов жизнедеятельности, среди которых ведущее место занимают факторы профессионального обучения. Остаётся открытой проблема генетической расшифровки «цепи причин», определяющих снижение адаптационных резервов организма студентов-вокалистов, выявления отдельных звеньев механизма «поломки» приспособительных реакций, негативно влияющих на формирование голоса.

В профессиональном обучении студентов-вокалистов важными моментами являются организация учебно-воспитательного процесса и факторы социальной среды, влияющие на формирование голоса.

В настоящее время недостаточно работ по оценке риска воздействия факторов образовательного учреждения на уровень функционирования основных систем, задействованных в учебном процессе в сочетании с вариативностью программ профессионального образования и педагогических технологий.

Целью исследования является фониатрическое прогнозирование вокальных способностей по данным дерматоглифики, как важного звена, несущего в себе биологическую и генетическую информации, и определение работоспособности студентов-вокалистов в процессе обучения специальности.

Материалы и методы. Наблюдения проведены на 73 певцах-профессионалах и 50 человек контрольной группы, не обладающих певческими способностями.

При исследовании пальцевой дерматоглифики проводился анализ рисунков концевых фаланг на всех 10 пальцах (рис. №1). Направление папилляр-

ных линий всегда имеет определённую закономерность и представлено определёнными типами кожных узоров. Мы учитывали частоту встречаемости четырёх наиболее распространённых типов узоров, распространённость узоров по пальцам обеих рук, имеющих символические обозначения: A (arch) – дуги, не имеющие трирадиус, L (loop) – петли, имеющие один трирадиус, W (whorl) – завитки и C – сложные или составные узоры, сопровождающиеся двумя трирадиусами, а также распределение однотипных узоров, формулы узоров для каждой из обеих рук.

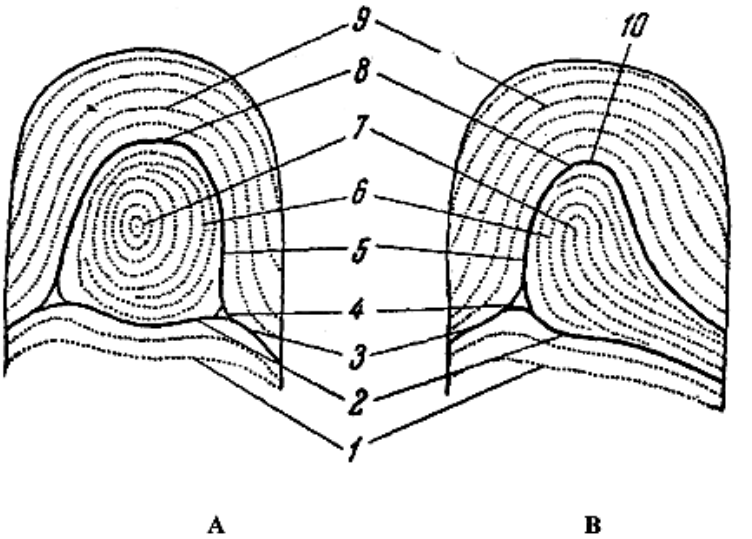


Рис.1. Топография пальцевых узоров.

Примечание: А – завиток; В – петля; 1 – проксимальная трансверзальная система; 2 – проксимальный радиант; 3 – краевой радиант; 4 – дельта; 5 – скелет узора; 6 – поле узора; 7 – сердцевина узора; 8 – дистальный радиант; 9 – дистальная трансверзальная система; 10 – голова петли.

Кроме того, проводилось вычисление индексов Фуругаты по формуле IF=W/Lx100%, Данкмейера по формуле ID=A/Wx100%, Поля по формуле IP=A/Lx100%, Камминса по формуле Lx2W/100%, дельтовый индекс Волоцкого – количество трирадиусов – по формуле DL10=(L+2W/A+L+W)x100%, а также гребневого счёта – количества гребешков, расположенных между трирадиусом и центром узора.

Различия по полу и возрасту не учитывались.

Согласно данной методике, были приняты во внимание наиболее достоверные дерматоглифические показатели.

Учитывая, что в развитии певческих способностей студентов вокальных отделений творческих вузов большое значение имеют факторы обучения и состояние внутренних органов, нами был проведён ряд гигиенических исследований.

Функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) оценено с помощью вариационной хронорефлексометрии (Мороз М.П., 2001), реализованной в форме компьютерной программы с расчётом критериев, оценивающих различные стороны функционального состояния ЦНС: функциональный уровень нервной системы (ФУС), устойчивость нервной реакции (УР), уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ).

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы определено по данным вариационной пульсометрии с использованием автоматизированного кардиоритмографического комплекса ORTO Expert, в основе работы которого лежит принцип статистического, автокоррекционного и спектрального анализа вариабельности сердечного ритма. Анализ статистических характеристик вариационных рядов временных показателей данного метода позволил определить следующие показатели: исходный вегетативный тонус, степень напряжения регуляторных систем, реакцию сердечно-сосудистой системы на орто-пробу, функциональные резервы организма.

Все полученные данные были обработаны статистически с применением общепринятых методов вариационной статистики (Автандилов Г.Г., 1990), где количественная обусловленность рассматриваемых двух параметров различна для группы вокалистов и контрольной группы.

Результаты исследования: при наличии следующих качественных и количественных показателей отпечатков пальцевых узоров обеих рук, где дельтовый индекс Волоцкого составляет 11,2% ± 0,3, общий гребневой счёт 58,5 ± 0,2, ульнарная петля на 1 пальце в 85% ± 5,2, завиток на 2 пальце в 40% ± 4,3 и 3 пальце в 25% ± 4,5, при отсутствии сложных узоров на 1 и 2 пальцах правой руки; ульнарная петля на 1 пальце в 80% ± 5,3, радиальная петля в 25% ± 4,6 и завиток в 35% ± 4,3 на 2 пальце, дуга в 15% ± 4,2 и завиток в 25% ± 4% на 3 пальце левой руки, судят о вокальных возможностях индивидуума.

Проведённый анализ пальцевых отпечатков объединил показатели дерматоглифики у певцов, связанных между собой в группы, которые отличаются от контрольной группы, что позволяет использовать их в качестве диагностических тестов для идентификации группы лиц с певческими способностями (патент №2413456 «Способ прогнозирования вокальных способностей индивидуума», зарегистр. 20.03.2011).

Если совпадений результатов проведённых анализов с результатами для группы вокалистов нет, то исследуемая группа не имеет вокальных способностей.

Исследования функционального состояния ЦНС и ССС выявило, что в начале учебного семестра у 46,15% студентов вокальных отделений резко снижены функциональные резервы организма, у 38,46% функциональные резервы организма снижены умеренно и всего у 15,38% организм работает оптимально. При оценке состояния механизмов адаптации выявлено, что у 53,85% студентов отмечается напряжение механизмов адаптации, у 30,38% механизм адаптации неудовлетворительный и у 15,38% удовлетворительный механизм адаптации.

Анализ данных вариационной хронорефлексометрии, отражающей вероятно-статистический принцип работы мозга, свидетельствует о том, что по сравнению с физиологической нормой функциональный уровень нервной системы (ФУС) у студентов снижен в 1,9 раза, устойчивость нервной реакции (УР) также снижена в 1,6 раза, уровень функциональных возможностей сформированной функциональной нервной системы (УФВ) снижен в 1,8 раза.

Установлено, что многокомплексное влияние неблагоприятных факторов образовательного процесса приводит к дезорганизации внутри- и межсистемных эффекторных взаимодействий и проявляется в напряжении систем регуляции сердечного ритма, в основном за счёт рассогласования влияний обоих отделов вегетативной нервной системы, сопровождающегося избыточным вегетативным обеспечением, сниженными показателями функционального состояния нервной системы, что в совокупности приводит к снижению адаптационных резервов организма.

Таким образом, успешность обучения на вокальных отделениях творческих вузов зависит, с одной стороны, от генетических предпосылок, с другой стороны, — от организации учебно-воспитательного процесса и факторов социальной среды, влияющих на формирование голоса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Автандилов Г.Г.* Медицинская морфометрия. М.: Медицина, 1990. 348 с.

2. *Абрамова Т.Ф.* Пальцевая дерматоглифика и физические способности: автореф. дис. ... докт. биол. наук. М., 2003. 47 с.

3. *Вегнер. Л.А.* О детерминации способностей. Соотношение биологического и социального в человеке: материалы к симпозиуму. М., 1975. С. 238—249.

4. *Лымарев А.В.* Клиническая характеристика врождённой нейросенсорной тугоухости и глухоты у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2000. 185 с.

5. *Максимов И.* Фониатрия. М.: Медицина, 1987. 288 с.

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

7. *Фельдман А.Г.* Методическое пособие по изучению дерматоглифики при миастении: практическое пособие для врачей. Оренбург, 2004. 80 с.

Сведения об авторе:

Садретдинова Рима Минибарыевна
1919i7@rambler.ru

ТАНТУМ® ВЕРДЕ

бензидамин

БЫСТРОЕ РЕШЕНИЕ

при заболеваниях

полости рта и горла

Эффективен при лечении:

- тонзиллита
- фарингита
- афтозных язв и стоматита
- травм полости рта и горла
- после оперативных вмешательств
- воспалений слизистой оболочки, в том числе в результате радиотерапии

Регистрационный номер:
П №014279/01 - спрей для местного применения дозированный;
П №014279/02 - таблетки для рассасывания;
П №014279/03 - раствор для местного применения.

ANGELINI

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

www.cscrussia.ru

"Си Эс Си Лтд."

АБИСИЛ[fi]

раствор
для местного и наружного применения
масляный 20%

Сила байкальских реликтовых лесов в каждой капле!

ЛС: № 003339/02 от 17.10.2008

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ КОМПЛЕКС ТЕРПЕНОИДОВ

Препарат обладает выраженным противовоспалительным, антимикробным, иммуномодулирующим, ранозаживляющим, антиэкссудативным и местным обезболивающим действием.

- Патогенетическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний уха, инфекционных заболеваний носоглотки и верхних дыхательных путей.
- Обладает антибактериальной активностью к антибиотикорезистентным штаммам, у патогенных микроорганизмов не вырабатывается устойчивость к Абисилу.
- Обладает комплексным ранозаживляющим, бактерицидным и антимикотическим действием.
- Создает оптимальные условия для заживления ран поверхности кожи и мягких тканей, слизистой оболочки, ускоряет процесс эпителизации, улучшает микроциркуляцию, проявляет обезболивающие свойства при местном применении.
- Не нарушает нормальную микрофлору слизистой оболочки.
- Не обладает токсическими свойствами, тератогенных, мутагенных и канцерогенных эффектов не выявлено, что позволяет его применять во всех возрастных группах.

ООО «Инитиум-Фарм»
Тел. + 7 495 411-75-49 + 7 495 722-23-57
http://www.abisil.ru e-mail:sales@abisil.ru

ПЕДАГОГИКА

УДК 784

СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ РЕАЛИЗАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА)

© Волосовец Т.В., 2011

канд. пед. наук, директор Учреждения РАО «Институт психолого-педагогических проблем детства»

В статье представлена структура социально-педагогической модели сохранения, укрепления здоровья учащихся, воспитанников и педагогов образовательных учреждений. Актуальность проблемы определяется её социально-педагогической значимостью. В рамках исследования представлены результаты реализации программы «Образование и здоровье» в социально-педагогическом пространстве крупного промышленного города.

Ключевые слова: структура социально-педагогической модели сохранения, укрепления здоровья учащихся, ценностное отношение к здоровью, здоровый образ жизни, здоровьесберегающая деятельность, адаптивно-развивающая образовательная среда, процесс воспитания и обучения, реализация образовательной программы.

Библиография: *13 источников.*

STRUCTURE OF SOCIO-PEDAGOGICAL MODEL OF SAVING AND SUPPORTING CHILDREN'S HEALTH AND ABILITIES OF ITS REALIZATION (BY EXAMPLE OF A BIG INDUSTRIAL CITY)

© Volosovets T.V., 2011

Ph. D. ped. scient., director of the Institution of the Russian Academy of Education «Institute of psycho-pedagogical problems of childhood»

The structure of a socio-pedagogical model of saving and supporting pupils', schoolchildren's and school teachers' health is presented in the article. The applicability of the problem is defined by its socio-pedagogical value. Within the investigation the results of the realization of the program «Education and health» in the socio-pedagogical scope of a big industrial city are presented.

Key words: the structure of a socio-pedagogical model of saving and supporting pupils' health, axiological approach to health, healthy lifestyle, health-saving activity, adaptive and developing educational milieu, a process of upbringing and educating, educational program realization.

Bibliography: *13 sources.*

По данным ВОЗ и анализа педагогических исследований, состояние здоровья учащихся в Российской Федерации вызывает обоснованную тревогу у работников образования, здравоохранения и общества. Современные дети испытывают серьёзные проблемы со здоровьем: дисфункции в психической и социальной сферах, общее снижение иммунной защиты, нарушения в нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной и других системах, а также нарушения голоса и речи.

Теоретической предпосылкой модели здоровья являются два главных параметра современной медико-биологической и психолого-педагогической науки – приспособленность к окружающей биосоциальной среде и гармоничная включённость в сообщество людей (Казначеев В.П., 1980, 1983). Отсюда можно сформулировать суть интегрального социально-биологического подхода к здоровью: здоровым может быть признан лишь тот человек, «который гармонично включён в своё социальное окружение, адекватно действует и реализуется в нём в соответствии со своими возрастными, социально-психологическими, индивидуально-типологическими (психофизиологиче-

скими) особенностями» (Казин Э.М., Касаткина Н.Э., Семенкова Т.Н., 2006, 2007, 2008). Продолжая традиции отечественной гуманистической психологии и педагогики (Ананьев В.А., Сухомлинский В.А., Колесов Д.В.), представители нового развивающегося здоровьесберегающего научного направления (Айзман Р.И., Казин Э.М., Казначеев В.П., Колбанов В.В., Кураев Г.А. и др.) главным считают разностороннее совершенствование человека в гармоничном балансе души и тела: сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, соматической составляющих здоровья. Анализ проблемы здоровья и здорового образа жизни в современной педагогической, психологической, медицинской литературе убедительно свидетельствует о том, что ценность здоровья является одним из базовых качеств, тесно связанных с формированием всех трёх типов ценностных предпочтений — адаптирующего, идентифицирующего и самоактуализирующего (Казин Э.М. и др., 2008; Яницкий М.С., 2000; Руднева Е.Л., 2002).

Анализ зарубежного и отечественного опыта позволил выявить существующие и представляющие наибольший интерес широко известные здоровьесберегающие модели — «Модель обусловленности здоровья», разработанную отечественными учёными в 70-х годах XX века, «Поле здоровья», представленную Министром Канады М. Лалондом в 1974 г., «Поле здоровья» Эванса и Стоддарта, а также исследования, проведённые в этом направлении в последние годы (Laying L., 2004; Гурвич И.Н., 1999; The Pharmaceutical J., 2002; www. Health.gld.gov.au, 2004; данные, представленные в последних документах ВОЗ). В представленных моделях находят отражение вариативные группы факторов, влияющие на состояние здоровья учащихся: биологические, социального окружения, природные, поведение или индивидуальный образ жизни. Таким образом, можно говорить о том, что влияющие на здоровье факторы риска воздействуют из внешней (социальной и природной среды), а также из внутренней — биологической сферы человека. В моделях представлены пути формирования у учащихся представлений о факторах риска, с отрицательным воздействием которых они могут столкнуться в жизни, влияющих на многие болезни или состояние здоровья.

В структуре социально-педагогической модели сохранения, укрепления здоровья учащихся, воспитанников и педагогов обязательными направлениями являются: рациональная организация учебного процесса в соответствии с санитарными нормами, физиолого-гигиеническими и психофизиологическими требованиями; оптимизация двигательной активности учащихся, включающая не только предусмотренные программой уроки физкультуры, но и внеурочные формы (динамические перемены, активные паузы в режиме дня, а также спортивно-массовую работу); организация рационального питания учащихся; система работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни (рис. 1).

Чтобы получить общее представление о проблемном поле, связанном с реализацией охраны здоровья учащихся, целесообразно рассмотреть его на нескольких уровнях: в соответствии со степенью возможности влиять на ситуацию, степенью ответственности, кругом решаемых задач и профессиональными компетенциями.

Рис. 1. Социально-педагогическая модель сохранения и укрепления здоровья

В системе образования выделяют пять таких уровней.

Общегосударственный уровень. На этом уровне определяются политика в области образования, место образования в системе государственных приоритетов, его финансирование и опосредованно через общество статус учителя и образованного человека вообще. Отношение государства ко всей социальной сфере примерно одинаковое, и забота о здоровье населения неизбежно сопровождается вниманием к здоровью обучающихся и педагогов. Главные ответственные лица — Президент, Правительство и депутаты.

Уровень Министерства образования и науки РФ. На этом уровне вырабатываются стратегия развития образования, нормативно-правовая основа и его организация по всем аспектам: приоритеты финансирования, структура образования, учебные программы, подготовка кадров и т.д. Несмотря на то, что в последнее десятилетие внимание к охране здоровья учащихся повысилось, качественный скачок, который бы позволил сделать эту сторону образования одним из важнейших приоритетов, пока не произошёл. Ответственные лица — министр и чиновники его аппарата.

Уровень региона, города, района. Решение вопросов, связанных со здоровьем учащихся, во многом зависит от позиции муниципальной системы управления образования, региональной и местной администрации. Наблюдается существенная разница в ситуациях, складывающихся на различных

территориях от замечательно поставленной работы (много школ здоровья, планомерно проходит подготовка кадров, введены уроки здоровья, проводится мониторинг здоровья и т.д.) до полного её развала, закономерно приводящего к удручающим показателям заболеваемости учащихся и педагогов.

Уровень школы (или другого образовательного учреждения). Выбор пути начинается с постановки целей, определения места проблем здоровья и предупреждения вредных привычек среди задач школы, активного внедрения в работу школы здоровьесберегающих технологий, перехода школы в статус школы здоровья и т.д. Несмотря на то, что директор школы несёт персональную ответственность за всё в ней происходящее, в том числе и за охрану здоровья учащихся, принимать значимые решения ему целесообразно совместно с Советом школы, родительским комитетом, педагогическим коллективом, опираясь на мнение (экспертное заключение) учёных-педагогов, психологов, медиков.

Уровень учителя в качестве активного субъекта создания адаптивно-развивающей образовательной среды.

Результат совокупного воздействия на учащихся здоровьесберегающих технологий на всех уровнях должен оцениваться педагогами с помощью комплекса методов медико-психолого-педагогической диагностики, которая позволяет своевременно вносить в воспитательно-образовательный процесс необходимые коррективы.

В целях развития и совершенствования оздоровительной работы с субъектами образовательного процесса, осуществления массовых прогностических обследований детей и подростков специалистами различного профиля (психологами, физиологами, врачами, тренерами физической культуры), выявления критериев психического, физического и полового развития с учётом конституциональных особенностей организма, периода онтогенеза, темпов полового созревания, экологических условий региона Министерством образования РФ в 2000 году утверждено Примерное положение о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения. Положение определяет организационно-методическую и функциональную основы деятельности центров в качестве структурного подразделения, которое руководствуется Законом РФ «Об образовании» и другими законодательными и нормативно-правовыми актами.

Структура социально-педагогической модели сохранения, укрепления здоровья учащихся, воспитанников и педагогов предполагает организацию ряда экспериментальных площадок, которые осуществляют чрезвычайно важную работу:

- по повышению уровня знаний родителей и детей в дошкольных учреждениях и школах в вопросах охраны здоровья;
- по формированию мотивационно-ценностной ориентации на здоровый образ жизни;
- по разработке системы охраны репродуктивного потенциала и профилактики СПИДа, наркомании.

Стратегической целью предлагаемых программ является повышение качества образования при сохранении и развитии физического, психическо-

го и социального здоровья детей и подростков учреждений образования за счёт осуществления индивидуально ориентированной психолого-педагогической, социальной и медицинской помощи обучающимся, воспитанникам, психолого-физиологического сопровождения воспитательно-образовательного процесса с целью решения проблем школьной и социальной адаптации, научного обоснования выбора индивидуальных педагогических программ и профиля обучения.

Тактически задачи программы должны решаться путём создания материально-технических условий для обеспечения в образовательном учреждении возможности использования новых здоровьесберегающих технологий, программно-технических средств, учебной литературы, подготовки и переподготовки кадров по проблемам здоровьесберегающего обучения, учитывая приоритет образовательных учреждений, наиболее подготовленных с точки зрения научно-методических, кадровых, организационных возможностей, наличие соответствующей материально-технической базы, позволяющей реализовать комплексный подход к проблеме формирования, сохранения, укрепления и развития здоровья субъектов образовательного процесса.

В результате выполнения данных программ предполагается осуществлять психолого-педагогический и медико-физиологический контроль за показателями физического, психического и социального здоровья воспитанников, обучающихся образовательных учреждений; устранить негативные факторы образовательного процесса, отрицательно влияющие на здоровье воспитанников, обучающихся; снизить количество заболеваний и функциональных нарушений органов учащихся и педагогов; подготовить методические и нормативные материалы по использованию психофизиологических критериев отбора в профильные классы в школах с углубленным изучением предметов; осуществлять профилактику дезадаптивных состояний и способствовать созданию социально-адаптированного образовательного пространства.

Программа по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни направлена на **формирование адаптивно-развивающей образовательной среды**, которая, в свою очередь, может существенно повысить эффективность региональной и муниципальной научно-педагогической политики в области формирования, сохранения и укрепления здоровья всех участников воспитательно-образовательного процесса посредством создания педагогических основ управления здоровьесберегающей образовательной средой как на уровне отдельных образовательных учреждений, так и муниципальных систем образования.

Реализация программы «Образование и здоровье» в социально-педагогическом пространстве крупного промышленного города

Целью городской комплексной программы «Образование и здоровье» является формирование, сохранение и укрепление здоровья субъектов воспитательно-образовательного процесса.

Задачами программы являются:

1) контроль за соблюдением законодательных и нормативных актов, регламентирующих деятельность образовательных учреждений различного типа и уровня в вопросах сохранения здоровья;

2) учёт индивидуальных способностей дошкольников, учащихся школ, студентов, их склонностей, адаптационно-приспособительных возможностей, выбора педагогических программ и профиля обучения в соответствии с особенностями индивидуального психологического статуса;

3) улучшение материально-технической базы образовательных учреждений, служащей для формирования, сохранения и укрепления здоровья участников воспитательно-образовательного процесса;

4) развитие сети центров содействия укреплению здоровья учащихся и воспитанников в образовательных учреждениях;

5) разработка новых здоровьесберегающих технологий программно-аппаратных средств диагностики и их внедрение в практику деятельности образовательных учреждений для оптимизации познавательной деятельности обучающихся за счёт современных методов информатизации, организации оздоровительных мероприятий средствами физической культуры, обучения использования влияния положительных экологических факторов, рекомендаций по созданию адекватного возрастным и индивидуальным потребностям питания, формирования научно-обоснованных объёмов информационных нагрузок;

6) осуществление медико-физиологического и психолого-педагогического мониторинга за состоянием здоровья и адаптации дошкольников, учащихся образовательных учреждений и педагогов;

7) создание информационного банка о состоянии здоровья учащихся и воспитанников образовательных учреждений в различных районах города;

8) научно-методическое, организационное и правовое обеспечение программы «Образование и здоровье», включая: а) построение межведомственной системы непрерывного образования по вопросам формирования, сохранения и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений для педагогов, психологов, специалистов медико-биологического профиля на этапах профессиональной подготовки и последипломного образования; б) формирование системы знаний о здоровье и здоровом образе жизни и мотивации на сохранение здоровья у обучающихся, воспитанников через цикл учебных дисциплин и вне учебных форм деятельности; в) подготовку и издание научной, учебно-методической и учебной литературы, нормативно-правовой документации, просвещение населения города о здоровом образе жизни с помощью средств массовой информации.

Реализация целей и задач программы возможна в условиях конструирования различных социально-педагогических моделей, сформулированных на основе системного подхода к взаимодействию образовательных учреждений со специализированными структурами, имеющими необходимые ресурсы, и, при условии создания сети учреждений, взаимодействующих в сфере сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса:

- в сфере здравоохранения — детские поликлиники, в том числе стоматологические, центр охраны репродуктивного здоровья, центр медицинской

профилактики, наркодиспансер, центр профилактики ВИЧ-инфекций, кардиодиспансер;

- в сфере социальной защиты — центры социальной помощи семье и детям, центр реабилитации для детей с ограниченными возможностями здоровья, социально-реабилитационный центр для детей и подростков (с приютом);
- в сфере культуры и спорта — детские библиотеки, клубы по месту жительства, спортивные школы, плавательные бассейны, стадионы;
- в сфере образования — психолого-педагогический и медико-социальный центр, который располагает диагностической аппаратурой, штатом работников, необходимых для проведения профилактических, коррекционных, лечебно-оздоровительных мероприятий.

Организационные условия реализации модели:

- интеграция усилий субъектов образования и структур, заинтересованных в сохранении и укреплении здоровья обучающихся (воспитанников) благодаря межведомственному и программно-целевому подходу;
- постоянное совершенствование материально-технической базы, обеспечивающее сохранение и укрепление здоровья обучающихся, (воспитанников), педагогов образовательных учреждений;
- кадровое и информационно-методическое обеспечение процесса здоровьесбережения в образовательных учреждениях;
- наличие общественной структуры, координирующей действия всех субъектов, участвующих в процессе создания здоровьесберегающей среды в образовательном пространстве города;
- проведение мониторинга развития здоровьесберегающей среды образовательных учреждений города.

Педагогические условия реализации модели:

- соблюдение индивидуального и дифференцированного подхода в обучении и воспитании детей;
- психолого-педагогическое сопровождение воспитательно-образовательного процесса;
- увеличение двигательной активности детей, обеспечивающей им активный отдых и удовлетворяющей их естественную потребность в движениях;
- формирование ценностного отношения к вопросам здоровья.

К факторам, объединяющим модель в единое целое, необходимо отнести взаимопроникновение образующих её относительно самостоятельных систем. Показано, в частности, что система формирования здорового образа жизни школьника будет опосредованно решать задачи системы развития здоровья средствами физической культуры, формируя потребность в физической активности, а практическая деятельность школьника в системе развития будет способствовать появлению здоровьесберегающих стратегий поведения и т.п.

Система сохранения и укрепления здоровья школьника представлена в модели двумя подсистемами: *оптимизация воспитательно-образовательного процесса и повышение грамотности родителей в вопросах создания здоровьесберегающих условий для роста, развития ребенка*.

Система оптимизации воспитательно-образовательного процесса направлена на повышение уровня компетентности педагогов в вопросах охраны здоровья школьника, организацию педагогического сопровождения воспитательно-образовательного процесса, включение педагогов в совместную воспитательную работу по пропаганде здорового образа жизни и профилактике употребления психоактивных веществ в молодёжной среде. Она предполагает использование таких видов взаимодействия, как: сотрудничество с методическими объединениями, оценка использования на уроке здоровьесберегающих приёмов и методов обучения, групповое и индивидуальное консультирование педагогов (совместное планирование деятельности, разработка уроков с учётом фаз работоспособности, специфики класса, места урока в расписании и т.п.), составление аналитических справок и рекомендаций. Результатом реализации системы является оптимизированный воспитательно-образовательный процесс, характеризующийся позитивной динамикой работоспособности, внедрением профилактических и коррекционно-развивающих мероприятий, использованием здоровьеформирующего потенциала учебных дисциплин, применением проектного метода в обучении, активным участием педагогов в пропаганде здорового образа жизни.

Система повышения грамотности родителей в вопросах создания здоровьесберегающих условий для роста, развития ребёнка направлена на формирование представлений родителей в этой области и содействие организации позитивного семейного досуга. Система предполагает следующие виды взаимодействия: выступления на родительских собраниях, изготовление наглядно-иллюстративного материала, индивидуальное консультирование, работа лекториев «Сохранение здоровья ребёнка в домашних условиях», «Не допустить беды», деятельность клуба «Моя семья». Результатами системы можно считать повышение компетентности родителей в вопросах здоровья и здорового образа жизни, профилактики употребления школьниками психоактивных веществ, школьных заболеваний, культуры семейных отношений.

Таким образом, программа крупного промышленного города и разработанные на основе её реализации целевые программы районов обусловливаются следующими факторами: высоким уровнем ориентации на цель и конечный результат, усилением коллективных начал в выполнении задач, переходом всех исполнителей программы на качественно новый уровень планирования и организации воспитательно-образовательного процесса, расширением и углублением прямых и обратных связей на всех уровнях управления программой. Исходя из полученных данных об эффективности сконструированного механизма управления процессом формирования, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, можно считать, что введение в педагогическую систему программно-целевых и матричных организационных форм управления повышает эффективность её функционирования.

Реализация комплексного проекта «Образование и здоровье» возможна при условии обеспечения системности, комплексности, поэтапности, непрерывности его реализации. Этот сложный процесс предусматривает скоорди-

нированное участие управления образования, институтов повышения квалификации, всех центров и служб здоровья, в которых работают представители разнообразных научных областей — педагоги, психологи, логопеды, дефектологи, социологи, физиологи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Айзман Р.И.* Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. Сибирское университетское издательство, 2010.
2. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. СПб., 1998.
3. *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 1999.
4. *Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А.* Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию. М.: Владос, 2000.
5. *Казначеев В.П., Спирин Е.А.* Космопланетарный феномен человека: Проблемы комплексного изучения. Новосибирск: Наука, 1991.
6. *Касаткина Н.Э., Семенкова Т.Н.* Образовательная стратегия отечественной высшей школы в воспитательно-образовательном процессе // Успехи современного естествознания. 2011. №1. С. 118—120.
7. *Колбанов В.В.* Валеология: основные понятия, термины, определения. СПб.: ДЕАН, 1998.
8. *Кураев Г.А., Пожарская Е.Н.* Возрастная психология. Ростов на Дону: УНИИ валеологии РГУ, 2002.
9. Профилактика наркомании и токсикомании среди школьников / Д.В. Колесов [и др.]: пособие для учителя. М.: Моск. гор. объед. «Трезвость»: НИИ возр. физиол. РАО, 1992.
10. Сельская школа кемеровской области: состояние, достижения и перспективы развития инновационного потенциала / Е.Л. Руднева [и др.]. Кемерово, Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2008.
11. *Семенкова Т.Н., Леухова М.Г.* Профориентационная деятельность вузов в условиях модернизации системы образования в России // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств: журнал теоретических и прикладных исследований. 2008. №3. С. 63—68.
12. *Сухомлинский В.А.* Сердце отдаю детям [Текст]. Минск: Нар. асвета, 1982.
13. *Яницкий М.С., Серый А.В.* Ценностно-смысловая парадигма как методологическая основа прогнозирования развития личности. Личностное развитие: прогностические модели, факторы, вариативность. Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2008.

Сведения об авторе:

Волосовец Татьяна Владимировна
e-mail: volosovets@yandex.ru

УДК 376

ИЗУЧЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

© Есипова Т.О.[1], Семёнова Л.М.[2], 2011

1. аспирант кафедры технологий психолого-педагогического и специального образования; 2. член Международной академии наук педагогического образования, канд. биол. наук, проф. кафедры технологий психолого-педагогического и специального образования ФБГОУ ВПО «Орловский государственный университет» (ректор — Заслуженный работник высшей школы РФ, Почётный работник высшего профессионального образования РФ, д-р пед. наук, проф. Ф.С. Авдеев)

В статье приводятся данные изучения педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с задержкой психического развития. Представлены результаты обследования 93 родителей, дети которых посещают специализированные группы дошкольных образовательных учреждений. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточной сформированности личностного, теоретического и практического компонентов педагогической компетентности родителей.

Ключевые слова: компетентность, педагогическая компетентность родителей, задержка психического развития, педагогическая помощь, коррекция.

Библиография: *7 источников.*

EXAMINATION OF PEDAGOGICAL COMPETENCY OF PARENTS, WHO BRING UP CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

© Esipova T.O.[1], Semenova L.M.[2], 2011

1. postgraduate of the department of psycho-pedagogical and vocational training technologies; 2. member of the International Science Academy of Pedagogical Education, Ph. D. biolog.scient., professor of the department of psycho-pedagogical and vocational training technologies of the FSEI of Higher Professional Education, Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Orel State University» (rector — honored cultural professional of the higher school of the Russian Federation, Honored worker of higher professional education of the Russian Federation, D. ped. scient., prof. F.S. Avdeev)

The article contains the results of the examination of pedagogical competency of parents, who bring up children with mental retardation. There are the results of the examination of 93 parents, whose children attend specialized groups of preschool educational institutions. The results of the examination highlight the insufficient formation of personal, theoretical and practical components of parents' pedagogical competency.

Key words: competency, parents' pedagogical competency, mental retardation, pedagogical assistance, correction.

Bibliography: *7 sources.*

Педагогическая компетентность родителей — это системное образование, совокупность определённых характеристик личности родителя и его педагогической деятельности, обусловливающих возможность эффективно осуществлять процесс воспитания ребёнка в семье. Сложность и многогранность проблемы воспитания и обучения детей с нарушениями развития отмечается многими исследователями; констатируется, что родители зачастую не обладают специальными знаниями, что приводит к противоречиям в потребностях ребёнка и возможностях родителей. Проведённый анализ литературы показывает, что проблема формирования педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с задержкой психического развития (ЗПР), интересует специалистов, но её изучение освещено недостаточно.

Нами было осуществлено изучение состояния педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с ЗПР дошкольного возраста.

Целью исследования явилось выявление состояния каждого из компонентов педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с ЗПР.

В качестве задач выступали изучение родительского отношения к детям с ЗПР и социально-психологического статуса их семей и определение уровня сформированности теоретических знаний и практических умений родителей в области воспитания детей с ЗПР.

Материалы и методы исследования. Исследование было организовано на базе специализированных групп для детей с задержкой психического развития дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) г. Орла (МДОУ «Детский сад №17 комбинированного вида», МДОУ «Центр развития ребёнка детский сад №39», МДОУ «Детский сад №3 комбинированного вида»); в нём приняли участие 93 родителя (52 семьи).

На каждом этапе в зависимости от поставленных задач применялись различные методы исследования: сбор и анализ анамнестических данных, наблюдение, интервьюирование, тестирование, анкетирование и опросы родителей.

Нам предстояло провести изучение родительского отношения к детям с ЗПР и готовности родителей к сотрудничеству с ДОУ (личностный компонент), состояния знаний родителей об особенностях психофизического развития детей с ЗПР и их собственного ребёнка (теоретический компонент) и оценку воспитательских умений и характера взаимодействия родителей со своими детьми (практический компонент педагогической компетентности).

Результаты. Все задания, предлагаемые родителям, были разбиты на *4 блока* в соответствии с их содержанием.

Первый блок позволил определить социально-психологический статус семей воспитанников. Полученные данные были обобщены по параметрам Т.Н. Волковской: образование родителей, общий культурный уровень семьи, материальная обеспеченность, жилищно-бытовые условия, взаимоотношения в семье, наличие вредных привычек, состояние здоровья родителей. Были выделены три группы семей: оптимальная (19,2%, 10 семей), удовлетворительная (51,9%, 27 семей) и неудовлетворительная (28,8%, 15 семей).

Полные семьи составляют 67,3% от общего количества (35 семей), неполные — 32,7% (17 семей). Образовательный уровень родителей таков: высшее образование имеют 29,1% родителей (27 чел.), среднее профессиональное — 54,8% (51 чел.), среднее — 16,1% родителей (15 чел.). 76,9% семей (40 из общего количества) характеризуют свой материальный уровень как средний, 15,4% — как низкий (8 семей), 7,7% — как высокий (4 семьи).

Таким образом, очевидно, что для большинства семей, воспитывающих детей с ЗПР, характерно наличие социально-психологических проблем.

Второй блок заданий предполагал изучение родительского отношения к детям с ЗПР и готовности родителей к сотрудничеству с ДОУ и включал проведение исследования с помощью методик «ОРО» А.Я. Варги, В.В. Столина (адаптированной с учётом особенностей развития детей с ЗПР) и критериев, предложенных О.Б. Дудко (адекватность восприятия родителями психофи-

зического состояния ребёнка, понимание необходимости оказания коррекционной помощи, интерес к содержанию коррекционно-образовательного процесса в ДОУ, продуктивность выполнения рекомендаций специалистов, степень проявления родителями инициативы в вопросах сотрудничества).

Были получены следующие результаты: 29% родителей (27 чел.), согласно данным опроса, ребёнок нравится таким, каков он есть; эти взрослые уважают индивидуальность ребёнка, симпатизируют ему, стремятся много времени проводить с ребёнком, одобряют его интересы и планы, заинтересованы в делах ребёнка, стремятся во всем помочь, сочувствуют и сопереживают ему. Эти родители достаточно адекватно оценивают интеллектуальные и творческие способности ребёнка, испытывают чувство гордости за него, поощряют инициативу, самостоятельность ребёнка, стараются быть с ним на равных, доверяют ребёнку, пытаются понять и принять его точку зрения в спорных вопросах. Т.е., у этих родителей отмечается высокий уровень по данному показателю.

61,3% родителей (57 чел.) стремятся удовлетворять все потребности ребёнка, ограждать его от трудностей и неприятностей жизни, постоянно ощущают тревогу за ребёнка. Он кажется им маленьким и беззащитным,они не предоставляют ему самостоятельности, стремятся инфантилизировать ребёнка, приписывая ему личностную и социальную несамостоятельность, видят ребёнка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли, чувства ребёнка кажутся родителям детскими, несерьёзными. Зачастую они не доверяют своему ребёнку, досадуют на его неуспешность и неумелость, стараются оградить ребёнка от трудностей жизни и строго контролировать его действия. У этих родителей зафиксирован средний уровень по исследуемому показателю.

9,7% родителей (9 чел.) в той или иной форме считают ребёнка плохим, неприспособленным, незадачливым. Им кажется, что ребёнок не добьётся успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. Эти взрослые низко оценивают его индивидуальные возможности, испытывают к ребёнку злость, досаду, раздражение, обиду; не доверяют ребёнку, не уважают его, требуют от ребёнка безоговорочного послушания и дисциплины или полностью игнорируют его желания, потребности, возможности; безответственно относятся к процессу воспитания и развития или, наоборот, стараются во всём навязать свою волю, пристально следят за социальными достижениями ребёнка и требуют социального успеха. Это характерно для низкого уровня по данному показателю.

Адекватно воспринимают психофизическое развитие ребёнка и необходимость коррекционного воздействия 9,7% родителей (9 чел.): они интересуются содержанием коррекционно-воспитательной работы, выполняют рекомендации специалистов, проявляют и поддерживают инициативу в вопросах сотрудничества. 43% опрошенных (40 чел.) согласны с наличием у ребёнка проблем психофизического развития и необходимостью коррекционной помощи, но проявляют нестойкий интерес к её содержанию: периодически выполняют рекомендации, поддерживают инициативу сотрудничества, участвуют редко, ссылаясь на занятость. Не согласны с наличием проблем пси-

хофизического развития у ребёнка 47,3% родителей (44 чел.). Они не возражают против коррекционного воздействия, но к содержанию его интереса не проявляют: рекомендации не выполняют, равнодушны к инициативе других в вопросах сотрудничества, редко участвуют в мероприятиях.

Иными словами, высокий уровень готовности к сотрудничеству с ДОУ отмечен у 9,7% родителей, средний — у 43% опрошенных, низкий — у 47,3% взрослых.

Определено, что большинство родителей, воспитывающих детей с ЗПР, проявляют формальный интерес к содержанию коррекционно-воспитательной работы в ДОУ и не стремятся к сотрудничеству с педагогами. Иными словами, изучение семей выявляет существование острой необходимости проведения специальных мероприятий, направленных на повышение компетентности родителей в области семейного воспитания детей с ЗПР.

Таким образом, только у четверти опрошенных родителей (23,7%, 22 чел.), воспитывающих детей с ЗПР, личностный компонент педагогической компетентности сформирован на высоком уровне, большая часть взрослых (43,0%, 40 чел.) продемонстрировала низкий уровень сформированности данного компонента, а треть родителей (33,3%, 31 чел.) — средний уровень.

Третий блок заданий позволил выявить уровень сформированнности у родителей знаний о ЗПР и особенностях их ребёнка, а также понимания понятий коррекционной педагогики и специальной психологии и предполагал проведение бесед и авторских опросов на темы: «Представления родителя о своём ребёнке», «Изучение педагогических знаний родителей, воспитывающих детей с ЗПР», «Изучение специальных знаний родителей, воспитывающих детей с ЗПР». Необходимость изучения понимания родителями понятий специальной педагогики обусловлена тем, что они являются базовыми для усвоения всей системы знаний для работы с ребёнком, имеющим отклонения в развитии, в семье.

Изучение показало, что только у 6,4% родителей (6 чел.) обнаружены развёрнутые представления о задержке психического развития как виде отклонения в развитии, её причинах, проявлениях, а также реалистичные представления о психологических особенностях детей с ЗПР, что говорит о высоком уровне по данному показателю.

35,5% родителей (33 чел.) демонстрируют ограниченные и расплывчатые представления о сущности и причинах задержки психического развития и особенностях развития детей с этим нарушением развития, что соответствует среднему уровню по данному показателю.

Фрагментарные представления о сущности и причинах задержки психического развития отмечены у 54 родителей (58,1%) и соответствуют низкому уровню.

В качестве иллюстрации приведём типичные ответы родителей. Задержку психического развития родители трактуют как «временное отставание развития мозга», «отставание от сверстников», «недоразвитие речи» (что является очень частым ответом для родителей, не признающих наличие ЗПР у ребёнка и согласных лишь с наличием нарушений речи), «отставание в развитии духовном, моральном и т.д.», «отклонение в психике», «органиче-

ское поражение мозга разной степени тяжести», «расстройство речи и внимания». Среди причин ЗПР опрошенные называют «ошибку акушера», «родовые травмы», «наследственность», «сильные нервные травмы», «невнимательность родителей, допустивших это», «нервозность, стресс», «осложнения прививок», «трудные роды», «экологию», «вредные привычки родителей», «неблагополучие в семье», «перенесённые заболевания». По мнению опрошенных, задержка проявляется в том, что ребёнок «воспринимает мир по-своему», «неадекватно реагирует на происходящее», «плохо разговаривает», имеет «слабую память на буквы», «небольшие проблемы знаний».

Таким образом, только у 13% взрослых (12 чел.), воспитывающих детей с ЗПР, отмечены широкие и реалистичные представления об индивидуально-психологических особенностях ребёнка, его способностях, возможностях, склонностях, потенциале развития. 58 человек (62,4% родителей) продемонстрировали неполные и (или) недостаточно объективные представления по данному показателю, а у 24,7% родителей (23 чел.) изучаемые представления отсутствуют либо имеют крайне неадекватный характер.

Иными словами, высокий уровень по данному критерию демонстрируют 13% родителей, средний — 62,4%, низкий — 24,7 % опрошенных.

Изучение теоретического компонента педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с ЗПР, обнаружило низкий уровень представлений взрослых о специфике, причинах, проявлениях ЗПР, а также об особенностях психического развития их детей. Это свойственно 57% родителей (53 чел.). Только у 12,9% опрошенных (12 чел.) присутствуют знания из этой области, и их характер позволяет осуществлять полноценный подход, необходимый ребёнку с отклонениями в развитии.

Четвёртый блок позволил выявить воспитательские умения и определить характер взаимодействия родителей со своими детьми, для чего, соответственно, использовались анкета «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии», разработанная В.В. Ткачёвой, и критерии эффективности педагогического взаимодействия родителя с ребёнком с ЗПР, предложенные Я.В. Крючевой.

Результаты анкетирования «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» показали следующее. 19,3% родителей (18 чел.) отмечают, что зачастую им сложно угадывать желания и настроения своего ребёнка; при этом подавляющее большинство взрослых указывает, что принимают ребёнка таким, каков он есть, со всеми недостатками и проблемами, и отвечают, что довольны ребёнком. В то же время 45,2% взрослых (42 чел.) не согласны с утверждением, что у их детей имеются проблемы в развитии; 16,1% опрошенных (15 чел.) считают, что со всеми проблемами они могут справиться самостоятельно; 9,7% родителей (9 чел.) ещё более категоричны и считают себя не нуждающимися в профессиональной помощи педагогов и других специалистов по воспитанию ребёнка дома. Более половины опрошенных (66,7%, 62 чел.) не читают педагогическую литературу, не следят за специальными передачами, не стремятся получить дополнительную помощь специалистов вне стен детского сада.

16,1% родителей (15 чел.) настроены пессимистично и считают, что обучение в специальном учреждении, несмотря ни на что, не поможет преодолеть проблемы в развитии ребёнка. 14% родителей (13 чел.) не считают, что их личное участие может как-либо повлиять на динамику развития ребёнка. 54,8% взрослых (51 чел.) не согласны, что в силу имеющихся у ребёнка нарушений его будущее, вероятно, будет отличаться от будущего других детей. 16,1% опрошенных не считает, что процесс воспитания ребёнка оказывает влияние и на них самих.

Анализируя воспитательские умения взрослых, следует отметить, что 21,5% родителей (22 чел.) считают допустимым физическое наказание ребёнка; 37,6% (35 чел.) теряют терпение, если ребёнок капризничает или непослушен; 21,5% взрослых отмечают, что не часто хвалят ребёнка, и только 29% опрошенных (27 чел.) указали, что не повышают на ребёнка голос. При этом все испытуемые отметили, что они уважительно относятся к личности ребёнка.

Для 20,4% родителей (19 чел.) свойственно педагогически эффективное взаимодействие со своим ребёнком: родитель задаёт определённое направление поведения ребёнка, но оставляет определённую степень свободы для проявления индивидуальности. Эмоциональная поддержка и положительное стимулирование со стороны родителей, в таком случае, способствуют проявлению высокой активности детей, снижению тревожности, укреплению чувства безопасности и уверенности в себе. Взаимоотношения отличаются взаимопониманием, взаимоподдержкой, сочувствием и сопереживанием. Родители принимают ребёнка таким, каков он есть, верят в его будущее, внимательны, ласковы, терпеливы, осознают ответственность за воспитание ребёнка. Они умеют вызвать и поддержать детскую инициативу, учесть его точку зрения в спорных вопросах, прибегают к убеждающим стратегиям, владеют игровыми способами организации совместной деятельности, умеют заинтересовать ребёнка. Деятельность родителей и детей совместно планируется, подготавливается, совершается, совместно обсуждаются её результаты. С помощью игровых форм дети побуждаются к умственным действиям. Это соответствует высокому уровню по данному критерию.

Педагогически малоэффективно взаимодействуют со своими детьми 48,4% родителей (45 чел.). Это проявляется в нестабильности, непродолжительном, формальном характере совместных действий. Взрослые не учитывают психологические особенности детей, а неумение организовать совместную деятельность, недостаточное владение приёмами, средствами и способами взаимодействия приводят к ощущению неудовлетворённости, подавленности и усталости от взаимных отношений. Совместная деятельность этих родителей с детьми недостаточно способствует развитию и становлению познавательного развития ребёнка, поведение ребёнка становится недостаточно самостоятельным, нерешительным, малоактивным, безынициативным. Контакты детей с родителями мимолётны, ситуативны, неустойчивы. Родители понимают необходимость оказания ребёнку помощи, но часто не знают, в чём она заключается, и осуществляют воспитание интуитивно. Некоторые родители не прилагают усилий, оправдываясь отсутстви-

ем времени. При появлении трудностей во взаимоотношениях стремятся их преодолеть, что не всегда получается. Эта картина описывает средний уровень по данному критерию.

Педагогически неэффективное взаимодействие в совместной деятельности, характеризующееся слабовыраженными связями и напряжённостью, обнаружено у 31,2% родителей (29 чел.). Во взаимоотношениях этих родителей и детей не хватает эмоционального тепла, родители заняты преимущественно собственными проблемами. Они не умеют заинтересовать детей, вовлечь их в совместную деятельность. У детей таких родителей возникает дефицит общения с родителями, а поведение отличается непоследовательностью, неровностью, нелогичностью, конфликтность. Родители испытывают раздражение из-за быстрой утомляемости ребёнка, рассеянности его внимания, неусидчивости, недостаточной целенаправленности деятельности, общего двигательного беспокойства или, напротив, инертности, заторможенности. Осознанное разочарование, нередко сопровождаемое чувством обиды, порождает внутреннее неприятие ребёнка с присущей ему жестокостью и отстранённостью. Родители не стремятся окружить ребёнка заботой и поддержкой, игнорируют его интересы и мнения. Они не умеют создавать условия для эмоционального благополучия ребёнка, устанавливать с ним положительный контакт. Это соответствует низкому уровню по данному критерию.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у большинства родителей, принявших участие в исследовании, отмечается низкий (44,1%) и средний (34,4%) уровни сформированности практического компонента (у 41 и 32 чел. соответственно). И только у 20 человек (21,5%) отмечен высокий уровень.

Выводы:

1. Более чем у трети родителей (37,6%) отмечен низкий уровень педагогической компетентности, почти половине опрошенных (45,2%) свойствен средний уровень, и только у 17,2% зафиксирован высокий уровень педагогической компетентности.

2. Наиболее «слабым» компонентом в структуре педагогической компетентности у опрошенных является теоретический компонент, что, вероятно, свидетельствует о недостаточной проработанности системы информирования родителей, дети которых направлены в специализированные группы, о сущности имеющегося у ребёнка отклонения в развитии, его причинах, путях преодоления, прогнозе развития, а также роли семьи в коррекционно-развивающем процессе.

3. Недостаточно высокие показатели по критериям сформированности личностного компонента педагогической компетентности родителей детей с ЗПР говорят о том, что опрошенные недооценивают важность положительно окрашенного эмоционального контакта с ребёнком, не задумываются о педагогической эффективности взаимодействия с ним. Сформированность практического компонента, очевидно, также не является достаточной.

4. Предполагается, что разработка специальной программы формирования педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей с ЗПР, поможет взрослым лучше понять особенности развития своего ребёнка, вооружить их доступными приёмами работы с ним, что положительно скажется на общей эффективности коррекционно-развивающей работы.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Варга А.Я.* Структура и типы родительского отношения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.
2. *Волковская Т.Н.* Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения // Дефектология. 1999. №4. С. 66 – 68.
3. *Дудко О.Б.* Совершенствование профессиональной компетентности учителя-дефектолога в области взаимодействия с семьями дошкольников с задержкой психического развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2009.
4. *Крючева Я.В.* Педагогическая помощь родителям в организации взаимодействия с детьми, имеющими задержку психического развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Тюмень, 2004.
5. *Левченко И.Ю., Ткачёва В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии: метод. пособие. М.: Просвещение, 2008. 240 с.
6. *Ткачёва В.В.* Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М.: УМК «Психология»: Московский психолого-социальный институт, 2004. 192 с.
7. *Семёнова Л.М.* Проблемы семьи, воспитывающей ребёнка с особыми образовательными потребностями. Современные технологии в медицине и педагогике: сб. тр. Курск, 2010. С. 42 – 45.

Сведения об авторах:

Есипова Татьяна Олеговна
телефон: 8-903-029-98-65;
e-mail: yesipova83@rambler.ru

Семёнова Людмила Михайловна
телефон: 8-910-265-57-94

УДК 784

К ВОПРОСУ О ВОКАЛЬНОМ ДЫХАНИИ

© Филиппов А.В., 2011

канд. пед. наук, доц. Педагогического института ФГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского» (ректор — д-р физ.-мат. наук, проф. Л.Ю. Коссович)

Статья посвящена проблемам развития техники вокального дыхания. В ней на основе изучения библиографической и научно-методической литературы, наблюдения за певцами, опроса педагогов и вокалистов, анализа певческого и педагогического опыта автора сделана попытка выявить сущность и дать определение такому комплексному понятию, как вокальное дыхание. Изложенные определения и выводы, по мнению автора, позволяют оптимизировать работу педагога-вокалиста, дать правильное направление певцу в поисках одного из фундаментальных аспектов вокальной техники.

Ключевые слова: дыхание, вокальное дыхание, опора дыхания, вдыхательная установка, голосовые складки, подскладочное давление, вокальный зевок, натяжение складок.

Библиография: *11 источников.*

VOCAL BREATHING

© Philippov A.V., 2011

Ph. D. ped. scient., docent of The Teacher Training Institute of Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Saratov State University named after N.G. Chernyshevskiy» (rector — D. phys.-mathem. scient., prof. L.Yu. Kossovich)

The article is devoted to the problems of development of technique of the vocal breathing. On the basis of study of biographic and scientific-methodical literature, watching singers, questioning of teachers and vocalists, analysis of vocal and pedagogical experience of author an attempt to expose essence and give determination such complex concept as vocal breathing is done in it. The expounded determinations and conclusions, in author's opinion, allow one to optimize work of teacher-vocalist, to give correct direction a singer in search of one of fundamental aspects of vocal technique.

Key words: breathing, vocal breathing, rest of breathing, inspiration set, vocal chords, subglottal pressure, vocal yawn, tension of vocal chords.

Bibliography: *11 sources.*

Понятие «вокальное дыхание» – одно из основополагающих и базовых понятий вокальной и вокально-педагогической деятельностей. «Dark Matter» данного понятия пронизывает почти все публикации о голосе: научные, научно-методические, обзорные, биографические исследования и публикации, авторские школы пения, многочисленные вокальные указания и рекомендации и т.п. Однако актуальность данного понятия для вокальной педагогики всячески размывается отсутствием чёткого определения и сущностных характеристик.

Цель данной работы – на основе анализа основных исследований в области голосообразования и педагогики голоса прояснить суть данной проблемы.

В задачи исследования входило не только дать обзор становления данного понятия, что важно для расширения кругозора студентов и молодых педагогов, но и вызвать дискуссию по поводу важности данной проблемы и предложенных определений понятия и характеристик сущности у опытных и сложившихся вокалистов и вокальных педагогов.

По справедливости сказать, проблема, как в терминологическом, так и в сущностном отношениях, достаточно сложная. Функционально-деятельностный характер данного вида осознанной певческой активности создаёт трудности и в конструировании понятийного аппарата, и в понимании его роли в процессе голосообразования. Тем более, что и сам процесс до сих пор остаётся некоторой вещью в себе. Он есть как объективная данность, и он не совсем есть как до конца изученная и объяснённая величина. Л.Б. Дмитриев, уделяя много места данному понятию в своём фундаментальном учебнике, призывает рассматривать его в неразрывной связи с работой гортани и артикуляционного аппарата [1]. Тем не менее, в вокальной практике, а иногда и в публикациях, происходит подмена понятий специфики дыхания в пении и его биологической сущности. Сложный певческий процесс низводится до уровня суммы приёмов, в том числе и приёмов активизации биологических аспектов дыхания. Некоторые педагогики и студенты аналитический метод исследования, применяемый в голосообразовании и связанный с изучением отдельных частей, пытаются неосознанно применить в педагогике, разрушая системно-процессуальную природу пения. В этом смысле одним из шагов оптимизации вокального и вокально-педагогического обучения является уход от бытовых смыслов в определениях. В нашем случае – это замена понятия «дыхание» на более комплексное «вокальное дыхание», которое вместе с другими терминами «речевое дыхание», «сценическо-речевое дыхание» составило бы группу «фонационное дыхание».

Для обоснования данного предложения сначала рассмотрим понятие «дыхание» и его сущность в биологическом смысле.

Дыхание – это совокупность процессов, обеспечивающих поступление в организм кислорода и удаление из организма углекислого газа.

Сущность дыхания – окисление органических веществ в клетках с освобождением энергии, необходимой для процессов жизнедеятельности [6].

Как видно, дыхание в природе не имеет к голосообразованию никакого отношения. Однако дышащие лёгкими животные стали использовать побочные эффекты данного процесса для коммуникации.

И.И. Левидов приводит высказывание анатома Эльце, выразившегося так: «Если баран может только блеять, собака — только лаять, грудной ребёнок — только кричать, взрослый же человек — говорить и петь при принципиально одинаковом строении гортани, то это является только следствием высокой функциональной дифференциации нервной системы, так же, как существо пения является не столько следствием строения гортани, сколько функцией центральной нервной системы ...» [4].

Данная статья не ставит перед собой цель исследования физиологии биологического дыхания. Однако для педагога-вокалиста, по нашему мнению, необходимо знать, что дыхательный цикл принято делить не на две фазы (вдох, выдох), а на три: инспираторная, постинспираторная, экспираторная. Для постинспираторной фазы, относящейся к выдоху, характерна активная и управляемая работа диафрагмы — основной мышцы вдоха. Медленно расслабляясь с одновременным сокращением мышц гортани, диафрагма контролирует объём выдыхаемого из лёгких воздуха. Сокращение мышц гортани является важным механизмом, препятствующим спадению воздухопроводящих путей лёгких на выдохе. Во второй фазе выдоха (экспираторной) при активном сокращении внутренних межрёберных мышц и мышц брюшной стенки активность диафрагмы и гортани отсутствует [10]. К сожалению, очень мало работ, связывающих физиологию дыхания и фонацию. Тем не менее, очевидно, что нас, как вокалистов, в большей степени интересует именно постинспираторная фаза дыхания, контролирующая выдох и сопровождающаяся активностью складочной системы. Принадлежность данной фазы одновременно и вдоху и выдоху создаёт некоторую парадоксальную ситуацию при поиске понятийного вокально-педагогического аппарата, основывающегося, как правило, на субъективных ощущениях.

Интересны в этом смысле взгляды на роль дыхания в голосообразовании известных и знаменитых певцов, солистов Ла Скала, систематизированные Л.Б. Дмитриевым. Так, Мирелла Френи против нарочитого взятия дыхания, мешающего состоянию физической свободы; Джульета Симионато говорит о принципе удержания дыхания внутри, без толкания дыхания вперёд; Пьеро Каппучилли за дыхание в спину с расширением нижних рёбер, но без перебора; Джани Раймонди также говорит о дыхании глубоко, низко в спину, с раздвижением рёбер в сторону; Сесто Брускантини указывает на то, что брать дыхание нужно по всей окружности — и в бока, и в спину, и в поясничную часть; Паоло Монтарсоло подчёркивает, что дыхание — основа пения, и если молодой певец не умеет правильно дышать, то рано или поздно таким певцам придёт конец; Тоти Даль Монте указывает на бессмысленность и нецелесообразность работы над дыханием вне процесса пения [2].

Как видно, певцы настаивают не на самом процессе дыхания в бытовом смысле, а на некоторой дыхательной установке, облегчающей и оптимизирующей пение, которая совпадает или сопровождается моментом забора и отдачи воздуха, использует мышечные и бароцептивные ощущения, возникающие в процессе дыхания, часто кардинально их преобразуя.

В книге Л.Б. Дмитриева счастливо совпали многие утверждения известных вокалистов на роль дыхания в пении. На самом же деле на практике

такое единство крайне редко. При всём формальном предпочтении нижнерёберно-диафрагмального дыхания, вокальные приёмы, используемые при постановке певческого дыхания, не укладываются в определённую классификацию. По словам И.И. Левидова, одни педагоги требуют при выдыхании, т.е. во время издавания звука, выпячивания живота вперёд и постепенного увеличения этого выпячивания; другие, наоборот, советуют при выдохе втягивать живот в себя. Одни настаивают на необходимости при вдохе увеличения объёма живота только в подрёберной области, другие же рекомендуют увеличение всего живота, а не только подреберья, и притом такого, чтобы живот сделался твёрдым, как туго набитый мешок. Некоторые допускают при этом, а иногда и считают необходимым, поднятие груди, иные категорически запрещают это [4]. Кроме того, следует учесть, что субъективные ощущения ряда певцов о характере своего певческого дыхания иногда не совпадают или бывают противоположны объективным данным, полученным при проверке этих утверждений. Неопытные же певцы вообще путают бытовой и певческий характер дыхания, подменяя последнее забором воздуха и максимальным его нагнетанием в лёгкие. Педагогу часто очень трудно найти правильные методы и приёмы для формирования нужных навыков. Тем не менее, по утверждению того же И.И. Левидова, существуют певцы, обладающие в высокой степени вокальной техникой, применяющие дыхание, при котором в поднятии груди и живота трудно установить какую-либо точную систему, или же такое, при котором стенки груди и живота во всё время пения остаются в относительно спокойном состоянии. В последнем случае нельзя заметить момента вдоха; создаётся впечатление, что дыхание у них происходит без внешних дыхательных объёмных изменений и т.д. [4].

Р. Юссон резко отделяет бытовое дыхание от певческого, называя последнее опорой. Именно эта, отвечающая за подскладочное давление и формируемая в процессе певческих занятий функция, является, по его мнению, основной. Он отмечает, что пение на опоре состоит в следующем: певец делает глубокий вдох, сначала брюшной, оставляя в покое грудную клетку, затем продолжает его до тех пор, пока не наметится очень лёгкий подъём грудной клетки. После почти неуловимой паузы певец смыкает складки и затем издаёт желаемый звук. В процессе пения следует удерживать вдыхательную позицию и особенно слегка приподнятое положение грудной клетки [12]. Как видно, высказывания Р. Юссона полностью относятся к развитию навыков управления «гибридной» постинспираторной фазой дыхания.

Иначе говоря, есть понятие «дыхание» в сугубо биологическом понимании и есть понятие «дыхание» как некий сговор или цеховой договор вокалистов, под которым понимается комплекс ощущений от работы группы мышц, участвующих как в дыхательном, так и в певческом процессе или улучшающих последний.

Таким образом, судя по анализу их высказываний о роли дыхания, многих певцов основная, жизненная функция дыхания беспокоит менее всего. От дыхания им нужна некая «поддержка звука», снятие фонационного напряжения, зажима и утомления, возможность петь высокие ноты диапазона,

фразировать как можно долгое время без забора воздуха и т.п. Рассмотрим данную проблему подробней.

Выше мы уже говорили, что дыхание не предназначено природой специально для голосообразования. То же можно сказать о голосовой функции гортани. Голосообразование, по мнению Р. Юссона, является результатом специальной организации нервных центров, вторичным «функциональным приспособлением, добавленным, навязанным более или менее быстро, анатомии и морфологии» [12].

Проблема функциональных приспособлений для работы, не связанной с прямым назначением какого-то органа, рассматривалась многими психологами, в том числе и С.Л. Рубинштейном. Им сделан вывод, что при переходе к высшим ступеням развития возрастает относительная независимость функции от строения, появляется возможность полного изменения деятельности органа без изменения его строения. Важной составляющей выводов С.Л. Рубинштейна является утверждение, что «в окончательной своей форме орган является продуктом не самого по себе функционального созревания, а функционального развития: он функционирует, развиваясь, и развивается, функционируя» [8]. Единство функции и развития — важный элемент формирования и приспособления для голосообразования не только жизненных функций гортани, но и дыхания, причём эффективность функциональных приспособлений наибольшая при условии их формирования на ранней стадии развития организма.

Таким образом, *функциональное приспособление, оптимизирующее певческую функцию, формирующееся параллельно дыханию и использующее его систему мышечной активности и систему управления этой активностью через дыхательные ощущения и установки, можно условно назвать певческим дыханием.*

Предлагаемое нами определение исследуемого явления было бы самодостаточным и вызывало интерес у педагогов, если бы объясняло сущность процесса и способы управления им. Неоднозначность понятия «вокальное дыхание» требует более глубокого анализа проблемы, в том числе и через обзор научной и научно-методической литературы. К сожалению, современных фундаментальных исследований по проблемам вокальной педагогики и её связи с физиологией дыхания крайне мало. Кроме того, до сих пор остаётся мало изученной физиология взаимодействия головного мозга с дыхательным центром.

Как видно из приведённых ранее высказываний известных вокалистов, певческое дыхание устанавливается перед началом пения и сопровождает само пение. Для него характерны глубокие, часто низкие ощущения процесса раздвижения рёбер по всей окружности или с акцентом на спину, боковые отделы грудной клетки или поясничную часть; полное отсутствие ощущений насильственного забора воздуха и, впоследствии, осознанного выдоха; ощущение физической свободы в гортани, мягкого эластичного её раздвижения, параллельного раздвижению в рёберной и поясничной части, которые сохраняются и во время пения; лёгкое раскрытие глотки и гортани, свободная челюсть, часто полуоткрытый перед началом звука рот. Граница

между подготовкой к пению, т.е. вдохом и началом пения, предельно размывается. Особенно это характерно для больших мастеров. В пении многих выдающихся певцов, в том числе и тех, взгляды которых на проблему дыхания мы приводили, практически невозможно визуально отметить возникающее напряжение или усилие при переходе от молчания к фонации. Их певческая установка и певческое состояние скорее напоминают лёгкий затянувшийся зевок.

Отсюда неслучайно, что многие вокальные педагоги частный приём оптимизации процесса пения через «зевок» возводят в ранг основного вокального принципа. Существуют даже разновидности вокального зевка: вдыхание аромата цветка, «дипломатический» скрытый зевок, зевок с расслаблением челюсти, зевок с мягким эластичным раскрытием гортани или её понижением, зевок с раздвижением нижних рёбер и т.д.

Конечно, с точки зрения физиологии зевок не может быть основой голосообразования. Здесь мы имеем дело с фонационным или вокальным зевком как комплексом внутренних управляемых вдыхательных ощущений, сопровождающих пение и совпадающих с постинспираторной фазой выдоха.

Мы уже писали об этой фазе как фазе управляемой активности диафрагмы и максимального сокращения мышц гортани. Здесь необходимо учитывать, что вокальный зевок, в отличие от физиологического, кроме растянутости по времени, разнится отношением к забору воздуха. Важно не взять как можно больше воздуха, а сохранить условия, при которых следующая постинспираторная фаза дыхания проходит достаточно длительное время. В вокальной практике это ощущается как осознанная растянутость фазы вдоха в форме зевка и краткость выдоха (экспираторная фаза) в конце пропеваемой фразы. Многие певцы подобной установкой сопровождают всё исполняемое произведение и тогда растянутый зевок сопровождает и паузы. Происходит разделение фаз забора воздуха (вдоха) и начала фразы исполняемого произведения. Певец как бы всё время находится в фазе вдоха, на очень краткое время сбрасывая окисленный воздух и накапливающееся напряжение в глотке. Некоторые певцы настолько овладевают данной техникой, что могут значительно увеличить длину пропеваемой фразы, при этом сохраняя естественность и ненапряжённость исполнения.

Особенно важно для пения то, что вокальный зевок в форме постинспираторной фазы дыхания способствует активизации голосовых складок, или их жёсткости, что позволяет через данный механизм управлять натяжением голосовых складок, отвечающим за интонирование в пении. Чем сильнее зевок, тем сильнее ожидаемое подскладочное давление в постинспираторной фазе, для удержания которого необходим более активный «тонус мышц верхних дыхательных путей, прежде всего гортани» [10]. В итоге, более лёгким становится церебральное управление интонацией, особенно в верхнем участке диапазона.

Таким образом, функциональное дыхание становится в процессе обучения пению основой не только для удлинения певческой фразы, но и увеличивает за счёт управления жёсткостью складок и возникающего складочного резонанса КПД колебаний, облегчая работу складок в верхнем участке диапазона.

Кроме того, с механизмом зевка связано ещё одно вокальное понятие — прикрытие. Физиология прикрытия наиболее удачно, по нашему мнению, изложена Р. Юссоном. На основании исследований работающей гортани он сделал вывод, что прикрытие — это дополнительное продольное натяжение складок, сопровождающееся увеличением глоточной области во всех направлениях, наклоном горизонтальной плоскости складок вместе с гортанью вниз и вперед. Визуально это воспринимается как некоторое понижение гортани по сравнению с положением при пении среднего участка диапазона голоса. На слух заметно понижение основных формант, создаваемых глоточным резонированием с 600 и 1200 герц соответственно до 500 и 1000 герц [12]. В 2005 году В.П. Морозовым также были получены данные о понижении на шкале частот после прикрытия ВПФ (высокой певческой форманты), что позволило ему говорить об измерении уровня профессиональности по характеру резонансных частот, используемых в пении в верхнем участке диапазона [5].

Интересны в этом смысле и исследования, проведённые относительно недавно В.Н. Сорокиным [9], который показал соответствие собственной частоты натяжения складок с высотой извлекаемого звука. Одна из важных задач вокальной педагогики — научиться управлять этим натяжением соответственно высоте извлекаемого звука. К сожалению, другого механизма, как вокальный зевок или диафрагмальный выдох, влияющего на жёсткость складочной системы, нет. Задача педагога — научить студента осознанно вычленять необходимые элементы (длина фразы, степень натяжения складок) из этих физиологических актов и сделать их функционально пригодными для процесса пения. Именно этот рефлексивный комплекс мотивов, целей и задач заключает в себе понятия: певческое дыхание, опора звука, вдыхательная установка, парадоксальное дыхание.

Неопытные певцы слабо ощущают связь между певческим дыханием и звуковысотным интонированием применимо к каждой отдельно взятой ноте. Тем не менее, в пении можно выделить зоны певческого диапазона, требующие осознанной корректировки этой взаимосвязи. В 2003—2005 годах нами проведены исследования на базе Саратовского театра оперы и балета и Саратовской консерватории, Педагогического института СГУ, одной из целей которых и была как раз дифференциация ощущений дыхания в пении [11]. Опрос проходил среди солистов и артистов хора театра, студентов старших курсов консерватории и пединститута. Всего было опрошено 52 человека. Было выявлено, что в мужском голосе ощущения дыхания в пении имеют три ярко выраженные зоны: нижнюю, среднюю и высокую. Нижняя зона, включающая примерно октаву нижнего участка певческого диапазона, особенно у басов, требует особенного подхода в балансе дыхания и натяжения складок. Как известно, запас изменения собственной частоты в нижнем участке диапазона у складок невелик. Обеспечить требуемую частоту складки должны за счёт уменьшения натяжения, и если они недостаточно массивны, то это становится проблемой, конституционно ограничивающей диапазон снизу. Оптимизация возможна за счёт особого типа опоры дыхания, предельно сглаживающей удары воздушной струи при переходе с ноты

на ноту, с одной гласной на другую, при произношении согласных. Возникают ощущения, которые некоторые басы характеризовали как замирание. Ничто не должно сбить равномерность и непрерывность течения звука, грудного резонирования, раскрытия глотки. У некоторых подобное резонирование поддерживалось дополнительными глубокими ощущениями зевка и дополнительной подачей равномерной воздушной струи. Следует добавить, что данный тип включается полностью, если во фразе есть низкая нота, имеющая определённую эстетическую значимость. Можно также отметить, что динамический диапазон в этом участке голоса крайне незначителен, расстояние от forte до piano минимально, насильственное увеличение силы звука исключается совсем.

Было установлено, что басы, поющие в хоре, особенно низкие, настолько привыкают к подобному типу опоры дыхания, что не могут полноценно озвучивать не только верхний участок диапазона голоса, но и средний. Даже овладев прикрытием, некоторые из них не могут достигать силы звука и качества тембра, необходимого для сольного пения.

При движении по диапазону голоса снизу вверх где-то в средней его части в мужских голосах была выявлена необходимость корректировки взаимосвязи опоры дыхания и звука. Прежде всего, это касалось направленности звука и характера работы диафрагмы. Возникают ощущения движения диафрагмы вниз, резонансные ощущения сдвигаются, наоборот, ближе к зубам. По нашему мнению, это связано с тем, что опора дыхания возрастает, жёсткость складочной системы приобретает новое качество, что увеличивает возможности варьирования динамики извлекаемого звука.

Зона взаимодействия дыхания и звука в верхнем участке диапазона, как показали наблюдения, совпадает с прикрытым участком диапазона голоса. Она характеризуется наиболее сильным стремлением к максимальному раскрытию глоточной части, часто за счёт понижения гортани, увеличения объёма лёгких. Всё это приводит к активизации дополнительного натяжения складок за счёт «наклона (вниз и вперёд) щитовидного хряща» [12] и, в свою очередь, к увеличению жёсткости складок; создаёт резонансные условия, облегчающие взаимодействие церебрального импульса и собственной частоты складочного осциллятора. Бесспорно, что нахождение прикрытия идёт через механизмы вдыхательной установки и именно зевка и сопровождается значительным увеличением глоточной области во всех направлениях.

В ходе исследования была выделена также ещё одна специфическая зона взаимосвязи опоры дыхания и характера натяжения складок, которая по ощущениям серьёзно отличается от перечисленных зон. Это зона фальцетного образования звука. Как правило, возможность петь фальцетом возникает чуть ниже зоны прикрытия. При этом переход на фальцет сопровождается значительным сбросом опоры дыхания и звука и своеобразным, трудно описываемым словами характером ощущений работы складок. По мере продвижения по диапазону голоса наверх опора звука увеличивается, сила голоса нарастает, но характер ощущений фальцетного голосообразования остаётся.

Если использование фальцета является необязательным для академического певца, то женские голоса, особенно низкие, работают, как правило, в

двух регистрах. Именно на переходе между двумя зонами и возникает проблема быстрой смены установок певческой опоры дыхания и звука. Исследование показало, что подобные проблемы наиболее остро стоят у контральто, меццо-сопрано и драматического сопрано. Также оказалось, что зоны середины диапазона голоса и прикрытия у женщин выражены слабее, чем у мужчин. Однако некоторые исследователи и педагоги выделяют их, обозначая как регистры. У высоких женских голосов можно также выделить сверхвысокую зону взаимодействия натяжения складок и опоры дыхания. Это зона от «до» до «ми», «соль» третьей октавы, требующая нахождения совершенно специфических ощущений взаимодействия дыхания и работы гортани.

Анализ педагогической вокальной литературы показывает, что кроме опоры дыхания через зевок, у некоторых педагогов она формируется через установку на подкашливание, чихание или рыдание. Согласно медицинским исследованиям, при кашле и чихании вначале происходит глубокий вдох, затем напрягаются дыхательные мышцы, а голосовая щель закрывается — создаётся высокое давление в грудной полости. После этого происходит толчкообразный повторный выдох сильной струи воздуха под высоким давлением через суженную голосовую щель, и струя воздуха изгоняет из лёгких мокроту или инородное тело [6]. В любом случае при исследовании подобных установок убеждаешься, что используется не сам акт во всей его полноте, а поствдыхательное состояние или, отмеченная нами ранее, постинспираторная фаза, приводящая к увеличению подскладочного давления и жёсткости складок без акта очищения.

Серьёзное противодействие формированию подобных принципов вокального дыхания оказывают некоторые педагогические установки на важность и воспитание в пении выдоха без учёта понимания его сложной организации. Некоторые педагоги сознательно или бессознательно работают в этом направлении. К элементам подобной технологии относятся: придыхательная атака звука, давление воздушной струи на складочную систему, избыточность и акцентировка на работу мышц-выдыхателей (обычно брюшного пресса), излишняя увлечённость гласными «и», «у», провоцирующая у неопытных певцов излишнее подскладочное давление, а, следовательно, активность выдоха. Как правило, данные педагоги напрямую воспринимают тезис миоэластической теории голосообразования о звукообразовании за счёт воздушного потока и пытаются «помочь» процессу. Автор, придерживаясь нейромоторной теории голосообразования с корректировкой на изменяемую собственную частоту натяжения складок, тем не менее, осознаёт важность выдоха как для речевой функции (образование некоторых согласных звуков невозможно без протекания воздушной струи), так и для звуковой динамики (и по мышечно-эластической и по нейромоторной теориям сила звука является функцией подскладочного давления). Однако педагогическая направленность при постановке голоса на управление выдохом без осознания его фазового строения, по нашему мнению, является ошибочной. В 30-х годах прошлого века Л.Д. Работнов выдвинул гипотезу о безусловно рефлекторном (независящем от воли человека) характере выдоха во время фонации за счёт гладкой мускулатуры лёгких. Наряду с введением понятия

«парадоксальное дыхание», им отмечены и исследованы во время фонации моменты осознанной работы певцов с мышцами-вдыхателями (разведение рёбер и опускание диафрагмы) и игнорирование или осознанное противодействие работе мышц-выдыхателей (грудных и брюшных стенок) [7].

Исследования Л.Б. Дмитриева уточнили гипотезу Работнова [1]. Леонид Борисович говорит о произвольно-непроизвольном характере дыхания, о его двойном управлении. То есть, формируя навыки осознанной задержки вдыхательной установки, так необходимой в пении, мы никоим образом не выключаем фактор выдоха, но отдаём его под управление непроизвольной системы. Пытаясь же в пении регулировать за счёт мышц-выдыхателей подачу воздушного потока, мы излишне усиливаем данный процесс, приводя голосообразование к таким недостаткам, как форсировка, прямой звук, тремоляция, короткая фраза и т.п.

Более поздние исследования в области биоэлектрической активности основных типов дыхательных нейронов подтверждают данные выводы. С учётом трёхфазности дыхательного цикла оказывается, что инспираторная вдыхательная и постинспираторная выдыхательная функции очень близки и контролируются нейронами, управляющими мышцами вдоха. Экспираторная выдыхательная функция контролируется нейронами другой части продолговатого мозга. При этом 40% экспираторных нейронов контролируют внутренние межрёберные мышцы, 60% — мышцы брюшного пресса. Если инспираторные и постинспираторные нейроны способны работать параллельно, совозбуждая друг друга, то активация экспираторных нейронов возможна только при понижении тонуса гортани, подавлении работы диафрагмы и наружных межрёберных мышц [10].

В силу того, что процесс пения занимает гораздо больше времени, чем вдох и поствдох, для его функционального применения в пении приходится их постоянно поддерживать. Говоря научным языком — применение данного механизма в пении носит процессуально-рефлексивный характер. Процессуальный характер певческих навыков (сюда, кроме дыхания, входит и интонирование, и динамика, и чувство опоры) является, по мнению автора, самым проблемным при постановке голоса и требует отдельного разговора.

В заключение можно сказать, что круг проанализированных явлений позволяет раскрыть сущность не только вокального, но и более общего фонационного дыхания, которое заключается в следующем:

- создание условий для максимального без вреда для организма удлинения дыхательного цикла за счёт формирования навыков управления инспираторной и постинспираторной фазами;
- натяжение складок, собственная частота которых будет равна или кратна церебральному импульсу;
- эластичное раскрытие гортани и глотки, необходимое для резонансного обеспечения складочных колебаний;
- оптимальная и очень равномерная подача воздушной струи для нужд голосообразования, произношения и звуковой динамики.

Вокальное искусство в отличие от речевого — это, прежде всего, искусство интонирования, т.е. звуковысотности. Интонирование чётко коррели-

рует с натяжением складок, которое, в свою очередь, оптимизируется и управляется через ощущения дыхания, известные нам как «вдыхательная установка».

Выявив сущность понятия вокальное дыхание, можно попытаться дать его определение.

Вокальное дыхание – это функциональное приспособление, возникающее в процессе певческой постановки голоса и оптимизирующее его способности к управлению интонированием через варьирование жёсткости голосовых складок.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Дмитриев Л.Б.* Основы вокальной методики. М.: Музыка, 1968. 676 с.
2. *Дмитриев Л.Б.* Солисты театра Ла Скала о вокальном искусстве: Диалоги о технике пения. М., 2002. 188 с.: ил.
3. *Лаврова Е.В.* Логопедия. Основы фонопедии. Интернетресурс http://lib.rus.ec/b/197614/read.
4. *Левидов И.И.* Певческий голос в здоровом и больном состоянии. М., Л.: Искусство, 1939. с.: ил.
5. *Морозов В.П.* Резонансная теория голосообразования: сб. тр. Первого междисциплинарного конгресса «Голос». М.: ООО «Центр инф. техн. в природопользовании», 2007. 252 с.
6. Популярная медицинская энциклопедия / под ред. академика Б.В. Петровского. Ташкент: Главная редакция Узбекской Сов. Энциклопеции, 1989. 700 с.
7. *Работнов Л.Д.* Основы физиологии и патологии голоса певцов. М.: Музгиз, 1932. 199 с.: ил.
8. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии: в 2 т. М.: Педагогика, 1989. Т.1. 488 с.
9. *Сорокин В.Н.* Теория речеобразования. М.: Радио и связь, 1985. 312 с.
10. Физиология человека: учебник / под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2003. 656 с: ил.: [2] л. ил.
11. *Филиппов А.В.* Педагогическая система формирования готовности студентов к вокально-педагогической деятельности: дис. ... канд. пед. наук. М., 2005. 237 с.
12. *Юссон Р.* Певческий голос. М.: Музыка, 1974. 262 с.

Сведения об авторе:

Филиппов Аркадий Владимирович
e-mail: arkadi-f@yandex.ru

ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ

УДК 378:784

ПЕСНИ ПЕЧАЛИ И БЕЗГРАНИЧНОЙ РАДОСТИ

ДВЕ РЕДАКЦИИ ХОРОВОГО КОНЦЕРТА Е. ПОДГАЙЦА

© Марцинкевич А.А., 2011

аспирант ФГОУ ВПО «Академия хорового искусства имени В.С. Попова»
(ректор — Н.Н. Азаров)

В концерте для смешанного хора «Псалмы царя Давида» московский композитор Ефрем Подгайц воплотил оригинальную трактовку древних сакральных текстов. Существенно переработав партитуру и изменив драматургический план произведения, автор создал версию для детского хора и камерного оркестра. Сравнение двух редакций позволяет рассмотреть специфику интерпретации вечных тем в музыке для различных хоровых составов с учётом особенностей певческой физиологии и психологии разных возрастных групп.

Ключевые слова: Ефрем Подгайц, псалмы, смешанный хор, детский хор, музыкальная драматургия, хоровая фактура.

Библиография: *2 источника.*

SONGS OF MELANCHOLY AND ENDLESS JOY

TWO EDITIONS OF THE CHORE CONCERT OF E.PODGAYTS

© Martsinkevich A.A., 2011

Postgraduate of the Federal State Educational Institution of Higher Professional Education «Academy of chore art named after V.S. Popov»
(rector — N.N. Azarov)

In the concert for a mixed chore «The Psalms of King David» the composer from Moscow Efrem Podgayts fulfilled the original interpretation of the ancient sacred texts. Having considerably remade the score, the author created a version for a children's chore and a chamber orchestra. The comparison of the two editions allows one to view the specific of the interpretation of eternal topics in music for different chore co-operations, in view of peculiarities of a singer's physiology and psychology of different age groups.

Key words: Efrem Podgayts, the Psalms, mixed chore, children's chore, musical dramaturgy, chore pattern.

Bibliography: *2 sources.*

Концерт для смешанного хора a cappella «Псалмы царя Давида» (1994) занимает особое место в творчестве московского композитора Ефрема Подгайца (род. 1949). В этом произведении автор впервые обратился к каноническим духовным текстам, на которых в течение столетий росла и формировалась европейская музыкальная традиция. Отдавая дань уважения этой традиции и даже претворяя отдельные её элементы в своем концерте, Подгайц, подобно подавляющему большинству современников, ищет в Вечной книге ответ на вечно актуальные вопросы духовного становления личности, преодолевающей сомнения и невзгоды, неизбежные в любой жизни моменты отчаяния, утрату опоры.

Выбор Подгайца, начавшего работу в сфере духовной хоровой музыки с текстов утраченных песен, представляется неслучайным. К моменту написания «Псалмов» композитор почти полтора десятилетия провёл в тесном творческом сотрудничестве с коллективом детской хоровой школы «Весна», что позволило ему укрепиться в статусе «хорового» композитора и всесторонне изучить природу певческого голоса. Неудивительно поэтому, что в процессе творческих исканий в жанре хоровой музыки автор обратился к литературному источнику, изначально предполагавшему синтез слова и музыки.

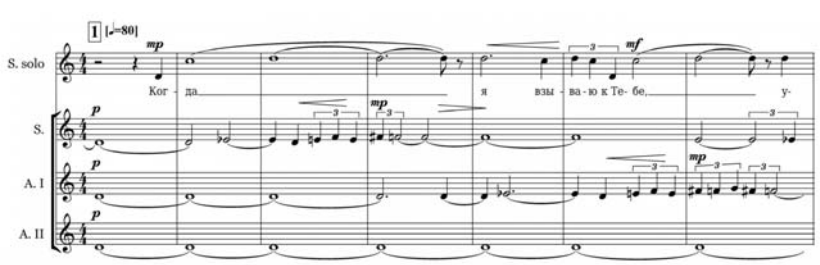
В «Псалмах царя Давида» Подгайц пытается отразить прежде всего драматическую «напряжённость» поэтического первоисточника, в котором, по словам священника Георгия Чистякова, «мы найдём <...> бездонную печаль и безбрежную радость. И пламенное исповедание веры, и вопли отчаяния оттого, что вера иссякла, а сердце высохло под палящими лучами солнца» [2]. Отсюда — сложность хоровой фактуры и гармонии, требующая от певцов высочайшего технического мастерства и, видимо, до сих пор отпугивающая исполнителей. Однако не менее важны для композитора запечатлённые в псалмах «целостность, красота и величие» окружающего мира, торжественная «музыка сфер», слушать которую призывали ещё античные мудрецы [2]. Именно оптимизм концепции позволил Подгайцу переработать в 2008 г. партитуру для детского хора в сопровождении камерного оркестра.

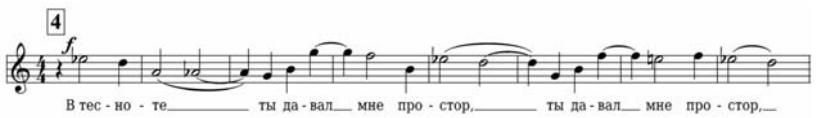
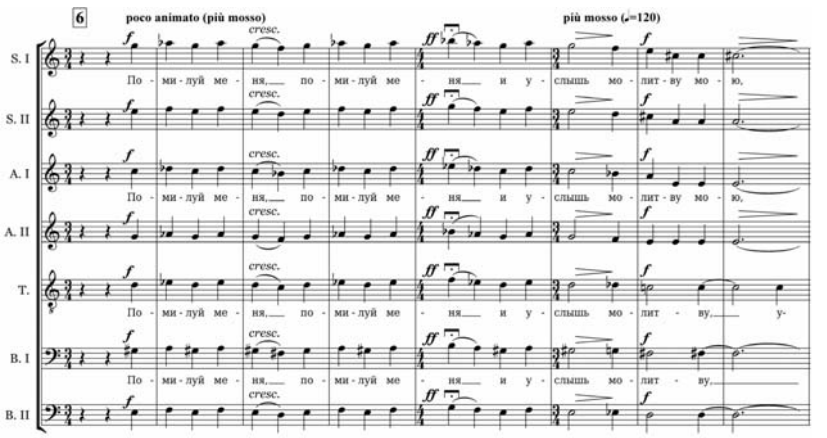
Сопоставление двух редакций концерта, отличающихся не только по составу, но и по драматургии, даёт возможность поставить вопрос о границах между музыкой для детей и для взрослых, о доступности юным исполнителям серьёзных, «вечных» тем искусства, о специфике их трактовки и о практических приёмах адаптации «взрослой» музыки для детского хора.

С самого начала композитор не стремился отразить в звуках всё богатство литературного первоисточника. Из каждого псалма, указанного в заглавии конкретного номера цикла, он выбрал один-два ключевых стиха или фрагмента — архетипические формулы призыва («Услышь меня», «Помилуй меня», «Спаси меня»), тихой молитвы, благодарения, хвалы. Сама по себе подобная «выборка» не противоречит литургической традиции. Однако Подгайц идёт дальше: он комбинирует в ряде частей фрагменты нескольких псалмов, широко применяет вычленения и перестановки, а также замены или вставки отдельных слов. Это позволяет отразить в цикле глобальную композиционную идею Псалтыри: долгое и трудное восхождение из глубины отчаяния и страдания к «новой песне» во славу Господа.

Претворяя в своём сочинении некоторые жанровые традиции и характерные приёмы литургической музыки разных религий, композитор избегает прямой стилизации, тем более нарочитой архаизации, создавая авторскую музыку, пронизанную духом экуменизма. На уровне формы в «Псалмах» важнейшую роль приобретает вариантная строфичность, естественная в сочинении на тексты утраченных *песен*. При этом отдельные строфы выстраиваются по моделям волны или crescendo, которые в данном сочинении ассоциируются с древнейшими ритуальными традициями. Как известно, волнообразные конструкции сложились в древнееврейской псалмодии, из которой были заимствованы христианами, а позднее канонизированы в псалмовых тонах католической церкви. Крещендирующие формы, основанные на магии нарастающих повторов, ведут своё начало от первобытных обрядовых заклятий, а позднее нередко применяются в коллективных молитвах. В ряде частей Подгайц основывает развитие на антифонных и респонсорных перекличках хоровых групп, а также использует приёмы литургического интонирования.

Единство цикла обеспечивается сопоставлением, вариантным развитием и активным взаимодействием нескольких образных сфер, связанных с определённым кругом интонаций.

Исходный и важнейший образ — долгий, жалобный и безнадёжно тихий стон. Он возникает в I номере концерта, «Когда я взываю к Тебе», — во вступительном гетерофонном вокализе женской группы хора, голоса которой с трудом отслаиваются от педального унисона *d*, карабкаются вверх по ступенькам хроматического тетрахорда в канонической имитации и бессильно скатываются назад, к исходному унисону. Слово будет обретено лишь при повторном проведении вокализа, когда над стоном воспарит тема солирующего сопрано, основанная на диатоническом звукоряде и сразу широким скачком завоёвывающая диапазон октавы.

Образ, ассоциирующийся с возвышением голоса к Господу из юдоли страданий, также становится ключевым для цикла. Контрастируя исходному стону, он вместе с тем оказывается производным от него: ведь после скачка солистка фактически опевает верхнюю секунду *c-d*, а в конце фразы, как бы исчерпав запас дыхания, соскальзывает на чужеродный для диатонической темы *gis* (мотив в диапазоне тритона) и замирает на нём.

Из соединения диатоники и хроматики, узкообъёмных опеваний и широких скачков формируется вторая тема, лишённая ярко выраженного устоя и как бы свободно парящая в пространстве. Её характер и рисунок связаны с образами текста: «В *тесноте* Ты давал мне *простор*».

Наконец, в центре I номера формируется третий важнейший образ «Псалмов», коллективная молитва. Голоса хора объединяются в отчаянном, но и исполненном надежды призыве «Помилуй меня»: причетообразная мелодия, восходящая к исходному образу стона, гармонизована здесь мажорными по составу полиаккордами.

I часть выполняет в концерте роль пролога, экспонирующего основные образы и намечающего перспективу их становления. В концентрической структуре сквозного развития складывается последовательность малых волн, которые постепенно разрастаются по направлению к центру формы, а затем плавно ниспадают к коде, где впервые появляется мажорное трезвучие. Такое завершение первой части воспринимается как смысловой итог развития: душа, воззвавшая к Господу, исполняется смирением и надеждой.

Во II номере концерта, «Доколе, Господи», отчаянный призыв вплотную подходит к грани бунта, но неожиданно усмиряется видением чистого света в середине сложной трёхчастной формы. Соответственно интонационные комплексы стона и «тесноты / простора» в этой части существенно преобразованы и подчинены жанрово доминирующему образу коллективной молитвы.

Хроматика уступает место диатонике, гетерофония — аккордовой дублировке мелодии с движением крайних голосов параллельными октавами, квинтами или секстами. А сама мелодия — узкообъёмная, строго поступенная, последовательно «разматывающаяся» из исходной попевки, — вызывает ассоциации уже не с причетом или стоном, но с русскими литургическими песнопениями, основанными на системе осмогласия. К той же традиции восходят ритмизованное педальное ostinato густых басов, подобное гудению большого колокола, а также предварение каждой строфы басовой речитацией на одном звуке, которая вызывает ассоциации с исполнением прокимна в Православной церкви. Из жанрового контекста выбиваются лишь вокализные «отбивки» I басов, основанные на широких синкопированных скачках и подчёркнуто независимые от ритма литургической речитации. Они восходят к интонационному комплексу «тесноты / простора» и дополняют основной образ «личностным» нюансом: душа как бы бьётся в замкнутом круге страданий, пытаясь найти выход.

Динамизация материала в экспозиционном разделе формы приводит к кульминационному эпизоду, где слово «доколе» звучит как требование, почти обвинение. Но, будто испугавшись собственной дерзости, женские голоса обрывают кульминацию, а мужские голоса вскоре застывают на педальном a moll'ном трезвучии с большой секстой в преддверии трогательного ариозо сопрано. Выдержанное в духе знаменного распева, оно ассоциируется с образом Агнца. Отблески тихого света по-новому озаряют сокращённую репризу и коду, завершающуюся тоникой d moll.

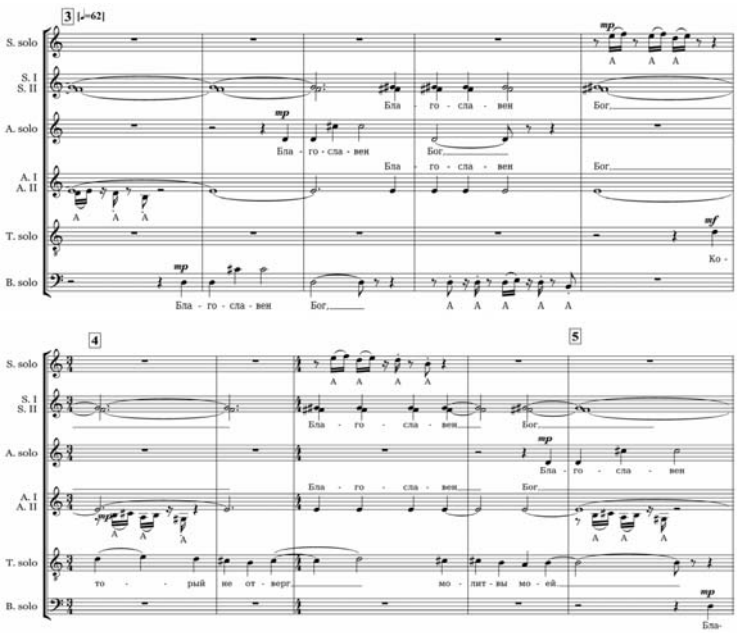
Как видим, в первых двух частях, при всей их контрастности, воплощена идея напряжённых поисков истины, открывающейся только смиренному духу. На уровне цикла эти части оказываются ступенями восхождения к третьей, «Храни меня, Боже» — благодарственной молитве. Именно здесь впервые возникает крещендирующая форма, предвосхищающая финал цикла. В четырёх вариантных строфах последовательно увеличивается состав исполнителей: от изложения темы басом solo — до полнозвучного tutti, многократно повторяющего слова «на Тебя уповаю».

Тема III части по рисунку и интервальному составу могла бы быть отнесена к интонационному комплексу «тесноты / простора». Однако музыкальный образ здесь совершенно иной: блаженный покой, созерцание света. Первое предложение опирается на тонический секстаккорд G-dur. В начале второго предложения басы вступают с возгласом на слове «Господи», который становится интонационным стержнем следующего построения. В дальнейшем динамизация осуществляется при помощи вставок, вариантных расширений и дополнений во вторых частях срединных строф при неизменном начальном предложении.

И как бы в ответ на благодарственную молитву, восхищённому взору открывается бездонная голубизна небес. «Благословен Бог» — тихая интермедия, остановленное мгновение блаженства. Здесь практически нет развития в традиционном смысле слова, а текст сведён до минимума и к тому же словно растворён в юбиляциях, пронизывающих все слои хоровой фактуры.

Перекликаясь по музыкальному материалу с прологом цикла, IV часть — не реприза, а именно возвращение на новом витке спирали, с кардинальным переосмыслением исходного образа. Как и в прологе, слово рождается из

гетерофонного расслоения педального унисона в вокализе женской группы, медленно завоёвывающей звуковое пространство движением по ступеням хроматической гаммы. Но интонационный комплекс стона предстаёт здесь качественно преображённым. Этому способствуют и блики юбиляций, вспыхивающих подобно солнечным зайчикам под куполом собора, и выстраиваемая из вокализа гармоническая педаль (*e — fis — gis*), которая выдерживается до конца номера и предвосхищает мажорный аккордовый кластер финала. Солирующий бас интонирует над нею заглавную фразу — остинатную формулу, повторяемую каноном двух солистов (в приведённом ниже примере — бас и альт) на неизменной высоте как своеобразный cantus firmus.

И лишь с установлением детально прописанного «фона», который складывается из относительно автономных пластов хоровой фактуры, в пронизанную мерцанием света и воздуха звуковую картину вносится элемент движения — соло тенора, интонирующего продолжение псалмового стиха.

V часть, «Ты — покров мой» — «промежуточный финал» концерта, нечто вроде ритуального танца во славу Господа. Композитор отталкивается здесь от таких жанровых признаков спиричуэл, как подвижный темп, синкопированные ритмы, терпкие квазиджазовые гармонии, а также чередование хоровых унисонов с аккордовыми эпизодами, напоминающее о характерной для негритянских духовных песнопений респонсорности.

Вместе с тем сходство начальной унисонной темы с интонационным комплексом стона и опора полиаккордовой вертикали на гармонию уменьшённого трезвучия, «зашифрованную» в теме, лишает ритуальный танец победоносного оттенка, уподобляя его скорее магическому действу, заклинанию временно отступившей, но далеко не преодолённой скорби. Во фразе «Ты окружаешь меня радостями избавления» ключевое слово для композитора

отнюдь не «радость» или «избавление», но глагол «окружаешь». И музыкальная форма лихорадочно очерчивает магические круги, соединяя принципы вариантной строфичности и попевочного развёртывания с комбинаторикой.

После ритуального танца драматургическая спираль начинает новый виток. VI часть, «Услышь меня, Господи», открывается основанным на полутоновом мотиве стона каноном басов и теноров в малую септиму. Однако, в отличие от пролога и IV номера, вступительное остинато VI части — не вокализ, а речитация начальной фразы псалмового стиха, как бы очерчивающей «воздушное пространство» для ариозо альтов.

В самом ариозо обрамляющие разделы трёхчастной формы основаны на покаянном полутоновом ниспадании. Середина же («Я погряз в глубоком болоте») открывается поступенно восходящим движением и в молитвенном порыве расширяет исходную интонацию до тематического комплекса «тесноты / простора», увлекая за собой и обрамляющие, «фоновые» голоса к кульминации, за которой следует плавный спад по ступеням хроматического звукоряда, символизирующий истощение сил в «ожидании Бога моего».

Но порыв оказывается не напрасным. В самом конце затухающей коды краткий сольный вокализ сопрано, подобно прорвавшемуся сквозь тучи лучу, как бы подаёт знак: молитва услышана. Педальный малый нонаккорд неожиданно обретает мажорную терцию.

VII номер, «Готово сердце моё» — тихая, прояснённая смирением коллективная молитва, концентрация духовных сил перед хвалебным гимном. Отсюда и особая стройность трёх-пятичастной формы: наиболее протяжённые и эмоционально насыщенные «чётные» разделы повторяются точно, а опорные нечётные — варьируются. Строго поступенное движение лишь в кульминации срединных эпизодов нарушается скачком на квинту, иллюстрирующим слова «и до облаков истина Твоя». В этот момент шестиголосные полиаккордовые дублировки темы уступают место сопоставлению трёхголосных пластов мужской и женской групп хора, и в диатонику прокрадывается уже было преодолённая интонация стона.

Финал концерта, «Возлюблю Тебя, Господи» — самая масштабная часть, не просто итог долгого развития, но *новая песнь*. Именно здесь псалмовый текст окончательно растворяется в «Аллилуйе» — «песне радости без слов», (Августин Блаженный). А многочисленные темы, связанные с комплексами стона, призыва, молитвенного песнопения, постепенно сливаются в многократно продублированный в разных октавах кластер семиступенного мажорного звукоряда на басу *е.*

Максимально используя возможности смешанного хора, Подгайц разделяет в этой части каждую партию женской группы на пять голосов, а каждую мужскую — на четыре. Однако звуковая масса разворачивается постепенно, от двухголосия до вибрирующей обертонами восемнадцатиголосной вертикали, заполняющей всё звуковое пространство.

Развёртывание осуществляется вариантными строфами. В крупном плане таких строф две, и каждая из них состоит, условно говоря, из запева, где интонируется псалмовый текст, хотя и не воспринимаемый на слух по причине полиритмии и имитаций, и припева, основанного на припевном слове «Аллилуйя». При этом в запевах складывается последовательность малых волн, разрастающихся по направлению к припевам.

Внутри каждой волны запева подъём и спад создаются наложением разнотемных канонов в различных группах хора. Но если в псалмовых строфах господствует микрополифония и количество тем в основном соответствует числу канонов, то «Аллилуйя» основана на постепенном переходе от полифонической фактуры к аккордовой. Каноны незаметно уступают место перекличкам трёх групп хора (без теноров), которые вот-вот сольются в аккордовую речитацию.

Во второй строфе при переходе к Аллилуйе возникают несколько фонтанирующих всплесков звучности в разных пластах звукового пространства. И лишь после каденционной стретты четырнадцати верхних голосов начинается заключительная стадия подъёма к генеральной кульминации — скандированию свёрнутого в вертикаль звукоряда в синкопированном ритме, неожиданно напоминающем о ритуальном танце V части. Достигнув апофеоза, Подгайц незаметно «притормаживает» движение: экзальтация, исступлённое ликование неуместны в хвалебной песне. Поэтому длительности постепенно укрупняются, движение замедляется, и скандирование переходит в опевание финального семиступенного кластера. Здесь композитор заставляет исполнителей применить всё свое мастерство, чтобы после долгих педальных звуков и постепенного движения в крупных длительностях сохранить достаточный запас сил и дыхания для crescendo на заключительном семизвучии.

В редакции «Псалмов» для детского хора композитор существенно переработал партитуру. Помимо изменений чисто технического характера, обусловленных физиологическими особенностями детских голосов и связанных с сокращением партий в хоровой вертикали (пятиголосье встречается только в IV номере, в основном же преобладает трёх- и четырёхголосье) и минимизацией использования верхних участков певческого диапазона, упростилась сама форма концерта: вместо нескольких витков спирали здесь образовались два хоровых раздела, или малых цикла — G-dur-moll'ный (I—IV номера) и A-dur/moll'ный (VI—VIII номера), связанные реминисценцией в финале варианта остинатной формулы «Благословен Бог» из IV части. Ритуальный танец «промежуточного финала» заменила оркестровая интермедия «Смятение» (V часть), дающая детскому хору возможность передохнуть, а заодно освобождающая его от необходимости выражать негативные эмоции. Здесь музыкальный материал новый, но отдалённая связь с первоначальной версией ощущается в опоре на тритон, иррегулярном ритме и многократно повторяемой последовательности параллельных квинт-нонаккордов, дублирующих краткую узкообъёмную попевку.

В Прологе и в VII номере (равно как и в отдельных разделах других частей) композитор ограничился передачей оркестру ряда хоровых партий, а также оркестровой дублировкой частично упрощённой хоровой фактуры. Кроме того, стремясь избежать излишнего форсирования звука в верхнем регистре, он транспонировал III часть на тон вниз.

Более существенны изменения во II части, где вместо ostinato басов появилось моторное оркестровое вступление, основанное на фигурации по звукам разложенного d moll'ного трезвучия над колокольными ударами баса. Это не только «нацелило» хор на начальный аккорд, но придало музыке бóльшую напряжённость, превратив коллективную молитву в Allegro dramatico.

В IV номере оркестр также «настраивает» хор на основную тональность, которая изменена по сравнению с вариантом для смешанного хора (G-dur,

вместо доминантового лада A-dur, при сохранении мелодического рисунка большинства голосов). Транспозиция части, как и в III номере, позволяет создать более комфортные условия для звучания детских голосов. Просветлённое настроение усиливается благодаря снятию вступительного гетерофонного вокализа. Благодаря этому в драматургии целого данная часть приобретает новый смысл: она воспринимается теперь как «промежуточный финал» первой, G-dur'ной половины концерта.

В начале второго «малого цикла» (VI часть) композитор явно пытается преодолеть «Смятение» оркестровой интермедии. В полумраке вспыхивают разрозненные звуковые точки — как бы дрожащие репетиции септолей, им отвечает робкий стон, и лишь затем вступает ostinato басов в оркестре.

Полностью переработан финал концерта, что отразилось и в смене названия — «Аллилуйя», как в финале «Весенней мессы» для детского хора, органа и ударных (1996). От исходной версии «Псалмов» здесь сохранились лишь опора на семизвучный звукоряд A-dur (правда, не в доминантовом, а в основном виде), каноническая имитация начальной темы, выполняющей роль рефрена и своеобразного cantus firmus, и аккордовая кода. С тем, чтобы упростить хоровую фактуру, в заключительных тактах A-dur'ный кластер был передан оркестру. И хотя диапазон вокального звучания захватывает здесь *gis*^{2}, исполнение высоких нот облегчается отсутствием многочисленных divisi.

Новый вариант финала оказался настолько убедительным, что в 2009 г. композитор выделил две заключительные части в отдельное сочинение для смешанного хора и камерного оркестра.

Как видим, неоднократно возвращаясь к дорогому для себя сочинению, Подгайц неуклонно совершенствует его драматургию и форму, «отжимает» менее существенное, концентрируясь на ключевых образах. Этому в немалой степени способствует ориентация на юных исполнителей и детскую аудиторию, для которых предназначена подавляющая часть всей хоровой музыки композитора. Великолепно изучив психологию и физические возможности начинающих певцов в ходе более чем тридцатилетнего сотрудничества с детской хоровой школой «Весна», Подгайц создал в новой редакции «Псалмов», а особенно — в «Аллилуйе» для детского хора, музыку «общечеловеческих смыслов, артикулированных детским голосом и просвеченных светом детской души» [1].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Дружкин Ю.* Глядя из нулевых. Официальный сайт Ю. Дружкина: http://druzus.narod.ru/zero.htm, 2010.

2. *Свящ. Чистяков Г.* Немая музыка псалмов. Слово и музыка: сб. тр. Московская государственная консерватория им. П.И. Чайковского. М.: МКГ, 2002. Вып. 36. С. 86 92.

Сведения об авторе:

Марцинкевич Анна Алексеевна
e-mail: marzipany4@gmail.com

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГОЛОСА

ПЕВЧЕСКИЙ ГОЛОС: ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ИЗУЧЕНИЯ

© Ефимова Н.И., 2011

д-р искусствов., проф., проректор по научной работе ФГОУ ВПО «Академия хорового искусства имени В.С. Попова» (ректор – Н.Н. Азаров)

(доклад на научно-практической конференции «Междисциплинарные проблемы голоса» 14–15 апреля 2011 г., посвящённой 35-летию омского областного фониатрического центра)

Идея сблизить научные дисциплины хранит в своём историческом архиве большое количество примеров, утвердившихся позиций и мнений, которые в тот или иной отрезок истории начинают функционировать в качестве порождающих моделей, уводя от привычного уюта «узкопрофильного» научного интерьера в область многомерного знания. Среди таких идей в изучении певческого голоса можно назвать междисциплинарную идею рубежа XIX – XX века, продвижение которой в отечественной науке о голосе обозначило новый вектор поиска научной истинности. Здесь изучение певческого голоса сосуществовало одновременно в разнонаправленных и взаимопроникающих измерениях интеграционных инициатив, начавших движение к созданию системного и объективного знания.

Широко, обстоятельно и полемично обсуждались тогда вопросы осмысления и применения в вокальной педагогике физиологических законов, законов акустики. Тематика научных докладов, обсуждаемых, к примеру, в Обществе вокальных педагогов и нашедшая отражение в хрониках журнала «Музыкальный современник» 1915–1916 годов, позволяет оценить спектр интересующих проблем. Приведу некоторые из тем докладов: «Законы перистальтического движения в физиологии дыхания» (Я.Ф. Вербов),), «О причинах детонации у певцов» (О.Ф. Сеффери), «Методика постановки певческого звука в связи с физиологией и акустикой голосовых органов с применением к вокальной педагогике» (С.М. Сонки), «Механика дыхания при

пении» (Л.А. Тычинский), «К вопросу о фонастении (профессиональном заболевании голоса учащихся пению и артистов) и лечении её механическими средствами и гимнастикой» (М.С. Эрбштейн), «О некоторых профессиональных заболеваниях голоса певцов и ораторов, их причинах, предупреждении и лечении» (М.С. Эрбштейн), «О единой номенклатуре в вокальной педагогике, физиологии и патологии певческого голоса» (М.С. Эрбштейн). И этот перечень можно продолжать.

В подобных работах ощутима определившаяся ко второй половине XIX века мировая тенденция к влиянию смежных наук. Именно в её рамках, благодаря синтезу многих направлений (акустики, психологии, физиологии), вокальная педагогика стремилась найти путь к универсализму. По собственному признанию известного физика и физиолога Германа Гельмгольца, он «старался установить связь наук», а именно «связи физической и физиологической акустики с музыкальной наукой и эстетикой». Известный вокальный педагог Станислав Сонки, учитывающий в своей «Теории постановки голоса» учение Гельмгольца, также прямо указывал, что его теория появилась «вследствие приобретаемого мною опыта, как профессора пения, а также вследствие постоянных моих работ как в применении физиологических законов к образованию певческого звука, так и ларингоскопических исследований в этой области». Общеизвестный факт: активный подвижник междисциплинарной идеи, идеи межинституационального сотрудничества, Станислав Сонки, организовал в постреволюционной России при Ленинградском Центральном Доме искусств научно-вокальную секцию, к работе в которой он привлёк 85 ленинградских вокальных педагогов, а также 20 научных специалистов по физиологии, ларингологии, рефлексологии, психологии и акустике. Неслучайно в специальном исследовании Е. Шарма, посвящённом изучению научного наследия С. Сонки, читаем: «Поиски междисциплинарных связей между науками позволяют считать С.М. Сонки одним из новаторов в этой области».

В тех исторических условиях, когда отечественная вокальная педагогика делала свои первые шаги, когда по общей оценке ситуации в этом деле было много сложностей, ясное целеполагание и чёткое осознание своих задач помогали организовать начатое.

«Ни одна из свободных профессий не представляет такого широкого и благоприятного поля деятельности для всякого рода самозваного шарлатанства как вокально-педагогическая профессия. Под флагом безответственности и безнаказанности целой армией самозваных профессоров пения открыто, без всякого стеснения совершается возмутительное по своей наглости издевательство и преступное посягательство на голос и здоровье человека <... >. ... они безнаказанно занимаются <....> экспроприацией голоса и вредят здоровью наивной и доверчивой публики». Этот фрагмент доклада М.И Тихонова, прочитанного в 1909 году в Санкт-Петербургской консерватории и опубликованного в «Русской музыкальной газете», достаточно ёмко характеризует исторический фон столетней давности. Любопытно, что сегодня градус остроты вопроса формирования вокального аппарата, совершенствования вокально-технической подготовки не снижается.

Сегодня, по мысли известного педагога и фониатра В.Л. Чаплина, несмотря на то, что арсенал исторического прошлого даёт нам много ценных и полезных способов работы с вокальным аппаратом, вокальная школа всё же «накопила бесконечное множество противоречивых и запутанных приёмов, разобраться в которых очень сложно». Именно поэтому представляется особенно важным искать новые пути междисциплинарных сближений, способные исправить новейшую ситуацию.

В профессиональной педагогике сегодня речь следует вести о соответствии знания предмету познания, о соответствии его объективного содержания практической ситуации применения в деле развития певческого голоса, вокального аппарата.

Наука фиксирует,что техника пения вмещает в поле своего рассмотрения ***две*** предметные сферы:

1) собственно музыкальную;
2) внемузыкальную, основанную на физиологических ощущениях.

От их верной координации зависят пространственные ощущения звучания диапазона, которые влияют на формирование звука, на ощущение высоты его интонирования, на общий тонус звучания голоса, на характер и степень напряжённости последнего. Вполне очевидно, что владение знанием в той и другой сферах обеспечивает педагогу, в конечном итоге, возможность успешной фонической реализации поставленных перед обучаемым задач. Ведь научные доказательства, основанные на законах физиологии, биоакустики, профессиональной педагогики, психологии, подтверждённые экспериментально и вводимые в педагогический обиход, начинают участвовать в производстве нового знания о предмете, обеспечивают обоснованность педагогического поиска. Будучи включёнными в процесс производства профессионального и теоретического знания, субъективные представления педагогов-певцов, их эмпирический опыт, постепенно встраиваются в модель, возведённую на основе изучения общих процессов, объективно происходящих в голосовом аппарате. Критерием применяемости здесь служит непосредственная установка на взаимообусловленность теоретического знания и практического умения.

Данная установка является стратегической в Академии хорового искусства имени В.С. Попова. Её реализация осуществляется через соединение объективных научных данных о работе фонационного аппарата с конкретными физиологическими и исполнительскими возможностями того или иного учащегося или студента, опытом практической работы педагога, с тем, чтобы обеспечивать возможность успешной реализации поставленных образовательных задач и, в известной степени, прогнозировать достоверный результат. В данном процессе важную роль выполняет Лаборатория физиологии и патофизиологии голоса Академии. Наша модель работы – это целенаправленно выстроенная программа взаимодействия педагогов-вокалистов и специалистов фониатров, которые ведут двуединый процесс профессионального становления. Базисной основой здесь выступает интегративная совокупность знаний, сочетающих в себе научно-теоретическую и практико-ориентированную направленность, профессиональную подготовку в

классах хорового и сольного пения. Ключевыми механизмами реализации нашей модели являются:

— приведение системы профессионального певческого образования в оптимальное соответствие с ситуацией Новейшего времени;

— разработка образовательных программ в классах специальности с учётом диагностики состояния вокального аппарата, его физиологии;

— создание комплексной системы мер, направленных на сохранение традиций научно-педагогической и исполнительской школ, на соблюдение принципов консенсуса в гигиене голоса (особенно мальчикового детского в период мутации), сознательное стремление подобрать те приёмы развития, которые подходят для наиболее полного раскрытия конкретных возможностей при бережном отношении к ученику;

— разработка программ целевой переподготовки профессиональных кадров в данной отрасли;

— апробации новых методик и их активное внедрение в учебный процесс.

Данный опыт целесообразной организации образовательного процесса весьма плодотворен. Он способствует позитивному развитию процесса формирования певческого голоса и, в известной мере, актуализации спроса на научно- и учебно-методические разработки нашей Лаборатории. Кроме того, он отвечает общей потребности объединить и соотнести уникальные накопленные научные результаты, наблюдения, творческие умозрения в кругу тех, кто исследует певческий голос, работает над его формированием и размышляет о нём.

Остаётся лишь добавить, что современная культурная и музыкально-образовательная парадигма вбирает в себя знание столь многомерно, а движение исследовательской мысли направлено к столь широким и глубинным сферам музыкального, что выход современной науки о музыке на междисциплинарные основы вновь становится неизбежным и плодотворным.

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Владимир Петрович Морозов

НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Невербальная (т.е. несловесная) коммуникация — интонация голоса, жест, поза, мимика — важнейшее наряду с вербальной (речь) средство общения и взаимопонимания людей.

Автор книги — В.П. Морозов — Лауреат Всероссийской национальной премии «За изучение голоса», Почётный член Российской общественной академии голоса, академик Международной академии творчества, доктор биологических наук, профессор. Известен читателям по его ранее изданным книгам: «Вокальный слух и голос» (1965), «Тайны вокальной речи» (1967), «Биофизические основы вокальной речи» (1977), «Занимательная биоакустика — рассказы о языке эмоций» (1983, 1987), «Художественный тип человека» (1994), «Искусство и наука общения: невербальная коммуникация» (1998), «Искусство резонансного пения» (2002, 2008) и др.

Данная монография обобщает многолетний опыт автора в форме избранных трудов (статьи, монографии, патенты и др.) по экспериментально-психологическому исследованию невербальной коммуникации (НК) в системе речевого общения и вокального искусства. В соответствии со сложной психофизиологической и акустической природой предмета исследования — речи и голоса человека — в работе реализован междисциплинарный, комплексный и системный подход с применением акустических, физиологических, психологических методов и специально разработанных автором компьютерных технологий.

Представлена наиболее полная классификация различных видов НК и даются их психологические характеристики. Описываются особенности НК по сравнению с вербальной. Обосновывается предложенная автором модель двухканальной (вербально-невербальной) структуры общения. Работа вносит ряд новых понятий в теорию и практику речевого общения и вокального искусства — «эмоциональный слух», «вокальный слух», «психологический портрет человека по невербальным особенностям его речи (голоса)», «психологический детектор лжи» и другие.

На основе исследований невербальных особенностей голоса вокалистов разных профессиональных уровней и квалификации, включая выдающихся мастеров вокального искусства, разработаны основы резонансной теории искусства пения, компьютерные методы диагностики и развития вокальной одарённости.

Изложенные в книге новые методы и результаты исследований ориентированы на широкое научно-практическое применение в психологическом тестировании, профессиональном отборе, педагогике, лингвистике, сценической речи, ораторском, дикторском, вокальном и других видах искусства, имиджелогии, медицинской психологии, фониатрии, криминалистике и в других дисциплинах.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТЧЁТЫ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ГОЛОСА

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ О ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГОЛОСА»

© Доронина Л.М.[1], Кривых Ю.С.[2], 2011

1. врач-отоларинголог, фониатр, 2. логопед, фонопед
БУЗ ОО «Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области» (главный врач — В.Г. Бережной);
Общероссийская общественная организация «Российская общественная академия голоса» (Президент — Л.Б. Рудин)

14—15 апреля 2011 года в г. Омске в Государственном драматическом театре и ТОК «Флагман» состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарные проблемы голоса», посвящённая 35-летию Омского фониатрического центра и приуроченная к международному Дню голоса.

В конференции приняли участие: оториноларингологи, фониатры, фонопеды, терапевты, хирурги, педиатры, эндокринологи, неврологи, нейрохирурги, инфекционисты (взрослые и детские), аллергологи, логопеды, психологи, вокальные и речевые педагоги общей численностью 335 человек. Из них из Омска и Омской области — 253 специалиста, иногородних — 76, из стран дальнего и ближнего зарубежья — 6 человек.

В ходе конференции обсуждались вопросы: состояние и перспективы фониатрической службы в России; актуальные вопросы в диагностике, лечении и профилактике функциональной и органической патологии гортани; клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха; онкопатология гортани; влияние заболеваний вну-

Выступление Ю.В. Ерофеева

Президиум конференции

Выступление В.Г. Бережного

Золотой рефлектор

тренних органов на состояние ЛОРорганов; реабилитация голосовых расстройств; охрана и гигиена детского певческого голоса; воспитание речевого голоса.

Первый день конференции прошёл в старинном красивейшем здании Омского государственного академического театра драмы. Повестка дня была насыщенной. Открытию конференции предшествовало звучание гимна Российской общественной академии голоса, затем на сцену поднялись вокалисты Омского государственного музыкального театра и солисты Омской филармонии, которые приветствовали гостей конференции вокальной композицией «Весенние голоса», продемонстрировав всю тональность и диапазон голоса. Это было столь необычно и красочно. Далее был показан документальный фильм под названием «Во весь голос» об истории, этапах становления, развития, совершенствования фониатрической службы в Омской области. Открыл конференцию министр здравоохранения Омской области Юрий Владимирович Ерофеев. В своём выступлении он доложил о значимости данного мероприятия, подчеркнул связь с другими науками, высоко оценил работу фониатрического центра в Омске. С приветственным словом выступил главный врач БУЗОО «КМХЦ МЗОО» В.Г. Бережной. Далее были заслушаны доклады профессора Ю.А. Кротова и Л.М. Дорониной. Затем слово взяли гости конференции. Е.В. Осипенко и О.С. Орлова зачитали поздравительный адрес

к 35-летию Омского фониатрического центра от директора ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» Н.А. Дайхеса и наградили основателя службы Л.М. Доронину за её вклад в развитие фониатрии высокой наградой Всероссийского общества оториноларингологов «Золотой рефлектор». Далее слово взяла руководитель отдела патофизиологии голоса и речи Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи Ю.Е. Степанова и зачитала приветственный адрес от Янова Ю.К. – Президента Правления Российского общества оториноларингологов, главного оториноларинголога г. Санкт-Петербурга. Программные доклады ведущих специалистов в области фониатрии и фонопедии (Ю.Е. Степановой, Г.Ф. Иванченко, О.С. Орловой, Е.В. Осипенко, Л.Б. Рудина, С.Г. Романенко, Т.Г. Милоченко, Е.А. Бачериковой и др.) были познавательны, интересны, наполнены новизной в данных отраслях науки и вызвали немалый интерес у участников конференции. В фойе театра работала выставка 15 фармацевтических компаний, которые представили новые препараты в области фониатрии и оториноларингологии. Также работала книжная ярмарка, на которой участники конференции имели возможность приобрести литературу, касающуюся голоса и имеющуюся в распоряжении Академии голоса. Все гости конференции получили сертификаты участника конфе-

Выступление Ю.Е. Степановой

Сотрудники Омского фониатрического центра у стенда с литературой Российской общественной академии голоса

Награждения сотрудников центра

Знак Почёта Российской общественной академии голоса

Музыкальные поздравления

Второй день конференции

(Слева направо) Самарина С.И., Милоченко Т.Г., Кротов Ю.А., Орлова О.С., Доронина Л.М.

ренции, оригинальные портфели с научными трудами, дарственную книгу Л.М. Дорониной, блокноты, ручки. Завершился первый день конференции торжественным концертом в честь 35-летия фониатрического центра, в котором приняли участие более 140 артистов Омска и Омской области. Коллектив центра торжественно был награждён благодарственным письмом от Губернатора Омской области Л.К. Полежаева, от Министерства образования, от Министерства культуры, грамотами от Министерства здравоохранения Омской области, которые были вручены министром Ю.В. Ерофеевым. В торжественной обстановке Президент Российской общественной академии голоса Л.Б. Рудин вручил Дорониной Людмиле Михайловне высокую награду Академии — Знак Почёта — за её вклад в отечественную фониатрию и служение голосу. В театре царила праздничная обстановка, много цветов и в кульминации концерта на сцене и в зале были выпущены хлопушки с серпантином. Гости этого мероприятия были заворожены и отметили настоящий праздник на Омской земле.

Второй день конференции был проведён в 2-х конференц-залах ТОК «Флагман». В первом зале было продемонстрировано новейшее и высокоэффективное оборудование фирмы Карл Шторц:

видеоларингоскопы, фиброскопы, что привлекло большое внимание специалистов из других регионов. Во втором конференц-зале прошли 3 интереснейших мастер-класса: Т.Г. Милоченко, О.С. Орловой, Л.В. Назаровой. Л.В. Назарова показала видеоматериал по логопедической гимнастике, который вызвал интерес не только у специалистов педагогики, но и представителей медицины, большое количество участников желали приобрести видеоматериал для наглядного и демонстративного пособия в повседневной практике. Также были прослушаны программные доклады по проблемам голоса. В завершении 2-го дня была принята резолюция по итогам научно-практической конференции, в которой было отмечено, что в целом конференция прошла очень продуктивно, способствовала выработке единых требований для фониатрических служб регионов России, а также активизации профессиональных контактов участников конференции. Президиум конференции выделил следующие положения:

- позитивное и профессиональное мастерство участников конференции;
- значительную географию участников;
- видимые перспективы и научные связи со смежными дисциплинами и их динамичное развитие.

В заключении было организовано посещение Омского фониатрического центра, где были продемонстрированы кабинеты, имеющееся оборудование, показаны видеоматериалы по результатам лечения голосовых расстройств в центре с помощью видеоларингостробоскопического оборудования фирмы Карл Шторц и системы архивирования данных «Аида».

В рамках конференции были проведены культурные мероприятия: обзорная экскурсия по городу с посещением самого современного в России театра кукол «Арлекин», посещение музея им. Врубеля, где гостям удалось побывать в закромах музея – реставрационных мастерских, а также посещение лучших театров Омска.

Большой резонанс и высокую оценку получил Омский фониатрический центр БУЗОО «КМХЦ МЗОО». Ведущими специалистами ФМБА было высказано мнение, что это одно из лучших подразделений, на которое равняется вся Россия подобных служб.

Гости и участники оставили много пожеланий и благодарностей в адрес Правительства Омской области, Губернатору Л.К. Полежаеву, Министру здравоохранения Ю.В. Ерофееву и главному врачу БУЗОО «КМХЦ МЗОО» В.Г. Бережному.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ О ПРОВЕДЕНИИ СЕМИНАРА «ГИГИЕНА ГОЛОСА ПЕВЦА» В МАРИИНСКОМ ТЕАТРЕ

©Швалёв Н.В., 2011

Председатель отделения «Санкт-Петербургское» Российской общественной академии голоса, представитель Президиума Академии в Северо-западном Федеральном округе

28 апреля 2011 г. в рамках празднования международного Дня голоса в одной из аудиторий Мариинского театра прошёл, ставший уже традиционным, семинар «Гигиена голоса певца». Семинар для вокалистов, студентов и вокальных педагогов провели канд. мед. наук, доц. Л.Б. Рудин и канд. мед. наук Н.В. Швалёв.

Предметом обсуждения стал широкий спектр вопросов профилактики и лечения заболеваний, влияющих на голос.

В своём выступлении Н.В. Швалёв осветил круг соматических проблем, влияющих на голос: состояние нервной, эндокринной систем, ЖКТ, ЛОР патологии и прочее. Остановившись на особенностях анатомии, гистологии и физиологии голосового аппарата, Н.В. Швалёв затронул вопросы структуры патологии голоса, привёл примеры наиболее характерных состояний голосовых складок при часто встречающихся патологиях голоса. Особо была подчёркнута роль голосового режима певца — адекватность нагрузки, опасность пения женщинам в определённые дни менструального цикла и в больном состоянии.

На семинаре обсуждались заболевания, требующие хирургического лечения. В качестве примера была

продемонстрирована техника удаления узелка голосовой складки, показаны состояния гортани до и после хирургического вмешательства. Н.В. Швалёв продемонстрировал положительную динамику на спектрограмме вокалиста до и после операции, также прозвучали фонограммы голоса этого вокалиста.

Из числа слушателей семинара были приглашены добровольцы, на которых в режиме реального времени путём видеоэндоскопии была произведена демонстрация работы голосового аппарата вокалиста в различных режимах.

В выступлении Л.Б. Рудина освещался широкий круг вопросов гигиены и профилактики заболеваний голоса. Подчеркнув значение первичной, вторичной и третичной профилактики, отдельно были обсуждены такие их компоненты, как: закаливание, диета, проблема курения, оптимизация голосовых нагрузок, гигиена труда, гигиена жилища. Было разъяснено, каким образом репетиционный график, исполнение разнохарактерных партий за короткий промежуток времени, повышенная температура воздуха от осветительных приборов, тяжёлые закрытые костюмы в тёплое время года, пыль декораций, грим, работа на открытых площадках влияют на профессиональную деятельность певца. Л.Б. Рудин осветил пути снижения психического напряжения, необходимость дифференцирования голосовой нагрузки, затронул вопросы работы в театрах различных типов.

В выступлениях докладчиков особо подчёркивалось отрицательное влияние курения на состояние здоровья певца в целом и голосового аппарата в частности.

Участники семинара с большим интересом прослушали выступления, задали множество вопросов,

приняли активное участие в развернувшейся дискуссии.

После семинара участникам были вручены сертификаты, информационные материалы, а также образцы препарата «Тантум Верде».

Большим спросом пользовалась предложенная слушателям литература по проблемам голоса.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ О ВСТРЕЧЕ Л.Б. РУДИНА С ПЕДАГОГАМИ ФАКУЛЬТЕТА ИСКУССТВ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

24 мая 2011 г. Президент Российской общественной академии голоса Лев Борисович Рудин провёл встречу с педагогами факультета искусств Ставропольского государственного университета, которую организовала Народная артистка России, проф., Председатель регионального отделения «Ставропольское» Ольга Григорьевна Мещерякова. Встреча была посвящена деятельности Академии, а также обсуждению возможности проведения в г. Ставрополе отдельных мероприятий Академии. Так, декан факультета Наталья Владимировна Руднева высказала идею о проведении в 2013 г. при участии Университета первого Съезда Российской общественной академии голоса, что было решено вынести на обсуждение Президиума и Координационного совета Академии.

Встреча прошла конструктивно, участники задали много вопросов, в том числе по правилам публикаций материалов в журнале «Голос и речь». Также было принято решение о проведении в 2012 г. в г. Ставрополе краткосрочных курсов повышения квалификации.

(Слева направо) Рудин Л.Б., Мещерякова О.Г., Руднева Н.В., Мельникова И.И.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Демидовой Нине Матвеевне – 80 лет

2 мая исполнилось 80 лет ведущему преподавателю Архангельского музыкального колледжа, Заслуженному работнику культуры РФ, члену Российской общественной академии голоса Нине Матвеевне Демидовой.

Получив отличную вокальную школу, многие из выпускников Нины Матвеевны состоялись как известные педагоги, солисты филармоний, оперных и музыкальных театров России, а также США, Норвегии, Италии, Сирии, Финляндии и других стран мира. Семь учеников стали заслуженными артистами РФ, четырнадцать – лауреатами и дипломантами различных конкурсов. Среди них – Лауреат Государственной премии РФ, солистка Мариинского театра оперы и балета Лариса Гоголевская, Лауреат международных конкурсов Маргарита Валиулина, Лауреат конкурса им. Беллини (Италия) Мария Крикорова.

Нина Матвеевна и сегодня с большой творческой отдачей работает в музыкальном колледже, является эталоном педагогического мастерства. В марте 2010 года она стала лауреатом Гран-при I Всероссийского фестиваля-конкурса вокальных и речевых педагогов, проводившегося Российской общественной академией голоса. Ей было присвоено почётное звание «Хранитель традиций русской вокальной школы».

Для Нины Матвеевны этот год знаменателен ещё одной юбилейной датой – 60-летием профессиональной деятельности.

Президиум Российской общественной академии голоса сердечно поздравляет юбиляра и желает крепкого здоровья, неутомимой энергии и благополучия.

Президиум Российской общественной академии голоса поздравляет с награждением

Почётной грамотой Академии:

главного врача БУЗОО «КМХЦ МЗОО»
Бережного Вадима Геннадьевича
(за большой вклад в организацию и проведение конференции, посвящённой 35-летию Омского фониатрического центра),

Кривых Юлию Сергеевну
(за большой вклад в организацию и проведение конференции, посвящённой 35-летию Омского фониатрического центра, активное участие в деятельности Российской общественной академии голоса);

Благодарностью Академии:

Гаращенко Татьяну Ильиничну,
Панкратову Людмилу Николаевну
(за активное участие в деятельности Российской общественной академии голоса).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздравсоцразвития России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 20284
от "25" марта 2011 г.

П Р И К А З

28 февраля 2011 г. № 155н

Москва

Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология»

В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст.1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст.21; № 43, ст. 5084) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» согласно приложению № 1;

Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология» согласно приложению № 2.

Министр Т.А.Голикова

КОПИЯ ВЕРНА
Советник Общего отдела
Л.А. Башмакова
28 февраля 2011 г.

Далее приводим выдержки из Приложений к данному Приказу, касающиеся пациентов с заболеваниями голосового аппарата. С полным текстом Приказа можно ознакомиться на сайтах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской общественной академии голоса.

Приложение №1
к Приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. N 155н

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

13. В случае подозрения или выявления у больного заболевания голосового аппарата, в том числе у лиц, деятельность которых связана с голосовой нагрузкой (сотрудников учреждений культуры, студентов и абитуриентов музыкально-драматических, педагогических и других учебных заведений), в оториноларингологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения или в оториноларингологическом отделении медицинской организации больной направляется в оториноларингологический кабинет, оказывающий фониатрическую помощь, для проведения дифференциальной диагностики, определения тактики лечения и проведения необходимых лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения.

17. В случае подозрения или выявления у больного заболевания ЛОР-органов, связанного с профессиональной деятельностью, пациент направляется для получения медицинской помощи в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. №967 «Об утверждении Положения о расследовании и учёте профессиональных заболеваний» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, №52, ст. 5149).

18. При отсутствии в медицинской организации специализированных кабинетов (в том числе: оториноларингологического, оказывающего фониатрическую помощь, сурдологического, онкологического) пациент направляется в медицинские организации субъекта Российской Федерации или федеральные государственные организации, оказывающие данный вид медицинской помощи и имеющие в своём составе указанные специализированные подразделения или специалистов соответствующей квалификации в установленном порядке.

Приложение №1
к Порядку оказания медицинской
помощи населению по профилю
«оториноларингология»,
утверждённому Приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. №155н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности оториноларингологического кабинета медицинской организации (далее — Кабинет).

2. Кабинет является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь населению с оториноларингологическими заболеваниями (далее — заболевания ЛОР-органов).

8. Оториноларингологический кабинет, оказывающий фониатрическую помощь, рекомендуется организовывать также в учреждениях культуры (музыкальных, оперных театрах) со штатом солистов и артистов хора от 120 человек, драматических театрах со штатом артистов от 100 человек, образовательных учреждениях, где обучаются студенты вокальных и драматических отделений с количеством обучаемых студентов по данным специальностям от 250 человек.

9. На должность врача оториноларингологического кабинета, оказывающего фониатрическую помощь, назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утверждённым Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. №415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., №14292), по специальности «оториноларингология», прошедший тематическое усовершенствование по вопросам фониатрии.

10. Оториноларингологический кабинет, оказывающий фониатрическую помощь, осуществляет следующие функции:

- оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями голосового аппарата;

- проведение обследования и выдача медицинских заключений о состоянии голосового аппарата и отсутствии или наличии у лиц противопоказаний со стороны ЛОР-органов к голосовой нагрузке;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности при нарушениях голосовой функции;
- оказание оториноларингологической помощи больным с расстройствами голосового аппарата, после хирургических вмешательств на гортани, в том числе после частичных и тотальных резекций гортани;
- проведение видеоларингостробоскопии;
- проведение блокады гортанных нервов;
- исследование спектральных, форматных характеристик и вокального диапазона голоса;
- компьютерный анализ видеоларингоскопической картины;
- компьютерная акустическая оценка голоса в реальном времени;
- расшифровка данных компьютерного анализа голоса;
- фонетография;
- электроглоттография;
- электродиагностика нервно-мышечных нарушений гортани, электростимуляция с одномоментной фонопедией;
- фиброларингоскопия;
- аэрозольтерапия портативными ингаляторами;
- педагогическая коррекция голосовых нарушений;
- обеспечение амбулаторной малоинвазивной хирургической помощи при заболеваниях гортани взрослым больным, не требующей пребывания в стационаре;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения;
- ведение учётной и отчётной документации и предоставление отчётов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

11. Оснащение оториноларингологического кабинета, оказывающего фониатрическую помощь, осуществляется в соответствии со стандартом оснащения (приложение №3 к Порядку оказания плановой медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология», утверждённому настоящим Приказом).

Приложение №3
к Порядку оказания медицинской
помощи населению по профилю
«оториноларингология»,
утверждённому Приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. №155н

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Наименование медицинского оборудования, инструментария, изделий медицинского назначения	**Требуемое количество, шт.**
Рабочее место врача-оториноларинголога	1
Аппарат электрохирургический высокочастотный	1
Осветитель налобный	По числу должностей врачей-оториноларингологов
Набор инструментов для диагностики и хирургии в оториноларингологии	1
Лупа бинокулярная	1
Отоскоп, оториноскоп <*>	1
Баллон для продувания ушей	1
Риноскоп, риноларингофиброскоп	1
Сканер ультразвуковой для носовых пазух (эхосинускоп)	1
Негатоскоп	1
Аудиометр (аудиотестер)	1
Аудиометр импедансный, импедансметр ушной	1
Прибор для регистрации вызванной отоакустической эмиссии <*>	1
Набор камертонов медицинских	1
Крючок для удаления инородных тел из носа и уха	1
Комплект инструментов для осмотра ЛОР-органов	По требованию
Кресло вращающееся (Барани), (комплекс) для проверки и тренировки вестибулярного аппарата	1
Дополнительное оснащение оториноларингологического кабинета, оказывающего фониатрическую помощь	
Аппарат для реабилитации, саморегуляции с биологической обратной связью, психорелаксации и снятия стрессовых состояний	1
Ларингофарингоскоп	1
Компьютерная система диагностики голоса и речи	1
Набор инструментов для эндоларингеальной микрохирургии	1
Трубка трахеотомическая	10
Персональный компьютер, принтер	1
Секундомер	1
Пианино (электронное пианино)	1

Ларингостробоскоп (стробоскоп) электронный	1
Шумоинтегратор (измеритель шумов и вибраций)	1
Аппарат для нервно-мышечной электрофониатрической стимуляции	1

<*> Оборудование для оснащения детского оториноларингологического кабинета.

Приложение №5
к Порядку оказания медицинской
помощи населению по профилю
«оториноларингология»,
утверждённому Приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. №155н

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ДРУГОГО ПЕРСОНАЛА АМБУЛАТОРНОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Врачебный персонал	
Заведующий отделением — врач-оториноларинголог	1 должность на 30 врачебных должностей
Врач-оториноларинголог отделения	1,25 должности на 100000 прикреплённого взрослого населения 1,25 должности на 100000 прикреплённого детского населения
Врач-оториноларинголог, оказывающий фониатрическую помощь	1 должность на 400 000 прикреплённого взрослого населения 1 должность на 200 000 прикреплённого детского населения
2. Средний медицинский персонал	
Старшая медицинская сестра	1 должность на 20 должностей врача
Медицинская сестра	1 должность на 1 должность врача-оториноларинголога
3. Младший медицинский персонал	
Сестра-хозяйка	1 должность
Санитарка	1 должность на 3 кабинета
4. Педагогический персонал	
Логопед	1 должность на 1 должность врача-оториноларинголога, оказывающего фониатрическую помощь

Примечание:

Рекомендованная норма нагрузки врача-оториноларинголога на амбулаторном приёме:

консультативный приём — 30 мин.;

повторный приём — 20 мин.;

консультативный приём (на выезде) — 60 мин.

Рекомендованная норма нагрузки врача-оториноларинголога, оказывающего фониатрическую помощь на амбулаторном приёме, — 30 мин.

ОБРАЩЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА ВСЕМИРНОГО ГОЛОСОВОГО КОНСОРЦИУМА

Дорогие коллеги и друзья!

К своему величайшему удовольствию довожу до Вашего сведения, что 5-й Международный Конгресс WVC состоится в Люксоре, Египет, с 27 по 31 октября 2012 года.

Организационный комитет и я приглашаем Вас принять участие в этом очень важном, проходящем каждые два года, форуме в сфере вокалогии и ларингологии. На Конгрессе будут обсуждаться все проблемы в рамках данной темы, в особенности актуальные и противоречивые темы, а также темы образовательного характера. Курируют конгресс выдающиеся ведущие представители со всего мира. Программа представлена в широкой вариации форматов, которые подходят для каждой темы, включая мастер-классы.

Пожалуйста, насладитесь этим замечательным событием вместе с царями и царицами Древнего Египта на конгрессе под названием **«Голос в Долине Царей»**. На веб-сайте Вы легко сможете найти соответствующую информацию, включающую информационные письма с инструкциями по оформлению Вашего участия, а также подготовке Ваших устных и наглядных презентаций. Подробная информация о способе регистрации, стоимости и способах оплаты также включена.

Туристическое агентство Конгресса забронировало широкий выбор комнат для размещения на любой вкус и бюджет. Агентство с удовольствием примет Вашу предоплату за размещение в отеле, а также предложит Вам интересные культурные экскурсии внутри и в окрестностях Люксора, а также в любую точку Египта.

Поездка в Люксор, Фараоновы Фивы, не похожа на поездку ни в одно место Мира. По этой причине руководство Конгресса подготовило для Вас великолепную социокультурную программу экскурсий по археологическим раскопкам, открытым эксклюзивно только для участников нашего Конгресса. Ни один индивидуальный турист и ни одна маленькая экскурсионная группа никогда не получали доступ к этим местам. Все мероприятия тщательно продуманы, чтобы представить Вам Люксор с лучшей стороны. Дата Конгресса выбрана для того, чтобы Вы смогли насладиться великолепием Люксора при лунном свете!

Для Вашего удобства мы поместили на веб-сайт практическую информацию под заголовком «Прибытие в Люксор». Там содержится информация, касающаяся того, как добраться до Люксора, и о ситуации с погодой на время проведения Конгресса, а также на дни до и после, на которые приходятся рекомендуемые для посещения экскурсии. Также там собрана информация о формальностях при въезде в страну и прохождении таможни перед прибытием в Люксор. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с информацией, касающейся возможности встречи Вас в аэропорту по прибытии в Международный аэропорт Люксора.

Добро пожаловать в долину Нила и Люксор, страну истории, культуры, мира и гостеприимства.

VIII Всероссийская ЛОР конференция «Наука и практика в оториноларингологии»

Организатор: кафедра ЛОР болезней РГМУ.
Дата и место проведения: Москва, 14—15 ноября 2011 г.
Обратная связь: conf-lor@mail.ru

Ирландская ассоциация специалистов в области голоса и речи приглашает на конференцию «Свежий разговор: пища для размышления», которая состоится 24 и 25 ноября 2011 г. в Radisson Hotel, Golden Lane Dublin.

IASLT приглашает исследователей и клинических специалистов поделиться результатами своих исследований и своими успехами в области инновационных решений для обеспечения сервиса пациентам.

Направлять резюме устных и письменных презентаций по адресу conference@iaslt.ie

Европейское Сообщество Детской Оториноларингологии приглашает на XI Международный Конгресс, (ESPO2012), который пройдёт в Амстердаме 20—23 мая 2012 г. Конгресс будет проводиться в 5-звёздном отеле Grand Hotel Krasnapolsky, который расположен на площади Дам в историческом центре города. Темой ESPO2012 станет «детская оториноларингология: от опытных экспериментов до научно подтверждённой практики». Таким образом, конгресс объединит клинических специалистов и исследователей всего мира, которые посвятили себя изучению детской оториноларингологии. Программа включает пленарные лекции, дискуссии, обучающие сессии, презентации, а также будет предоставлена возможность интерактивных дискуссий.

В конце августа 2013 г. в Турине пройдёт XXIX всемирный конгресс Международной ассоциации логопедов и фониатров (IALP), коллективным членом которой является Российская общественная академия голоса. IALP — это старейшая организация, объединяющая учёных, преподавателей и других специалистов в области коммуникации, языка, голоса, речи, слуха.

Итальянское общество фониатров и логопедов радо пригласить всех желающих в Турин. Турин предлагает множество исторических достопримечательностей, таких как второй по величине в мире Египетский музей, Королевские крепости, включая знаменитую Венария Реале, которую также называют Итальянским Версалем, национальный музей автомобилей, Музей Кино и др.

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ В ЖУРНАЛЕ «ГОЛОС И РЕЧЬ»

- Авторы должны указать отрасль наук, по которой готовился представляемый материал.
- Материалы к публикации подаются в печатном (1 экземпляр на абонентский ящик Академии) и электронном виде (по электронной почте редакции). Печатный вариант должен быть подписан авторами (на каждой странице) и руководителем (научным или организации) (фамилия, имя, отчество, подпись).
- К печатному варианту рукописи прикладывается подписанный авторами лицензионный договор с редакцией в 2-х экз. (см. на сайте на странице журнала).
- В печатном варианте авторы обязательно указывают почтовый адрес с индексом, контактный телефон, факс, электронный адрес.
- В конце электронной версии статьи указывается фамилия и полностью имя и отчество авторов, контактная информация, которая будет указана при публикации в журнале.
- Представляемые к публикации научные статьи, интервью, мастер-классы, круглые столы должны быть объёмом примерно 12000 — 18000 печатных знаков с пробелами; случаи из практики, советы специалиста, тезисы, аннотации 3000 — 9000 знаков; обзоры, обобщающие статьи 18000 — 30000 знаков.
- Между соседними словами строго один пробел.
- Материалы должны быть представлены в виде одного файла (Microsoft Word).
- Теоретические научные статьи должны содержать в себе результаты исследований, выполненных с помощью таких методов познания, как абстрагирование, синтез, анализ, индукция, дедукция, формализация, идеализация, моделирование. Главенствующее значение имеют логические законы и правила.
- Статьи эмпирического характера хотя и используют ряд теоретических методов, но больше опираются на методы измерения, наблюдения, эксперимента и т.п. В заголовках этих статей часто употребляются слова «методика», «оценка», «определение» и т.п.
- Интервью (профессионально ориентированная беседа) содержит вопросы и ответы, напрямую соотносимые с темой научного труда.

- В титульной части рукописи указываются: название (заглавными буквами), фамилия и инициалы автора (авторов) с указанием (при наличии) почётного звания, учёной степени, учёного звания, занимаемой должности, полное наименование учреждения (по Уставу), откуда вышла статья, с указанием инициалов, фамилии и званий руководителя, резюме до 200 слов, ключевые слова, количество литературных источников. Резюме должно содержать данные о характере работы, методике её проведения и основных результатах. Авторы могут сопроводить титульную часть качественным переводом на английский язык.
- Научные статьи теоретического и эмпирического характера должны содержать введение, цели, задачи, объект (материалы) и методы, результаты и их обсуждение, выводы и рекомендации, список литературы.
- В интервью указывается его цель и задачи, основная часть, заключение.
- В научных обзорах, исторических и обобщающих сообщениях отражается состояние определённой проблемы. Состояние проблемы освещается в основном на основании литературных источников за последние 5 — 10 лет.
- В тексте можно использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Вводимые сокращения могут применяться только после упоминания полного термина.
- Устаревшие термины не должны употребляться (напр., голосовые связки, ложные складки, подсвязочное давление и т.п.).
- В соответствующих словах должна использоваться гласная «ё».
- Века пишутся римскими цифрами.
- При упоминании в тексте имён инициалы без пробела ставятся впереди фамилии, идущая далее фамилия отделяется пробелом от инициалов (И.И. Петров). В случае ссылки на автора в круглых скобках сначала пишется фамилия, затем через пробел инициалы, после запятой и пробела год публикации (Петров И.И., 2005).
- Кавычки выполняются только в виде двойных скобок-уголков: «...».
- В тексте статьи приводятся лишь ссылки на источники арабскими цифрами в квадратных скобках [1] в соответствии с порядковым номером в пристатейном библиографическом списке.
- Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщённые и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком; все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок, каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблиц не принимаются).
- В конце статьи в алфавитном порядке помещаются библиографические списки в соответствии с действующим ГОСТом Р 7.0.5 — 2008. Вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Автор может

указать не более 3-х своих предыдущих работ. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. За точность приведённых литературных источников и правильность их оформления ответственность несёт автор.

- В обзорах должны быть даны ссылки не менее, чем на 15 – 20 источников.
- Материалы не должны быть ранее опубликованы или направлены на публикацию в другие издания.
- Работу следует тщательно отредактировать как научно, так и стилистически.
- Реферативные сообщения не принимаются.
- В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).
- Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.
- Все материалы, поступающие для публикации, подвергаются рецензированию. Рецензенты работают со статьёй как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности. Замечания рецензентов направляются автору без указания имён рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора. В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое.
- Стоимость опубликования материалов, получивших положительную рецензию и принятых редколлегией, объёмом до 15000 знаков с пробелами составляет 1500 руб.; более 15000 знаков – 2000 руб. **Оплата производится после уведомления автора о принятии его рукописи к публикации.**
- Опубликование рукописей аспирантов, кандидатов в члены и членов Российской общественной академии голоса бесплатное.
- Стоимость срочной публикации 5000 руб. (для всех).
- Авторы, являющиеся членами Российской общественной академии голоса, пользуются внеочередным правом опубликования своих рукописей.

ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ, РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ И ОТКЛОНЕНИЯ СТАТЕЙ

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

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

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

В задачу рецензента входит:

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

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

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

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

• в случае отрицательной рецензии чётко аргументировать мотивы отклонения рукописи.

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

При публикации статьи указывается дата поступления исправленного варианта рукописи статьи.

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

ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ГОСТОМ Р 7.0.5 - 2008

Диссертация

Агапова Т.Н. Состояние голосового аппарата у больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение): дис. ... канд. мед. наук. М. 1997. 130 с.

Статья из сборника

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

Книги

До 3-х авторов

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

От 4-х авторов и более

Нестационарная аэродинамика баллистического полета / Ю.М. Липницкий [и др.]. М., 2003. 176 с.

Статья из журнала

До 3-х авторов

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

От 4-х авторов и более

Новые возможности повышения качества здоровья часто болеющих детей / Ильенко Л.И. [и др.] // РМЖ. 2008. Т. 16. №18. С. 1166 — 1169.

НАШИ КОНТАКТЫ:

Сайт Академии:
www.voiceacademy.ru

Электронный адрес:
foncentr@mail.ru

Телефон Академии:
(495) 726-97-60

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

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

Электронный адрес редакции:
golos.journal@gmail.com

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение **6**

Рыковская Н.В. **Душа и голос** **7**

Медицина

Анготоева И.Б., Исабаева Н.В.
Значение улучшения носового дыхания у пациентов
с нарушением голосовой функции 8

Аникеева З.И.
Влияние неблагоприятных условий труда
на заболеваемость вокалистов 13

Рудин Л.Б.
Этиопатогенетические принципы классификации заболеваний
голосового аппарата и формулировки фониатрического диагноза 21

Садретдинова Р.М.
Генетические и физиологические предпосылки в формировании
голоса у студентов вокальных отделений творческих вузов 30

Педгогика

Волосовец Т.В.
Структура социально-педагогической модели сохранения
и укрепления здоровья детей и возможности её реализации
(на примере промышленного города) 37

Есипова Т.О., Семёнова Л.М.
Изучение педагогической компетентности родителей,
воспитывающих детей с задержкой психического развития 47

Филиппов А.В.
К вопросу о вокальном дыхании 56

Искусствоведение

Марцинкевич А.А.
Песни печали и безграничной радости 67

Междисциплинарные проблемы голоса

Ефимова Н.И.
Певческий голос: опыт междисциплинарного изучения 76

Книжная полка

Морозов В.П.
Невербальная коммуникация:
экспериментально-психологические исследования 80

Официальные отчёты о деятельности
Российской общественной академии голоса
Доронина Л.М., Кривых Ю.С.
Официальный отчёт о проведении
научно-практической конференции с международным участием
«Междисциплинарные проблемы голоса» 81

Швалёв Н.В., 2011
Официальный отчёт о проведении семинара
«Гигиена голоса певца» в Мариинском театре.....86

Отчёт о встрече Л.Б. Рудина с педагогами факультета искусств
Ставропольского государственного университета 88

Поздравления 89

Информация

Приказ № 155н 91

Обращение Президента Всемирного голосового консорциума 97

Информация о VIII Всероссийской ЛОР-конференции
«Наука и практика в оториноларингологии» 98

Правила предоставления материалов к публикации
в журнале «ГОЛОС И РЕЧЬ» 99

Порядок принятия, рецензирования и отклонения статей 102

Примеры оформления библиографических ссылок.....103

Контакты 104