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 два раза в год

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНА

УДК: 616.28-008.1-053.-073

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУДИОЛОГИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ

© Махачева Х. Г.[1], Асхабова Л. М.[2], Дайхес Н. А.[3], 2014

1 — заслуженный врач Республики Дагестан (РД), канд. мед. наук, директор ГБОУ СПО «Дагестанский базовый медицинский колледж имени Р. П. Аскерханова», г. Махачкала;

2 — заслуженный врач РД, заслуженный деятель науки РД, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ (и. о. ректора ДГМА — д-р мед. наук, профессор Д. Р. Ахмедов), г. Махачкала;

3 — д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва.

Статья посвящена вопросам своевременного выявления врождённых нарушений слуха у новорождённых с целью коррекционных мер, необходимых для речевого и психоэмоционального развития ребёнка, так как поздняя диагностика нарушения слуха у детей первого года жизни ведёт к развитию тугоухости и глухоты и как следствие — к их инвалидизации. Аудиологический скрининг новорождённых позволяет на ранних стадиях заболевания диагностировать и лечить патологию слуха, а также выявлять детей с патологическим генотипом, но нормальным слухом, представляющих группу риска патологии слуховой функции.

Ключевые слова: аудиологический скрининг новорождённых, врождённая тугоухость, группа риска патологии слуха.

Библиография: 9 источников.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF AUDIOLOGICAL SCREENING RESEARCHES OF NEWBORNS

© Makhacheva Kh. G.[1], Askhabova L. M.[2], Daikhes N. A.[3], 2014

1 — honored doctor of the Republic of Dagestan (RD), candidate of medical sciences, director of State Budget Educational Establishment of Specialized Professional Education «Dagestan's base medical college called in name of R. P. Askerkhanov», city of Makhachkala;

2 — honored doctor of the RD, honored man of sciences of the RD, doctor of medical sciences, professor at sub department of public health and healthcare of the Faculty of advanced training and professional retraining for specialists State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education «Dagestan's state medical academy» of the Ministry of Health of the RF, (acting rector of Dagestan's state medical academy (DSMA) — D. R. Akhmedov, doctor of medical sciences, professor), city of Makhachkala;

3 — doctor of medical sciences, professor, director of Federal State Budget Establishment «Scientific-clinical center of otorhinolaryngology of the FMBA of Russia», Moscow.

The article devoted to the matters of modern identification of hearing damage for newborns with the purpose to take corrective measures which necessary for speech and psycho-emotional development of the child, because the delayed diagnostic of the hearing damage for the first-year born children leads to hearing loss and deafness and, as consequence, to their disability. The audiological screening of newborns allows make diagnostic and to treat the hearing pathology at early stages, and also to identify children which have pathological genotype but normal hearing whose represent the risk group of hearing function.

Key words: audiological screening of newborns, congenital hearing loss, risk group of hearing pathology.

Bibliography: 9 sources.

Своевременное выявление врождённых нарушений слуха является решающим условием для проведения коррекционных мероприятий, необходимых для речевого и психоэмоционального развития ребёнка.

Оптимальный в отношении прогноза речевого и психоэмоционального развития возраст постановки окончательного диагноза и начала реабилитационных мероприятий ограничен тремя — шестью месяцами жизни. Поздняя диагностика нарушения слуха у детей первого года жизни ведёт к развитию тугоухости и глухоты и как следствие к их инвалидизации [1, 2, 5, 9].

Схема аудиологического скрининга основана на анализе факторов риска и поведенческом скрининге согласно приказу Минздрава РФ № 108 от 1996 года. Основными критериями эффективности аудиологического скрининга, по мнению С. В. Левина [4], являются высокая чувствительность, специфичность, простота выполнения исследования, минимальная затратность в отношении времени проведения исследования.

Согласно рекомендациям Объединённого Комитета по скринингу детей для повышения эффективности универсальной скрининговой программы новорождённые, не прошедшие скрининг, должны составлять не более 4%, а число ложноположительных результатов, т. е. ошибочно выявленных — не более 3% от всей популяции обследованных [6—9].

Для повышения эффективности аудиологического скрининга у детей необходимо применение объективных методов исследования слуха, начиная с периода новорождённости [2, 3]. Метод отоакустической эмиссии (ОАЭ) обладает высокой степенью надёжности.

В настоящее время наиболее распространена методика проведения аудиологического скрининга, в основе которой лежит многоэтапная регистрация вызванной отоакустической эмиссии, определившая цель исследования — широко внедрить в практику эффективный метод аудиологического скрининга, позволяющий своевременно диагностировать нарушения слуха у новорождённых, основанный на регистрации отоакустической эмиссии (I этап) и коротковолновых слуховых вызванных потенциалов (КСВП — II этап).

Целью исследования является разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию организации и внедрению эффективной модели аудиологических скрининговых исследований у новоро-

ждённых на основе комплексной оценки ЛОР-заболеваемости в условиях модернизации системы медицинского обслуживания населения Республики Дагестан.

Материал и методы исследования. Базами наблюдения были определены городские, районные и республиканские родовспомогательные учреждения: Республиканский перинатальный центр (РПЦ), родильные дома, муниципальные детские поликлиники, акушерские и педиатрические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) и Детской республиканской клинической больницы (ДРКБ).

Обследование новорождённых в лечебно-профилактических учреждениях, оснащённых прибором для скринингового исследования ОАЭ, проводилось поэтапно. Регистрация отоакустической эмиссии у новорождённых как метод позволяет на I этапе лишь выявить случаи подозрения на нарушение слуха, после чего на II этапе необходимо направить новорождённого на комплексное аудиологическое обследование для подтверждения или исключения врождённой тугоухости.

На I этапе аудиологический скрининг во всех родовспомогательных учреждениях и акушерско-педиатрических отделениях лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Республики Дагестан был проведён всем новорождённым на третий-четвёртый день жизни. На II этапе скрининг проводился детям с неизвестным состоянием слуховой функции в возрасте четырёх — шести недель на базе муниципальных детских поликлиник и ДРКБ. На III этапе детям, не прошедшим скрининг с подозрением на нарушение слуха в родильных домах, акушерских отделениях ЦРБ, РПЦ, ДРКБ, впоследствии было выполнено расширенное аудиологическое обследование для подтверждения факта наличия или отсутствия нарушения слуха.

Объём наблюдений за период с 2011 по 2013 год составил 135 937 новорождённых, из которых при обследовании на I этапе было выявлено с подозрениями на нарушение слуха 3137 детей; на II этапе из 2083 обследованных детей выявили 368 детей с нарушениями слуха.

Результаты исследования и их обсуждение. На I этапе при проведении обследования новорождённых отоакустической эмиссии — скрининг в городах республики за исследуемый период (2011—2013) на базе родильных домов и акушерских отделений центральных городских больниц (ЦГБ) нами были получены следующие результаты: из 135 937 новорождённых методом аудиоскрининга были обследованы 134 305 детей, что составило 98,8%, из них с подозрением на нарушение слуха выявлено 3137 новорождённых (2,3%).

Наибольший удельный вес новорождённых, вошедших в группу риска с нарушением слуха, приходится на города Дагестанские Огни (7,62%), Избербаш (5,41%), Дербент (3,56%) при относительно небольшом числе новорождённых по сравнению, например, с Махачкалой, где число новорождённых и число обследованных в разы больше, чем по всем городам республики, а удельный вес детей с подозрением на нарушение слуха составил лишь 0,96% (табл. 1).

Таблица 1

Структура скрининга отоакустической эмиссии на I этапе обследований в городах Республики Дагестан

Город	Количество новорождённых	Обследовано детей		Выявлено с нарушением слуха	
		абс. число	уд. вес, %	абс. число	уд. вес, %
Махачкала	52 512	51 356	97,8	124	0,96
Буйнакск	5 303	5 301	99,9	3	0,26
Дербент	9 206	9 169	99,6	83	3,56
Дагестанские Огни	3 906	3 894	99,2	74	7,62
Избербаш	2 359	2 304	97,7	31	5,41
Кизляр	5 979	5 979	100,0	17	1,05
Кизилюрт	10 476	10 476	100,0	11	0,40
Каспийск	5 635	5 499	97,6	36	2,73
Хасавюрт	13 066	1 271	97,3	29	0,76
Южно-Сухокумск	263	259	98,6	4	5,8
Итого по городам	108 705	95 508	98,8	412	2,50

Данный факт свидетельствует прежде всего о несвоевременном и некачественном наблюдении врачами женщин на дородовом этапе в женских консультациях и, следовательно, поздней диагностике генетических факторов риска врождённой тугоухости в вышеуказанных городах, представляющих преимущественно южные территории Республики Дагестан.

Что касается города Южно-Сухокумск, то ввиду малого числа наблюдений результат можно считать статистически недостоверным.

Своевременно выявленные случаи, качественность и эффективность лечебных и реабилитационных мер являются залогом успешного прогноза в адаптации.

При обследовании новорождённых аудиоскринингом в районах республики за тот же временной период (2011—2013) нами было определено, что из 27 232 новорождённых было обследовано 26 627 детей, что составило 97,8%, из них с подозрением на нарушение слуха выявлено 740 новорождённых (2,78%) (табл. 2).

Таблица 2

Структура скрининга отоакустической эмиссии на I этапе обследований с учётом климатогеографических зон проживания населения Республики Дагестан

Район	Количество новорождённых	Обследовано детей		Выявлено с нарушением слуха	
		абс. число	уд. вес, %	абс. число	уд. вес, %
Равнина					
Бабаюртовский	1253	1253	100,0	28	2,23

Продолжение таблицы 2

Карабудахкентский	1670	1670	100,0	58	3,47
Каякентский	1390	1372	98,7	101	7,36
Магарамкентский	1808	1710	94,6	66	0,33
Ногайский	812	635	78,2	10	4,48
Тарумовский	834	834	100,0	13	1,56
Итого по равнине	7767	7474	95,25	276	3,2
Предгорье					
Казбековский	1655	1655	100,0	27	1,63
Кайтагский	936	931	99,5	34	3,65
Новолакский	711	711	100,0	18	2,53
Сергокалинский	1129	1129	100,0	17	1,51
Сулейман-Стальский	1160	1089	93,9	40	3,67
Табасаранский	1478	1478	100,0	30	2,03
Хивский	601	591	98,3	12	2,03
Итого по предгорью	7670	7584	98,8	178	2,43
Горы					
Акушинский	1304	1304	100,0	29	2,22
Ахвахский	486	486	100,0	14	2,88
Ахтынский	813	786	96,7	41	5,22
Ботлихский	1478	1462	98,9	30	2,05
Гергебильский	565	565	100,0	11	1,95
Гумбетовский	417	402	96,4	21	5,22
Гунибский	374	374	100,0	2	3,84
Дахадаевский	829	829	100,0	24	2,89
Докузпаринский	631	596	94,4	15	2,52
Курахский	394	394	100,0	10	2,54
Лакский	571	571	100,0	15	2,63
Левашинский	1858	1858	100,0	21	1,13
Тляратинский	798	754	94,5	39	5,17
Хунзахский	834	767	92,0	13	1,69
Чародинский	443	421	95,0	1	0,24
Итого по горам	11 795	11 569	97,86	286	2,81
Итого по районам	27 232	26 627	96,76	740	2,84

Анализ результатов, полученных при ОАЭ-скрининге в разрезе климатогеографических зон проживания в сельской местности, показал, что наибольший процент охвата новорождённых аудиологическим скринингом приходится на предгорье (98,6%) при минимальном удельном весе выявленных новорождённых с подозрением на нарушение слуха (2,35%).

В равнинной местности при наименьшем количестве новорождённых (7767) в целом и обследованных в данной когорте (7474) удельный вес новорождённых с подозрением на нарушение слуха был максимальным (3,69%), что также свидетельствует о не всегда доступном и некачественном наблюдении врачами женщин на дородовом этапе (рис. 1).

Несмотря на то что более 60% населения в Республике Дагестан — это жители сельской местности, число новорождённых в городах заметно превалирует, что объясняется тем, что зачастую роженицы из сельской местности с отягощённым акушерским анамнезом и экстрагенитальной патологией заблаговременно госпитализируются в Республиканский перинатальный центр (г. Махачкала), городские родильные дома и акушерско-гинекологические отделения центральных городских больниц для благоприятного родоразрешения.

Данные сравнительного анализа городской и сельской местностей свидетельствуют об обратной корреляционной зависимости между числом новорождённых и числом детей, составляющих группу риска с подозрением на нарушение слуха. Так, число детей, рождённых в городских родовспомогательных учреждениях (108 705) в 4 раза превалирует над сельскими новорождёнными (27 232), что же касается доли детей группы риска с нарушением слуха, то здесь пропорция обратная, то есть в сёлах удельный вес детей с нарушением слуха (2,78%) превышает аналогичный показатель в городах (1,50%) в 1,9 раз.

В целом по Республике Дагестан за исследуемый период (2011—2013) из 135 937 новорождённых на I этапе обследования аудиологическим скринингом были охвачены 134 305 детей, что составило 98,8%, из них в группу риска с подозрением на нарушение слуха вошли 3137 новорождённых, удельный вес которых составил 2,3%.

Рис. 1. **Соотношение обследованных и выявленных новорождённых с подозрением на нарушение слуха в зависимости от климатогеографических зон проживания на I этапе обследований**

На II этапе аудиологический скрининг проводился на базе Детской республиканской клинической больницы, где были обследованы 2083 новорождённых в возрасте пяти-шести месяцев, из них с нарушением слуха выявлено 368 детей, удельный вес которых составил 17,7%.

Заключение. Аудиологический скрининг новорождённых, основанный на регистрации отоакустической эмиссии нацелен на точный прогноз врождённой патологии слуховой функции, как наиболее эффективный метод он способствует не только своевременной постановке диагноза и лечению на ранних стадиях заболевания, но также позволяет выявлять детей с патологическим генотипом, но с нормальным слухом, представляющих группу риска патологии слуховой функции.

В процессе исследования нами была внедрена методика универсального аудиологического скрининга новорождённых и детей первого года жизни на территории Республики Дагестан.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Генетический скрининг нарушений слуха у новорождённых, сочетанный с аудиологическим скринингом / Г. А. Тавартkиладзе [и др.] // Вестн. оториноларингологии. 2010. № 3. С. 15—18.
2. *Дайхес Н.А.* Универсальный аудиологический скрининг новорождённых и детей первого года жизни : метод. рекомендации. М., 2011.
3. *Королёва И. В.* Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. СПб. : КАРО, 2005. 288 с.
4. *Левин С. В.* Сравнительная характеристика объективных методов исследования слуха при аудиологическом скрининге // Рос. оториноларингология. 2009. № 1. С. 81—86.
5. *Тавартkиладзе Г. А.* Единая система аудиологического скрининга : метод. рекомендации. М., 1996. 15 с.
6. *Ясинская А. А.* Аудиологический скрининг, основанный на регистрации стационарных слуховых вызванных потенциалов: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2006. 28 с.
7. Audiological screening and early diagnosis of hearing losses in children based on OAEs and ABRs // Audiofonologia, Suplement. 2005. P. 63. Соавт. : Tavartkiladze G., Elberling C.
8. *Lima G. M., Marba S. T., Santos M. F.* Hearing screeningin a neonatalintensiv care unit // J. Pediatr. (Rio J.). 2006. Vol. 82. № 2. P. 110—114.
9. Place of OAEs and ABRs in audiological screening and early diagnosis of hearing losses in children: pros and cos // In Abstr. 5 th Europen Congress of Oto-Rhino-Laryngol. Head and Neck Surgery, Rhodes, Rodos-kos. 2004.P. 127.

Связь с авторами:
Махачева Ханна Гаджиевна
Тел./факс раб.: 8 (8722) 63-81-65
e-mail: dbmk@list.ru
Асхабова Луиза Магомедовна
Тел. раб.: 8 (8722) 63-21-44, 8 (8722) 67-06-17
Дайхес Николай Аркадьевич
Тел./факс раб.: 8 (499) 720-41-17

КЛИНИКО-ЦИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО РИНОСИНУСИТА НА ФОНЕ ПАРОДОНТИТА

УДК: 616-071:616-076.5:616-08:616.314.17-008.1:616.211-008.4

© Белая Е. А.[1], Майборода Ю. Н.[2], Урясьева Э. В.[3], Чвалун Е. К.[4], Григоренко П. А.[5], Вакушина Е. А.[6], 2014

1 — канд. мед. наук, ассистент кафедры ортопедической стоматологии;

2 — канд. мед. наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии;

3 — канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии;

4 — канд. мед. наук, ассистент кафедры ортопедической стоматологии;

5 — канд. мед. наук, главный врач стоматологической поликлиники;

6 — д-р мед. наук, профессор кафедры ортопедической стоматологии

ГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России» (и. о. ректора — д-р мед. наук, профессор В. И. Кошель).

На основе морфо-функциональных изменений дегидрогеназ и гидролаз, входящих в ферментную систему гранулоцитарного аппарата, прослежена динамика степени эффективности лечения катарально-серозной формы хронического риносинусита у больных пародонтитом средней и тяжёлой степени тяжести, которые представлены по целому ряду цитохимических показателей: коэффициенты асимметрии, вариации и эксцесса.

Сравнительное изучение динамики изменений СДГ и а-ГФДГ на протяжении всех сроков исследования показало, что величина средней их активности хотя и не выходила за пределы нормы, но отмечался дефицит резерва клеток с типичной активностью по а-ГФДГ и СДГ на фоне преобладания пула низкоактивных клеток по а-ГФДГ и увеличения высокоактивных клеток по линии СДГ. Наиболее лабильными были показатели оксиредуктаз у больных пародонтитом тяжёлой степени тяжести. Резкое снижение активности ферментов является неблагоприятным признаком в сочетании с истощением резерва пула клеток с типичной активностью и коэффициента асимметрии по а-ГФДГ на фоне высокой активности КФ и депрессивной энергетики ЩФ. Показатели активности изучаемых ферментов корреляционно связаны с выраженностью воспалительных процессов по клиническим признакам.

Ключевые слова: риносинусит, пародонтит, полиморфноядерные лейкоциты, дегидрогеназы, гидролазы, популяция клеток.

Библиография: 22 источника.

CLINICO-CYTOCHEMICAL ANALYSIS FOR TREATMENT OF CHRONIC ODONTOGENIC RHINOSINUSITIS ON THE PARODONTIT BACKGROUND

© Belaya E. A.[1], Maiboroda Yu. N.[2], Uryaseva E. V.[3], Chvalun E. K.[4], Grigorenko P.A.[5], Vakushina E.A.[6], 2014

1 — candidate of medical sciences, assistant at sub department of orthopedic stomatology;

2 — candidate of medical sciences, associate professor at sub department of orthopedic stomatology;

3 — candidate of medical sciences, associate professor at sub department of stomatology by general practice and children stomatology;

4 — candidate of medical sciences, assistant at sub department of orthopedic stomatology;

5 — Candidate of Medical Science, Chief Medical Officer Dental Polyclinic;

6 — Doctor of Medical Science, Professor, Department for Orthopaedic Dentistry,

State Budgetary Educational Institution STAVROPOL STATE MEDICAL UNIVERSITY, Ministry of Healthcare, Russian Federation.

On the basis of morpho-functional changes in the dehydrogenase and hydrolase included in the ferment system of granulocytic apparatus, the dynamics of efficiency degree has been traced for the treatment of catarrhal-serous form of the chronic rhinosinusitis among the patients suffered from periodontitis of average and high degree which represented by the whole range of cytochemical parameters: as coefficients of asymmetry, variation and excess.

The comparative study of dynamics of the changes in SDG (Succinate Dehydrogenase and a-GPDH (a-Glycerophosphate Dehydrogenase) during all periods of research shown that the value of their average activity has not yet been beyond the norm limits but it has been marked by deficit in reserve of cells having typical activity by a-GPDH and SDG on the background of dominance in the pool of low active cells by a-GPDH and of increase in high-active cells by SDG line. The most labile have been the parameters of redox enzyme among the patients suffered from high degree periodontitis. The sharp slow-down in the ferment activeness is a non-favorable feature in comparison with the exhaustion of reserve in cell pool with typical activity and asymmetry coefficient by a-GPDH on the background of the high activity of Acid Phosphatase and depressive energy of Alkaline Phosphatase. The activity parameters of the studied ferments correlated with the intensity of inflammatory processes by clinical features.

Key words: rhinosinusitis, periodontitis, polymorphonuclear leukocytes, dehydrogenase, hydrolase, cell population.

Bibliography: 22 sources.

В лечении больных с сочетанной патологией хронического верхнечелюстного риносинусита (ХВР) и зубных рядов имеют большое значение анатомо-морфологические особенности соединительно-тканных компонентов альвеолярных отростков верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи (ВЧП).

Современные данные о биомеханизмах повреждения пародонта, эпителия ВЧП на клеточно-молекулярном уровне на фоне развития системной воспалительной реакции должны стимулировать возможность усовершенствования способов диагностики ранних этапов воспалительных процессов слизистой оболочки ВЧП до развития очевидных рентгенологических признаков заболевания [4, 5, 14, 15, 18, 21]. Особенно важна ранняя диагностика и лечение ХВР у больных с деструктивно-воспалительными формами пародонтита [9, 17]. Различия между отдельными формами ХВР у больных пародонтитом предполагает особенности изменения слизистой оболочки ВЧП, влияние на процессы остеорезорбции и остеорепарации альвеолярных отростков верхней челюсти [2, 3, 7, 13, 19—22]. Исследование концентрации содержания и активности гранулоцитарного аппарата [8, 12] периферической крови показали, что генерализация воспаления в периодонтальных тканях на начальных фазах воспаления является угрозой развития тяжёлых риногенных осложнений [1, 16]. Однако установленные взаимосвязи между ферментативным статусом полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) и клиническими проявлениями катарально-серозной формы ХВР на фоне различной степени тяжести пародонтита остаются открытыми. Данная статья является продолжением нашей предыдущей публикации [6], целью которой был анализ клинико-цитохимической активности нейтрофильных гранулоцитов у больных пародонтитом средней и тяжёлой степени тяжести на фоне катарально-серозной формы ХВР.

Материалы и методы. Проведено клинико-рентгенологическое и цитохимическое обследование 116 человек с пародонтитом средней (ПССТ) и 139 пациентов с пародонтитом тяжёлой степени тяжести (ПТСТ) на фоне катарально-серозной формы ХВР. Контрольную группу (45 человек) составили лица с интактным пародонтом и без патологии ЛОР-органов.

Из клинических методов обследования применяли математические показатели индексов: папиллярно-маргинально-альвеолярный (PMA), пародонтальный индекс по Russel (PI), кровоточивости (ИК) по Muhlleman, определяли глубину пародонтальных карманов (ГК), костный показатель Фукса (КП) и подвижность зубов (ПЗ) по А. И. Евдокимову.

Всем пациентам был проведён количественный цитохимический анализ активности дегидрогеназ и гидролаз нейтрофильных лейкоцитов периферической крови на сукцинатдегидрогеназу (СДГ) по методу Р. П. Нарциссова, а-глицерофосфатдегидрогеназу (а-ГФДГ) по Р. Гессу. Реакции на щелочную (ЩФ) и кислую фосфатазы (КФ) проводили по L. Kaplov и Р. П. Нарциссову соответственно. Основную информацию об активности ферментов получали по определению среднего цитохимического коэффициента (СЦК), который давал общую характеристику популяции клеток, однако не отражал существующих различий между членами популяции [10, 11]. Поэтому наряду со средней активностью при оценке клеточной популяции для каждого из этих ферментов использовались три параметра коэффициентов: вариации (V),

асимметрии (А) и эксцесса (Е). Нормальное количество типичных по активности фермента клеток наблюдается при нулевом эксцессе, избыток — при положительном, недостаток — при отрицательном эксцессе. При увеличении количества клеток с высокой активностью в сочетании с единичными низкоактивными клетками коэффициент А имеет отрицательный знак, и наоборот. Коэффициент вариации характеризует разнородность клеток по активности фермента. Их показатель высокий при существующем различии клеток.

Цифровые данные активности и содержания ферментных систем обрабатывали методом вариационной статистики с вычислением СЦК с последующим определением средних величин (М) и их ошибок (м), среднего квадратичного отклонения (q) и достоверных различий критерия Стьюдента при уровне статистической значимости различий (р) не более 0,05. Для обработки данных на компьютере использовалась программа Statistika 5,0 с вычислением парного коэффициента корреляции.

На основании выявленных особенностей клинического и цитохимического статуса ПМЯЛ периферической крови у больных с пародонтитом различной степени тяжести в сочетании с катарально-серозной формами ХВР применялся комплекс препаратов различного спектра действия с учётом тяжести и длительности заболевания. Принцип выбора препаратов отражён в нашей предыдущей работе [6]. Всем больным независимо от степени тяжести пародонтита проводили общесанационные мероприятия, включающие удаление над- и поддесневых минерализованных зубных отложений, депульпирование зубов с подвижностью 2—3-й степени по показаниям, местную и общую противовоспалительную терапию и при необходимости приступали к хирургическим методам устранения пародонтального кармана. Из местных противовоспалительных средств применяли традиционные лечебные повязки на основе препаратов «Метрогил-Дента» или «Фастин».

В данной статье отражены результаты исследования ферментативной активности лимфогранулоцитарного аппарата периферической крови у пациентов с ПССТ и ПТСТ на фоне катарально-серозной формы риносинусита, который позволил оценить эффективность лечебных мероприятий в динамике наблюдения.

Результаты исследования и обсуждение. Под наблюдением к моменту первоначального обращения находились 116 человек с ПССТ в возрасте от 30 до 45 лет и 139 пациентов с ПТСТ в возрасте от 40 до 55 лет. Для оценки эффективности лечения больных с применением на фоне традиционных комплексных местных и общих терапевтических мероприятий в сочетании с ХВР осуществляли динамические наблюдения пациентов через 10, 30 суток, три и шесть месяцев.

Как и в группе пациентов с ПЛСТ [6], через 7 – 10 дней после лечения индекс гигиены достоверно снижался с 2,18 ± 0,48 до 1,10 ± 0,11 ($p < 0,05$). Особенно показательно снижение индекса в интервале первых трёх месяцев от начала лечения, с незначительным увеличением показателя к шести месяцам, не превышающие пределы нормы ($p > 0,1$). Показатели индексов от 0,90 ± 0,10 до 1,20 ± 0,21 соответствовали более или менее хорошему состоянию комплекса тканей пародонта и зубочелюстной системы в целом, но не коррелировали с данными рентгенографии и цитохимическими

показателями. Отмечалась незначительная деструкция межальвеолярных перегородок по вертикальному типу в основном на стороне наклона зубов. Очаги остеопороза у отдельных зубов распространялись иногда на всю высоту межзубных перегородок, высота их составляла, как правило, до 1/3 длины корня. В результате удаления из пародонтальных карманов грануляционной ткани, иссечения десневого края формировалось новое эпителиальное прикрепление выше эмалево-десневого соединения, что обусловило у части пациентов уменьшение обнажения корней зубов на 1,0—1,5 мм. Эпителиальный пласт полностью сформировался к концу первого месяца.

Соответственно снизились показатели индексов PI, SBI и PMA. Однако необходимо отметить, что уровень этих показателей, начиная с трёх месяцев и до конца наблюдения, повышался, и, хотя они не достигали цифровых показателей от начала лечения, значения их приближались к нормальным величинам. Равным образом положительные результаты лечения отмечали 74,8% больных ПТСТ. Объективные исследования состояния пародонта у пациентов этой группы через месяц после окончания лечения позволили констатировать снижение признаков воспаления и улучшение гигиенических показателей полости рта. Так, индекс PMA составлял 20,40 ± 1,87%, индекс PI 3,45 ± 0,54 балла, SBI — 21,40 ± 1,25, что значительно ниже ($p < 0,01$) показателей индексов до лечения. Положительная динамика сохранялась на протяжении трёх месяцев. Затем показатель кровоточивости к шести месяцам увеличивался, но не достигал критического уровня. Сохранялось хорошее гигиеническое состояние полости рта, о чём свидетельствовали значения индекса ИГР-У (1,29 ± 0,21 балла).

Анализ глубины пародонтальных карманов при зондировании во все сроки наблюдения после лечения показал неоднозначное уменьшение глубины примерно 1,2—1,4 раза. Наилучший показатель отмечается у пациентов ПССТ на фоне стабилизации костного показателя Фукса и отсутствия подвижности зубов.

Данные клинических наблюдений за ближайшими и отдалёнными результатами лечения больных ПССТ и ПТСТ на фоне ХВР контролировались исследованиями ферментного статуса гранулоцитарного аппарата периферической крови.

У пациентов ПССТ на фоне лечения через 7—10 суток сохранялось незначительное повышение средней активности СДГ (табл. 1). Однако по сравнению с результатами ферментативной активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови, выявленными до лечения, структура клеточной популяции становилась несколько сбалансированной на фоне слабой корреляционной связи ($r = 0,11$) между СДГ и а-ГФДГ. Средняя активность а-ГФДГ по отношению к контролю по окончании лечения продолжала оставаться сниженной ($p > 0,1$), но превышала исходный уровень до лечения.

Таблица 1

Ферментативная активность нейтрофильных лейкоцитов у пациентов с ПССТ и катарально-серозной формой риносинусита

Изучаемый фермент	Группа контроля n = 45	Показатели до лечения n = 116	Срок после лечения			
			10 суток n = 116	30 суток n = 94	3 месяца n = 54	6 месяцев n = 46
СДГ	2,33 ± 0,48 r = –0,21	2,19 ± 2,24 P > 0,1	2,74 ± 0,67 r = 0,11 p > 0,1	2,39 ± 0,62 r = 0,14 p > 0,1	2,07 ± 0,37 r = 0,21 p > 0,1	2,06 ± 0,42 r = 0,27 p > 0,1
E	–0,16	–0,44	0,70 $p_1 < 0,05$	–0,58	–0,52	0,38
V	20,34	10,96	24,45 $p_1 < 0,05$	25,94 $p_1 < 0,05$	17,87 $p_1 < 0,05$	20,39 $p_1 < 0,05$
A	0,06	0,39	0,34	0,17	–0,54 $p_1 < 0,05$	–0,30 $p_1 < 0,05$
а-ГФДГ	1,74 ± 0,46	1,54 ± 0,32 p > 0,1	1,67 ± 0,3 p > 0,1	1,86 ± 0,40 p > 0,1	1,81 ± 0,52 $p_1 < 0,05$	1,59 ± 0,39 p > 0,1
E	–0,22	–1,22	–0,48 $p_1 < 0,05$	–0,66	–0,56	–0,64
V	26,44	20,78	22,16 $p_1 < 0,05$	21,51	28,73	23,53
A	–0,34	–0,32	0,14	–0,19	0,32 $p_1 < 0,05$	0,50 $p_1 < 0,05$
КФ	1,54 ± 0,22 r = 0,74	2,63 ± 0,30 p < 0,2	2,21 ± 0,34 r = –0,15 p > 0,1	1,66 ± 0,33 r = 0,33 p > 0,1	1,84 ± 0,51 r = 0,53 p > 0,1	2,11 ± 0,51 r = –0,25 p > 0,1
ЩФ	1,55 ± 0,24	1,44 ± 0,23 p > 0,1	1,46 ± 0,28 p > 0,1	1,54 ± 0,25 p > 0,1	1,62 ± 0,30 p > 0,1	1,48 ± 0,40 p > 0,1 $p_1 < 0,05$

p — отражает значение цифровых показателей по отношению «контроль»;
p_1 — отражает значение цифровых показателей по отношению «до лечения».

Коэффициенты асимметрии по СДГ и а-ГФДГ хотя и снизились незначительно, но преобладал пул низкоактивных клеток на фоне положительной динамики коэффициента эксцесса по СДГ, отражающих повышение содержание клеток со средней активностью и сохранения дефицита клеток по а-ГФДГ. Определялась тенденция к снижению дефицита клеток с типичной активностью с E = −1,22 до E = −0,48. По окончании лечения коэффициент эксцесса в некоторой степени приближался к нормальным значениям, на фоне высоких показателей разнородности (V) клеток по активности в двух основных митохондриальных ферментах.

Сохранялся высокий уровень активности КФ и депрессия активности ЩФ, коэффициент корреляции которых демонстрировал весьма слабую силу обратной связи (r = −0,15). Повышение активности КФ может отра-

жать, с одной стороны, повышение антибактериальной и поглотительной функций, а с другой — неблагоприятно сказываться на репаративных процессах в структуре костных образований зубочелюстных сегментов, так как КФ в некоторой степени может играть роль репрессора в отношении ЩФ.

Необходимо отметить, что, оценивая в ближайшие 7 — 10 суток результаты лечения больных ПССТ с ХВР, следует учитывать, что положительная динамика имела место на фоне незначительной гиперактивности СДГ и а-ГФДГ и положительной динамики показателей эксцесса, асимметрии и клеточного разнообразия, активности КФ и ЩФ. Последние находились в пределах нормальных значений, статистические уровни которых по отношению к контролю и фоновой патологии были недостоверны.

Между тем у больных ПТСТ отмечается снижение активности СДГ в своих значениях, приближающиеся к контрольным показателям. Однако полученные цифровые различия с данными средней активности до лечения были недостоверными ($p > 0,1$). Снижение средней активности СДГ по сравнению с фоновыми значениями происходило по линии компенсаторных процессов, поскольку повышался резерв клеток с типичной активностью. Несмотря на некоторое возрастание клеточного разнообразия в структуре популяции продолжают доминировать клетки с низкой активностью на фоне единичных высокоактивных клеток (А СДГ = 0,56). Данные положения сохраняются и в отношении коэффициента асимметрии по а-ГФДГ на фоне дефицита клеток с типичной активностью, поскольку их резерв снижен, несмотря на увеличение разнородности клеток, приближающиеся в своих цифровых показателях к контрольным величинам в сравнении «до лечения». Положительным цитохимическим признаком следует считать возрастание средней активности а-ГФДГ с нормализацией средней активности СДГ с их средней корреляционной связью. Несмотря на преобладание в структуре популяций низкоактивных клеток (А по СДГ и а- ГФДГ) недостатка типичных по активности СДГ клеток не выявлено (табл. 2).

Таблица 2

Ферментативная активность нейтрофильных лейкоцитов у пациентов ПТСТ и катарально-серозной формой риносинусита

Изучаемый фермент	Группа контроля n = 45	Показатели до лечения n = 139	Срок после лечения			
			10 суток n = 139	30 суток n = 104	3 месяца n = 66	6 месяцев n = 46
СДГ	2,33 ± 0,48 r = –0,21	3,18 ± 0,29 p > 0,1	2,47 ± 0,61 r = 0,54 p > 0,1	1,96 ± 0,49 r = 0,15 p > 0,1 $p_1 < 0,05$	1,81 ± 0,46 r = 0,49 p > 0,1 $p_1 < 0,05$	1,73 ± 0,43 r = 0,48 p > 0,1 $p_1 < 0,05$
E	–0,16	–1,23	0,61 $p_1 < 0,05$	–0,73	–0,73	0,02 $p_1 < 0,05$
V	20,34	19,12	24,70 $p_1 < 0,05$	25,00 $p_1 < 0,05$	25,41 $p_1 < 0,05$	24,16 $p_1 < 0,05$
A	0,06	0,28	0,56 $p_1 < 0,05$	0,41	0,49	0,25
а-ГФДГ	1,74 ± 0,46	1,47 ± 0,22 p > 0,1	1,59 ± 0,42 p > 0,1	1,32 ± 0,32 p > 0,1	1,63 ± 0,36 p > 0,1	1,68 ± 0,32 p > 0,1

Продолжение таблицы 2

E	–0,22	–0,44	–0,64	–0,32	–0,19	–0,91 $p_1 < 0,05$
V	26,44	14,97	26,42 $p_1 < 0,05$	24,24 $p_1 < 0,05$	22,09 $p_1 < 0,05$	19,05
A	–0,34	0,20	0,36	–0,27 $p_1 < 0,05$	–0,54 $p_1 < 0,05$	0,69
КФ	1,54 ± 0,22 r = 0,74	2,84 ± 0,40 p < 0,02	2,23 ± 0,44 r = 0,25 p > 0,1	1,79 ± 0,47 r = 0,41 p > 0,1	1,70 ± 0,37 r = 0,13 p > 0,1 $p_1 < 0,05$	2,24 ± 0,48 r = –0,19 p > 0,1
ЩФ	1,55 ± 0,24	1,14 ± 0,07 p < 0,05	1,40 ± 0,19 p > 0,1 $p_1 < 0,05$	1,43 ± 0,39 p > 0,1	1,46 ± 0,33 p > 0,1	1,41 ± 0,42 p > 0,1

p — отражает значение цифровых показателей по отношению «контроль»;
p_1 — отражает значение цифровых показателей по отношению « до лечения».

Активность КФ и ЩФ по окончании лечения практически мало отличалась от показателей пациентов ПССТ, кроме ЩФ, коэффициент активности которой хотя и незначительно снижался, не достигая нормы ($p > 0,1$) на фоне слабой корреляционной связи с КФ ($r = 0,25$).

Через месяц у пациентов ПССТ сохранялась в пределах контрольных значений средняя активность СДГ (СДГ = 2,39 ± 0,62). Однако по сравнению с результатами ферментативной активности нейтрофилов, определёнными до лечения, структура клеточной популяции (по СДГ и а-ГФДГ) становилась более сбалансированной. Так, коэффициент асимметрии (А по СДГ) снижался по сравнению с исходными данными и достигал нормальных значений ($A = 0,17$), что свидетельствовало о том, что пулы клеток с высокой и низкой активностью уравновешивались. Сохранялся некоторый дефицит клеток с типичной активностью по СДГ ($E = -0,58$). Поскольку коэффициент эксцесса по окончании лечения снижался по сравнению с исходными показателями ($E = -0,74$) незначительно, полученные различия были недостоверны ($p > 0,05$).

Средняя активность митохондриальной а-ГФДГ в сравнении с фоновыми показателями находилась на уровне контрольных значений. Число клеток с низкой активностью значительно уменьшалось в пользу высокоактивных популяций ($A = 0,19$). Определялась тенденция дефицита клеток с типичной активностью с $E = -1,22$ до $E = -0,66$.

Таким образом, у больных ПССТ отмечена противоположная динамика показателей асимметрии, которая в некоторой степени нивелирует различие клеток по степени активности на фоне положительной динамики клеточного разнообразия. Однако отмечался дефицит резерва клеток с типичной активностью по СДГ и а-ГФДГ, демонстрирующих слабую силу корреляционной связи ($r = 0,14$) между оксидоредуктазами.

Несколько иная ситуация складывается в динамике цитохимических показателей у пациентов с ПТСТ на фоне ХВР. Сохранялась средняя активность СДГ (СДГ = 1,96 ± 0,49). Полученные различия с данными средней активности СДГ до лечения достоверны ($p < 0,05$). Однако сохра-

нение средней активности СДГ в пределах нормы происходит по линии декомпенсации, поскольку резерв клеток с типичной активностью находится в фазе дефицита (Е = −0,73). Несмотря на возрастание клеточного разнообразия в структуре популяции продолжают доминировать клетки с низкой активностью на фоне единичных высокоактивных клеток (А СДГ = 0,41) ($p < 0,05$). Благоприятным цитохимическим признаком следует считать снижение средней активности а-ГФДГ. Несмотря на преобладание в структуре популяции высокоактивных клеток (А = − 0,27), выявлен недостаток типичных по активности а-ГФДГ клеток (Е = −0,32). Гетерогенность клеток по активности как по СДГ, так и а-ГФДГ находилась в пределах нормы ($p < 0,05$).

Активность КФ продолжала оставаться высокой по окончании лечения ($p > 0,1$), на фоне стабильной активности ЩФ, находящиеся в пределах контрольных значений ($p > 0,1$). Коэффициент корреляции между КФ и ЩФ демонстрировал среднюю силу их связи ($r = 0,43$).

Сравнительное изучение динамики изменений СДГ и а-ГФДГ от трёх до шести месяцев наблюдения показали, что величина средней их активности практически хотя и не выходила за пределы нормы, но отмечался дефицит резерва клеток с типичной активностью по а-ГФДГ и СДГ, на фоне преобладания пула низкоактивных клеток по а-ГФДГ и увеличения количества высокоактивных клеток по линии СДГ. Динамика изменений активности СДГ у больных ПССТ на протяжении трёх — шести месяцев показала, что величина средней активности превышала фоновые параметры, не достигая верхней границы нормы, хотя и отмечались некоторые колебания её средней активности.

Наиболее лабильными оказались показатели оксидоредуктаз у больных ПТСТ на протяжении шести месяцев от начала лечения. Так, активация СДГ и а-ГФДГ через три месяца по окончании лечения сменялась значительными снижениями показателей на фоне результатов лечения через шесть месяцев. Резкое снижение активности ферментов является неблагоприятным цитохимическим признаком в сочетании с истощением резерва клеток с типичной активностью и коэффициента асимметрии по а-ГФДГ. В некоторой степени функциональная активность поддерживалась нормальной величиной коэффициента эксцесса (Е = 0,02) по СДГ.

Несмотря на то что число клеток с низкой активностью по а-ГФДГ у больных ПССТ по окончании лечения уменьшалось, исходно высокие показатели асимметрии не могут не сказаться на результатах ферментативной активности лимфогранулоцитарного аппарата в течение шести месяцев по окончании лечения (А = 0,69). Поэтому сохраняется асимметрия распределения с преобладанием клеток с низкой активностью даже спустя шесть месяцев по окончании лечения (А СДГ = 0,25). Показатели ферментативной активности дегидрогеназ периферической крови корреляционно связаны с длительностью и тяжестью заболевания, а также выраженностью процесса по клиническим признакам.

Важным моментом в этом процессе является стабильная активность ЩФ, приближающая в той или иной мере к контрольным показателям. Отрицательным моментом в динамике воспалительных реакций является достаточно высокая активность КФ в отдельные периоды хронологического порядка ис-

следования. В данной ситуации, особенно у больных ПТСТ, к концу наблюдения гиперактивность фермента может играть не столько антибактериальную поглотительную для микроорганизмов роль, сколько являться депрессором в отношении ЩФ, нарушая тем самым метаболические взаимоотношения фосфорно-кальциевого обмена.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что если у пациентов с пародонтитом лёгкой степени для стабилизации клинической и цитохимической картины достаточно 2—3 курсов комплексной терапии, то у больных пародонтитом средней и особенно тяжёлой степени на фоне катарально-серозной формы ХВР для получения стойкой ремиссии необходимо увеличить число курсов медикаментозной терапии и сократить интервал между курсами до 2—3 месяцев. Этот же вывод можно сделать при анализе структуры популяции по активности СДГ и а-ГФДГ.

Данные положения вытекают из оценки результатов лечения больных в сравнительном аспекте. Основываясь на данных ферментативной активности гранулоцитарного аппарата ПМЯЛ в динамике наблюдения, мы пришли к выводу, что не все пациенты пунктуально выполняли рекомендации амбулаторно после стационарного лечения. Чтобы подтвердить вывод о возможности прогнозирования течения пародонтита на фоне ХВР и результатов лечения на основании исходных показателей ферментативной активности фосфатаз и дегидрогеназ (показатели асимметрии и эксцесса), мы сопоставили данные цитохимических показателей больных, принимавших постоянно и не принимавших препараты или принимавших их эпизодически в период обострения. Выявлено, что существует тесная взаимосвязь между клинической картиной течения послеоперационного периода и данными ферментативного статуса гранулоцитарного аппарата, которые будут отражены в следующей статье.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Байдик О. Д., П. Г. Сысолятин, Т. Н. Шкурина.* Структурно функциональные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при рецидивирующих одонтогенных синуситах / О. Д. Байдик, П. Г. Сысолятин, Т. Н. Шкурина // Институт стоматологии, 2011. № 4. С. 56—57.
2. *Бердюгина О. В.* Иммунологические критерии прогноза костного ремоделирования при повреждении : автореф. дис. ... д-ра биол. наук. Челябинск, 2008. 49 с.
3. *Вафина Е. А.* Комплексное лечение хронического полипозного риносинусита в зависимости от клинико-патологических особенностей заболевания : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2003. 21 с.
4. *Грудянов А. И., Григорьян А. С., Фролова О. А.* Диагностика в пародонтологии. М., 2005. 104 с.
5. Диагностика и лечение одонтогенного синусита / Н. В. Бойко [и др.] // Рос. ринология. 2008. № 3 С. 6—10.
6. Динамика трансформации клинико-цитохимических показателей лечения пародонтита на фоне хронического риносинусита / Ю. Н. Майборода [и др.] // Голос и речь. Мультидисциплинар. науч.-практ. журн. 2014. № 1(2). С. 10—19.
7. *Зайцева Е. Н.* Клинико-микробиологические параллели и цитокиновый про-

филь у больных пародонтитом на фоне комплексного лечения с использованием линимента интерферона : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2007. 24 с.
8. *Караков К. Г., Кошель В. И., Саркисов А. А.* Цитохимическая оценка функциональной активности дегидрогеназ при пародонтите и хроническом верхнечелюстном риносинусите // Мед. вестн. Сев. Кавказа. 2011. № 3. С. 40—42.
9. Клинико-лабораторная характеристика, диагностика и лечение острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов / М. А. Губин [и др.] // Стоматология. 2003. № 2. С. 28 – 30.
10. Клиническая цитохимия / А. В. Ягода [и др.]. Ставрополь, 2005. 484 с.
11. *Майборода Ю. Н., Аксенов И. Н.* Цитохимическая оценка биологически активных веществ при пародонтите : учеб.-метод. материалы. Ставрополь, 2002. 53 с.
12. *Майборода Ю. Н., Саркисов А. А., Урясьева Э.* В. Цитохимический мониторинг нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных пародонтитом на фоне хронического риносинусита // Астрахан. мед. журн. 2013. Т. 8. № 3. С. 68—73.
13. Особенности хирургического лечения одонтогенных перфоративных гайморитов / Е. В. Лонская [и др.] // Рос. ринология. 2009. № 2. С. 66—72.
14. *Пальчун В. Т., Гуров А. В., Закариева А. Н.* Гнойно-воспалительные заболевания околоносовых пазух: современное состояние проблемы // Вестн. оториноларингологии. 2007. № 5. С. 170—172.
15. *Belebasakis G.* Cytolethal distending toxin upregulantes RANKZ expression in Jurcat T- cells // APMIS-2008. Vol. 116. № 6. P.499—506.
16. Extracellular purines are biomarker of nuetrophilic airways intlammation / C. N. Esther et al. // Eur respire J. 2008. Vol. 31. P. 949—956.
17. Experimental periodontitis in mice selected for maximal or minimal in flammatorory reactions /A. Trombone // J. Periodontal Res. 2008. № 10. P. 402—409.
18. *Guttenberg S.* Oral and maxillofacial pathotology in three dimensions // Dent. clin. North. Amer. 2008. Vol. 52. № 4. P. 843—873.
19. Histopatological evaluation of different metods of experimental induction of periapical periodontitis / J. Tanomane [et al.] // Braz. Dent. J. 2008. Vol. 19. № 3. P. 238—244.
20. *Nair P.* On the cases of persistent apical periodontitis: a reviw // Jnt/ Endod./J/. 2006. Vol. 39. № 4. P. 249—281.
21. RaNKG in human periapical granuloma: possible involument in periapical bone destruction / R.Vermal [et. al.] //Oral. Dis. 2006. Vol. 12. № 3. P. 283—289.
22. Serum microbal and host derived markes of periodontal diseases: a review / P. Pussinen [et. al.] // Curr/ Med.Chem. 2007. Vol. 14. № 22. P. 2402—2412.

Связь с авторами:
Белая Елена Алексеевна,
Майборода Юрий Николаевич,
Урясьева Эльвира Валерьевна,
Чвалун Екатерина Касимовна.
355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310,
телефоны: рабочий 8(8652)35-25-76, мобильный 8(905)497-30-57
e-mail: uryaseva_elvira@mail.ru

ПЕДАГОГИКА

УДК 37

ОДНА ИЗ ЛУЧШИХ СОВЕТСКИХ ВОКАЛИСТОК

© Агин М. С., 2014

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

Статья посвящена выдающейся советской певице, народной артистке РСФСР, солистке Большого театра Союза ССР, лауреату Государственных премий СССР, профессору Наталии Дмитриевне Шпиллер. Она являлась одной из представительниц «золотой эпохи» Большого театра. На сцене прославленного театра исполнила почти все партии лирического сопрано. Всегда ратовала за то, чтобы процветали лучшие традиции русской вокальной школы. Шпиллер была не только прекрасной певицей, но и мастером вокальной педагогики, вела большую музыкально-просветительскую и общественную деятельность. Долгие годы на высочайшем уровне проводила смотры вокалистов — выпускников музыкальных вузов России, заботясь о выявлении талантливой молодёжи.

Ключевые слова: Наталия Дмитриевна Шпиллер, Большой театр, оперные партии, дружба с А. Неждановой, вокально-педагогические установки, Всероссийский конкурс вокалистов имени Наталии Шпиллер.

Библиография: 18 источников.

ONE OF THE BEST SOVIET VOCALISTS

© Agin M. S., 2014

honored man of art of the RF, honored worker of higher school of the RF, candidate of pedagogical sciences, professor, deputy head at sub department of academic sole singing at the Federal State Budget Education Establishment of Higher Professional Education «Gnesin's Russian academy of music» (rector — honored man of art of the RF, professor G. V. Mayarovskaya).

The article devoted to eminent soviet singer, people's actor of RSFSR, sole singer of Big theater of USSR, winner of USSR's state premiums, professor Natalya Dmitrievna Shpiller. She was one among representatives from «Gold epoch» of Bolshoy Theatre. She performed almost all lyric soprano parties at the scene of famous theater. She always stood for ideathat best traditions of Russian vocal school should flourish. Shpiller has not been just a beautiful singerbut she was a master of vocal pedagogics, she was engaged in musical-educational and public activity. For long years at the highest level, she has been conducting reviews of vocalists — graduates from musical higher institutions of the Russia,paying attention to identify talented youth.

Key words: Nataliya Dmitrievna Shpiller, Bolshoy Theatre, opera parties, friendship with A. Nezhdanova, vocal-pedagogical sets, All-Russian contest of vocalists called in name of Nataliya Shpiller.

Bibliography: 18 sources.

Наталия Дмитриевна Шпиллер родилась 7 (20) ноября 1909 года на Украине в Киеве. Её отец — Дмитрий Алексеевич Шпиллер — был главным архитектором Юго-Западной железной дороги, мать — Мария Николаевна Полякова — известной оперной певицей. Она училась в Московской консерватории у Е. Лавровской, потом была отправлена на казённый счёт в Париж к Дезире д'Арто. Приехав в Санкт-Петербург брала уроки у профессора И. Прянишникова (в основном, готовила с ним репертуар). Пела в Харькове, Саратове, Киеве, Москве и других городах страны. Одно время была солисткой Оперы Зимина.

Естественно, что первые вокальные навыки Наталия Дмитриевна получила ещё в родительском доме, под непосредственным руководством матери, где можно было встретить многих видных деятелей искусства: композиторов, певцов, инструменталистов.

В 1926 году, в семнадцатилетнем возрасте Наталия Дмитриевна начала профессиональное вокальное обучение. Она была принята в Киевскую консерваторию, в класс профессора А. Н. Шперлинг (ученицы Е. Лавровской), которая в своё время была солисткой Большого театра. Однако, не окончив полного курса обучения, Наталия Дмитриевна переехала в Москву, где приняла участие в конкурсе певцов для формирующегося нового оперного театра в Самаре (Средневолжская государственная опера). Она произвела хорошее впечатление и была принята в труппу театра, где проработала с 1931 по 1934 год. Дебютировала в партии Ксении в опере М. Мусоргского «Борис Годунов». Среди других ролей были Ольга («Русалка»), Жрица («Аида»), Прилепа («Пиковая дама»), Фраскита («Кармен»), а несколько позже — Недда («Паяцы»), Татьяна («Евгений Онегин»), Маргарита («Фауст»).

Особенно важным в биографии Наталии Дмитриевны был конец 1934 — начало 1935 года, когда она приехала в Москву, в труппу Большого театра, для участия в конкурсе. 25 января 1935 года она дебютировала в партии Микаэлы в опере Бизе «Кармен». «Яркий, большого диапазона голос (сопрано), безупречная вокальная техника, правдивость в передаче музыкального образа пленили строгую комиссию, и с 1935 года Н. Д. Шпиллер была принята в труппу прославленного театра. Огромная музыкально-исполнительская культура, строгий отбор средств при создании и сценического, и вокального образов дали ей возможность исполнять партии самого различного характера, придавая каждой роли глубокую своеобразную индивидуальность» (Е. Иофель) [8].

На сцене Большого театра Н. Д. Шпиллер пропела 23 года. За это время ею

был создан целый ряд незабываемых сценических образов. Среди них: Антонида (Глинка «Иван Сусанин»), Марфа, Царевна Лебедь, Волхова и Ольга (Римский-Корсаков «Царская невеста», «Сказка о царе Салтане», «Садко», «Псковитянка»), Татьяна и Иоланта (Чайковский «Евгений Онегин», «Иоланта»), Тамара («Демон» Рубинштейна), Этери (Палиашвили «Абесалом и Этери»), Зиглинда (Вагнер «Валькирия»), Матильда (Россини «Вильгельм Телль»), Бэла (Александров «Бэла»), Чио-Чио-сан в одноименной опере Пуччини, Маргарита (Гуно «Фауст»), Графиня (Моцарт «Свадьба Фигаро») Микаэла (Бизе «Кармен») и др.; в концертном исполнении — Оксана (Римский-Корсаков «Ночь перед Рождеством») и Дездемона (Верди «Отелло»).

Многие оперные партии остались образцом сценического воплощения. О певице и созданных ею образах с большим чувством и искренним восхищением писали партнёры по сцене, дирижёры, режиссёры, музыкальные критики и рецензенты. «Н. Д. Шпиллер является одной из лучших советских вокалисток: её исполнению присущи теплота и искренность, высокая музыкальность и безупречный профессионализм, глубокое проникновение в стиль исполняемого, чувство строгой ответственности за каждую ноту, каждое слово», — отмечал в 1953 году А. Мелик-Пашаев. А спустя четыре года в статье «Всё хорошо, всё мастерски сделано!» народный артист России Иван Петров писал: «Очень трудную в вокальном отношении партию [Матильда в опере Дж. Россини «Вильгельм Телль»] она пела свободно, как требует того автор. Её сценический облик был грациозен и привлекателен.

Трогательный образ слепой Иоланты в опере П. Чайковского «Иоланта» неизменно глубоко волнует меня каждый раз, когда я в роли её отца — Короля Рене выхожу на сцену вместе с Наталией Дмитриевной. А ведь в этой роли она прибегает к очень скупым средствам выражения: сдержанный жест, минимум движений.

Прекрасна Маргарита в исполнении Наталии Дмитриевны. Образ, создаваемый ею в опере «Фауст» строг, в нём нет и тени мещанства. Очень проникновенно звучат баллада о фульском короле, ария с жемчугом и сцена в темнице.

Лично я затрудняюсь сказать, какая роль у Наталии Дмитриевны самая сильная, — перечисленные мною выше или партия Татьяны в "Евге-

нии Онегине", Тамара в "Демоне", Мадам Баттерфляй в "Чио-Чио-сан". Все хороши, все мастерски сделаны, все берут зрителя и партнёров за душу» [14].

Много раз Наталия Дмитриевна выступала с народным артистом России Пантелеймоном Марковичем Норцовым, с которым у неё были самые тёплые дружеские отношения. В год 70-летия певицы её коллега по творчеству писал: «Сохраняя основное зерно образа, определяемое музыкой и драматургическим развитием произведения, она находила свои музыкально-вокальные средства раскрытия внутренней сущности образа; находила свои сценические "приспособления" для выражения внешнего характера. И образы, созданные Н. Д. Шпиллер, отличали высокая вокально-сценическая культура, большая одухотворённость, женственность и удивительное «шпиллеровское» обаяние. Наталия Дмитриевна была певицей яркой творческой индивидуальности» [12].

Один из музыкальных критиков М. Бялик в статье «Обаяние таланта» (1984) очень точно подметил сущность характера некоторых героинь певицы и её незаурядную творческую личность. Впервые услышав Шпиллер ещё мальчиком в Киеве, он много лет спустя так изложил своё впечатление о том спектакле «Иван Сусанин»: «Она делала всё, что положено Антониде: смущённо-радостно встречала жениха, была почтительна и ласкова с отцом, приветлива с односельчанами... Она не ходила, а словно плыла над землёй, и движения её были волшебно певучими, а всё обыденное и приземлённое отступало, исчезало перед нею. Её пение было невыразимо прекрасно, но и светлая радость рондо, и печаль романса высоко возносились над жизненным поводом, которым были вызваны, и становились выражением вселенского весеннего ликования в одном случае и вселенской скорби в другом. Антонида — Шпиллер и внешне выделялась среди всех... В ту пору я не смог бы объяснить того, что чувствовал с безусловной ясностью: из добротного бытового спектакля Шпиллер выбивалась своей возвышенной одухотворённостью...» [4].

Не менее интересны его высказывания о певице, которую впоследствии он слушал и видел на оперных подмостках, увы, лишь однажды — в «Псковитянке» в филиале Большого театра: «Ощущение осталось сходное, — пишет Бялик, — облик Ольги, её пение были словно изнутри озарены каким-то необычайным, неземным светом... Шпиллер была в этой роли неповторима. Все другие певицы, которых я слышал в партии Ольги, воспроизводили, лучше или хуже, лишь реальные, прозаические черты образа. Вдохнуть в него поэтическое, видимо, очень трудно, если твоя душа на него не резонирует. И режиссёрские приспособления здесь обычно не спасают. А Шпиллер не приходилось играть духовность: последняя составляет саму её человеческую сущность».

О Наталии Дмитриевне написано много восторженных рецензий, отзывов, статей — всех не перечислить. Это статьи: А. Кантаровича «Выдающийся мастер вокального искусства» [9], А. Орфёнова «Беззаветное служение искусству» [13], Л. Розиной «Одухотворённое искусство» [15] и др. Но одна из них — «Царевна Лебедь в океане бурь», написанная режиссёром Георгием Ансимовым в 1995 году, заслуживает особого внимания. Вот не-

большой фрагмент из неё: «Всё-всё дано ей природой с королевской щедростью: прекрасная внешность и величественная осанка, благородство стиля и тонкая музыкальность, а главное — великолепное лирическое сопрано... Помню, мой учитель Борис Александрович Покровский, — вспоминал далее Г. Ансимов, — предложил ставить вместе с ним "Свадьбу Фигаро", где Наталия Дмитриевна играла Графиню... И вот, пожалуй, именно там я увидел всю дотошность в работе того поколения. Каждый раз, когда мы находили новое сценическое решение, она уже никогда его не забывала, ей не надо было ни о чём напоминать. Особенно памятно, как она проводила второй акт — бешеная сцена, когда граф ревнует жену, когда она защищает дверь, где скрылся молодой человек, буквально своим телом... бросается на колени... О, всё это было блистательно сыграно...

А её Маргарита! Она играла подлинную драму чистой души, попавшей в лабиринты фантасмагории. В замечательном спектакле "Садко", который был горячо любим публикой и не случайно отмечен Государственной премией..., она пела партию Волховы. В грандиозной постановке Покровского увлекали массовые сцены, но на фоне этих шумных действий особенно подчёркивались главные исполнители. А её Волхова была ярко театральна, что, впрочем, в душе она очень любила и на что всегда легко шла.

Такой же необычайно театральной она была и в "Валькирии", которую создавал Сергей Михайлович Эйзенштейн, великий экспериментатор. В той постановке он нагромоздил на сцене какие-то фантастические горы, и только

Шпиллер могла легко двигаться по этим горам да ещё в то же время и петь столь непростую музыку Вагнера.

Для меня и сейчас любая встреча с Наталией Дмитриевной — всегда урок. Даже если есть возможность увидеться дома, если кругом суета, шумгам, она всё равно всегда в своей неповторимой и поистине неподражаемой "шпиллеровской" форме: подтянута, благожелательна, внимательна к каждому, заботлива и... царственно покойна. Да, она, что называется, с молоком матери впитала кодекс чести российского интеллигента и свято соблюдает его всю жизнь. На таких, как она, некогда строился наш оперный театр. И она, Наталия Дмитриевна Шпиллер, одна из ярчайших его представителей» [3].

Наталия Дмитриевна работала с выдающимися деятелями культуры и искусства: режиссёрами Г. Ансимовым, Л. Баратовым, В. Лосским, Б. Покровским, Р. Симоновым, С. Эйзенштейном; дирижёрами Н. Голованов, А. Мелик-Пашаевым, В. Небольсиным, С. Самосудом, А. Пазовским, Б. Хайкиным. Пела с такими замечательными певцами, как А. Батурин, Г. Большаков, В. Давыдова, Б. Евлахов, И. Козловский, С. Лемешев, П. Лисициан, М. Максакова, М. Михайлов, Г. Нэллеп, П. Норцов, А. Огнивцев, И. Петров, А. Пирогов, М. Рейзен, Д. Узунов, Н. Ханаев и др.

Не меньшую известность приобрела Н. Д. Шпиллер и как концертно-камерная исполнительница. Начало этому было положено в 1935 году в Ленинграде, где на Втором Всероссийском конкурсе музыкантов-исполнителей её выступление было отмечено дипломом [10].

Свой первый сольный концерт Наталия Дмитриевна дала в Москве в 1936 году. Её крёстным отцом в концертной деятельности можно считать Константина Игумнова, который первым привлёк её к этой работе. С тех пор в течение 35 лет певица несла радость слушателям своим безупречным мастерством.

Чтобы поддерживать свою профессиональную форму, Наталия Дмитриевна придавала большое значение певческому режиму. В дни ответственных больших выступлений она, как правило, отдыхала от повседневных дел, но по утрам обязательно тренировала голос: пела гаммообразные упражнения, длинные ноты и пропевала некоторые сложные фразы из того репертуара, который вечером должен был исполняться. Интерпретируя то или иное произведение, не признавала сентиментальности, ложной чувствительности. При ярком исполнительском почерке всегда стремилась создавать благородный и строгий рисунок вокального произведения. Логично используя все технические приёмы (легато, стаккато, филировку, ферматы и т. д.), в первую очередь стремилась раскрыть замысел композитора. Однако строгость прочтения ритмического рисунка, точное исполнение пауз, длительностей нот, темпов никогда не переходила у неё в сухость, отнимающую творческую индивидуальность.

Н. Д. Шпиллер относится к тем певцам, которые в совершенстве владели певческим дыханием. Тщательная работа над крайними верхними нотами приносила возможность слушателям ими наслаждаться, так как эти ноты никогда не форсировались, а брались свободно, красиво, без излишнего напряжения. Она много работала над ровностью звучания голоса, правильным распределением головного и грудного резонирования, над дикцией. Дикция Наталии Дмитриевны есть нечто совершенное. «Плавное течение гласных

ограничено каменными берегами согласных. Ясность произнесения слова такова, что даже представить себе невозможно, чтобы какое-то одно из них не было услышано. На фоне известного снижения речевой культуры вокалистов (по этому поводу справедливо сетуют ныне и критики, и слушатели, подмечая огрехи по части дикции даже у даровитых и весьма известных солистов) предельная чёткость артикуляции у Шпиллер может даже показаться утрированной. Но нет — как только прислушаешься, быстро привыкаешь к этому блаженному, не столь часто испытываемому чувству удовлетворения от того, что смысл слова, усиленный музыкой, ты воспринимаешь без малейшего напряжения. Привыкаешь — и приемлешь дар артистки как нечто глубоко естественное, самой природой продиктованное» [4].

Начиная работу над раскрытием музыкального содержания произведения Наталия Дмитриевна прежде всего старалась раскрыть психологическую сущность мелодии, так как считала, что именно в ней заключено содержание образа произведения, его характера. Осмысливание слова у неё шло от концепции композитора. Она очень много работала над «музыкой слова». Считала, что слово должно вести музыкальное начало, произноситься не просто, а с большой любовью, его нельзя отрывать от музыкальной мысли.

Исполняя классическую музыку Баха, Генделя, Моцарта, Наталия Дмитриевна соблюдала стройность формы, сочетая это со сдержанностью эмоций. Исполнение классической музыки отличалось глубокой сдержанностью, сосредоточенностью, благородством, насыщенностью, внутренним драматизмом. Исполнение романсов русских композиторов — глубиной чувств, темпераментом в сочетании с естественностью, простотой, но никогда — простоватостью.

Её концертный репертуар был очень разнообразен. В него входили произведения русских, советских и зарубежных композиторов. Достаточно сказать, например, что она спела 46 романсов Чайковского, 25 романсов Рахманинова, многие произведения Глинки, Мусоргского, Римского-Корсакова, Прокофьева, Глиэра, Ипполитова-Иванова, Ан. Александрова и др. Среди 32 зарубежных композиторов — Гендель, Бах, Бетховен, Моцарт, Брамс, Шуман, Шуберт и Григ (наиболее любимые), Лист, Вольф, Доницетти, Верди, Дебюсси, Сен-Санс, Шоссон и др.

«Её пение — это голос души чистой и открытой, в которой нет потаённых уголков, запрятанных мыслей, нет и моральной и эмоциональной неопределённости. Героини Шпиллер целомудренны и откровенны. И, как бывает часто, когда персонаж наделён незаурядной впечатляющей силой, его облик мы непроизвольно ассоциируем с обликом создавшего его актёра. Беспредельная правдивость, искренность, душевная ясность, значительность переживаний и идей (исключающая "получувства" и "полумысли") — то своё, шпиллеровское, что присутствует в трактовке артисткой и классиков, и романтиков, и импрессионистов» [4].

Произведения не только отечественных, но и зарубежных авторов Шпиллер поёт по-русски. В одной из своих статей она обосновывает эту практику важнейшим, с её точки зрения, соображением: литературный текст вокального произведения, представляющего собой синтез поэзии и музыки, должен

непременно быть понятен аудитории. «Не входя в обсуждение проблемы, петь на языке оригинала или в переводе, хочу обратить внимание на иное, — подчёркивает Бялик. — Как красив русский язык Шпиллер! Знаменитые высказывания о мощи и величии родного слова невольно приходят на память, когда слушают её. Принято эталоном языкового благородства считать речь выдающихся драматических актёров — В. Качалова прежде всего. Но и пение Н. Обуховой, М. Рейзена, Н. Шпиллер может служить образцом великолепного русского произношения» [4].

Творческая дружба связывала Наталию Дмитриевну Шпиллер с Р. Глиэром, С. Василенко, Ю. Шапориным, В. Шебалиным, Н. Мясковским, Н. Раковым, А. Гедике, З. Левиной и другими композиторами. Они посвящали певице свои произведения, дарили их с благодарными надписями.

Благотворное воздействие на формирование Н. Д. Шпиллер как певицы и артистки оказала тесная творческая и личная дружба её с А. В. Неждановой. Выступая на Всесоюзном вокальном совещании в 1954 году в Ленинграде, Наталия Дмитриевна сказала: «Огромную роль в моём творческом становлении и развитии сыграла моя многолетняя тесная связь с великой русской артисткой А. В. Неждановой. Благодаря её руководству, консультациям и советам я получила определённые вокальные методические и исполнительские устои». В беседе с С. Воскобойниковой Наталия Дмитриевна вспоминала: «Наша дружба с ней [А. В. Неждановой] продолжалась пятнадцать лет. Сначала это были сугубо деловые встречи, потом они приобрели характер самых тёплых личных взаимоотношений. Антонина Васильевна часто приходила на мои концерты, и я испытывала при этом невероятное волнение — ведь это была сама Нежданова! Её пение всегда было для меня эталоном вокального мастерства. Я расспрашивала Антонину Васильевну о работе над создаваемыми ею образами и старалась что-то извлечь для себя из её рассказов. Нежданова никогда не навязывала своего мнения, но при этом порой одним словом или жестом могла направить меня по правильному пути...» [6].

Большое влияние на творчество Н. Д. Шпиллер оказал Н. С. Голованов, который известен не только как дирижёр, но и как композитор (им написано около 200 романсов, сделаны обработки народных песен, оркестровки вокальных произведений). Для Наталии Дмитриевны он оркестровал «Время сирени» Шоссона и «Жалобу» Дюпарка, которые певица исполняла под его управлением. После одного из концертов, 5 января 1946 года в Большом зале консерватории, где исполнялся «Реквием» Моцарта, в котором участвовала и Н. Д. Шпиллер, Н. С. Голованов сделал такую дарственную надпись: «Наталии — Николай Голованов с удовольствием и большим. Постскриптум — написанному верить. Н. Г.».

В работе Н. С. Голованов был лаконичен, размечал дыхание, нюансы, всю агогику и требовал неукоснительного выполнения. Уроки были всегда точно спланированы, и каждый обогащал певицу. Особенное внимание обращалось на дикцию. Работа на уроках шла с полной отдачей, но Голованов точно ощущал предел вокальных сил певицы и так мастерски распределял нюансы, что кульминация всегда «взмывалась на гребне звуковой волны». Он заставлял постоянно находиться в состоянии творческого поиска, совер-

шенствовать мастерство.

Всемирно известное трио в составе Л. Оборина, Д. Ойстраха и С. Кнушевицкого — мужа и друга Наталии Дмитриевны — безусловно оказывало большое влияние на становление Н. Д. Шпиллер как музыканта и певицы.

С Львом Обориным Наталия Дмитриевна непосредственно подготовила и спела несколько программ. Творческие встречи с А. В. Гауком также обогащали певицу. В сезоне 1936/37 годов в Москве Александр Гаук 21 раз дирижировал 9-й симфонией Бетховена, где Наталия Дмитриевна пела в вокальном квартете финала симфонии партию сопрано. И затем, на протяжении многих лет, не было сезона, чтобы Н. Д. Шпиллер не пела в симфонических концертах под управлением А. В. Гаука. Многое звучало впервые, прямо из-под пера композитора, например каватина Невесты из оратории Шапорина «На поле Куликовом», «Баллада о мальчике, оставшемся неизвестным» Прокофьева. Интерпретация Гауком исполняющихся произведений открывала певице новые горизонты в её исполнительском творчестве. Многое дало певице и общение с ленинградским дирижёром Карлом Элиасбергом.

Наталия Дмитриевна пела с отечественными, но и многими зарубежными дирижёрами. Среди них немецкий дирижёр Герман Абендрот, австрийские дирижёры Фриц Штидри и Йозеф Крипс и др.

Долгие годы Н. Д. Шпиллер связывало многолетнее творческое содружество с концертмейстером Большого театра СССР, мастером своего дела Семёном Клементьевичем Стучевским. Он принимал участие в составлении множества монографических вокальных программ певицы, за некоторым исключением был постоянным её партнёром, отлично чувствовал и чутко поддерживал все её намерения и замыслы.

Н. Д. Шпиллер спела большое количество концертов. Кроме концертов в Советском Союзе, она пела и за рубежом. Неоднократным гастрольным поездкам в Австрию, Болгарию, Польшу, Чехословакию, Корею, Канаду, Монголию всегда сопутствовал огромный успех и восторженные отзывы прессы.

Вот некоторые цитаты из рецензий: «Наталья Шпиллер показывает необыкновенной красоты голос, ровно звучащий на всём её большом диапазоне, звук сконцентрирован при правильном распределении грудного и головного резонаторов. Филировка звука и интонация безукоризненны. Интересна в речитативах, трогательна в лирических местах и увлекает в сильных. Романсы в её исполнении приобретают особенную прелесть благодаря поразительной красочности исполнения. Каждый исполненный ею романс — цельная, вполне законченная картина, выписанная до мельчайших штрихов... Верхние ноты не выкрикивает, а берёт свободно, красиво, без напряжения, у неё есть и чудное меццо-воче» (Ленинград, 1941) [16]; «Это триумф большого художника... Шпиллер тонко и одухотворённо чувствует русскую природу, даёт насыщенную, широкую гамму человеческих переживаний... Венцы в течение 30 минут не давали ей уйти со сцены» («Камерный концерт Наталии Шпиллер». Вена, 1945). Кстати, в доме Наталии Дмитриевны хранится письмо одного русского офицера, который после этого концерта написал: «...в этот день 24.07.45 года венская публика почувствовала силу русской певицы Наталии Шпиллер». А рецензент пражской газеты «Лидове новисти» в 1948 году писал: «Советская артистка захватила пражскую публику

красивым, технически совершенно выровненным тоном и особенно благородным и темпераментным исполнением».

Наша пресса ничем не уступала зарубежной. Вот несколько примеров: «Н. Д. Шпиллер — выдающаяся вокалистка: ее красивый и широкий по диапазону голос безукоризненно звучит во всех регистрах. Интонационная сторона исполнения безупречна, фразировка закончена и выразительна. Основное качество, присущее Н. Д. Шпиллер как певице и артистке, — благородство вкуса и редкое чувство стиля. Это чувство является верным спутником её исполнительского искусства и никогда её не обманывает. Н. Д. Шпиллер — превосходная камерная певица. Творчество Н. Д. Шпиллер — синтез взыскательной мысли, благородного чувства и великолепного мастерства» [5]; «Замечательная оперная певица ещё раз продемонстрировала своё мастерство в области камерного исполнительства. Огромный диапазон репертуара — от Глинки до Шапорина, от Баха до Леонкавалло... Использует всю многокрасочную палитру средств вокальной выразительности. Тончайшее пианиссимо в романсе "Прохладой ночь дохнула" Шапорина, внутренняя сила драматургии в "Заклинании" Шапорина. Разнообразие динамики, богатство тембров, подлинный артистизм, глубокое прочтение произведения помогли певице создавать яркие, убедительные образы, находить своеобразные концепции в интерпретации сочинений» [7]; «Не всегда даже очень большие артисты заботятся о стилевом и органическом единстве программы. Мы имеем певицу высокой музыкальной и общеартистической культуры. Безупречная чистота интонации, прекрасная дикция, чуткость к литературным и музыкальным фразам, артистическое обаяние, умение понять, ощутить и передать не только музыкальную ткань и литературную канву романса, но и всё то, что за этим кроется...» [17]. Критики называли голос Наталии Шпиллер ангельским, отмечая не только чистоту пения, но и поразительное музыкальное чутьё.

В 1947 году Н. Д. Шпиллер было присвоено почётное звание народной артистки РСФСР. За время своей певческой карьеры она трижды была лауреатом Государственных премий СССР (в 1941 году — за высокие достижения в вокальном искусстве, в 1943 году — за исполнение партии Матильды в опере

Россини «Вильгельм Телль», в 1950 году — за исполнение партии Волховы в опере Римского-Корсакова «Садко») [11, 18].

Педагогическую деятельность Наталия Дмитриевна начала в 1950 году в Государственном музыкально-педагогическом институте имени Гнесиных, где до 1958 года совмещала её с работой в Большом театре. Очень интересны её высказывания о первых шагах на этом нелёгком поприще: «Ведь что такое педагогическая работа? Это передача своего опыта, т. е. части своего сердца юным сердцам. Признаться, мой интерес к педагогике вызывал замешательство, если не испуг среди моих коллег, друзей, близких. Помню, как Николай Семёнович Голованов, наш замечательный дирижёр, воскликнул по этому поводу, обращаясь к Святославу Николаевичу Кнушевицкому: "Она сошла с ума, но ты то куда смотришь! Ей петь надо, а не преподавать". Думаю, Николай Семёнович тут ошибся. Преподавательская деятельность лишь давала мне новые творческие силы, ощущение того, что я как бы продолжаю себя в учениках» (Из интервью с Ростиславом Чёрным, 1985).

С 1958 по 1995 год Наталия Дмитриевна — на основной работе в институте (академии). В 1963 году ей присвоено учёное звание профессора кафедры сольного пения. С 1964 года в течение 11 лет Н. Д. Шпиллер — заведующая кафедрой оперной подготовки института, а затем в течение пяти лет — кафедрой сольного пения. Общий стаж педагогической работы Наталии Дмитриевны поистине впечатляет — 45 лет!

В классе профессора Н. Д. Шпиллер царила дружественная и демократичная обстановка. Внимательной, строгой, но без раздражения критике Наталия Дмитриевна умела придать остроумную и необидную форму. Она призывала студентов присутствовать на занятиях своих товарищей, справедливо считая, что это способствует более эффективному постижению вокального искусства. Наталия Дмитриевна стремилась к каждому студенту подойти индивидуально. Со временем в ходе занятий систематизировались чёткие методические установки педагога, которые и явились собственной вокальной школой («учебным пособием»). Они были направлены на достижение естественности и свободы в работе голосового аппарата, на освоение вокальной техники от простого к сложному, на глубокое осмысление текста и интонации в создании музыкального образа.

С первого знакомства с учеником Наталия Дмитриевна стремилась составить верное представление о его певческих возможностях, определить музыкантский и человеческий потенциал. Огромное значение она придавала общей музыкальной культуре и образованности будущего певца; была твёрдо убеждена в том, что настоящий певец должен не только в совершенстве владеть своим голосом, но и быть всесторонне развитым человеком.

Над вокальными упражнениями работа в классе проходила в течение всего периода обучения, с первого до последнего дня занятий. Упражнения делились на основные (обязательные) и индивидуальные. С обязательными упражнениями Наталия Дмитриевна советовала ученикам не расставаться в течение всей певческой жизни, так как они являлись основой формирования голосового аппарата, тех приёмов, закрепление которых ведёт к приобретению устойчивых навыков правильного голосообразования.

Эти стереотипные упражнения, как правило, исполнялись в одной и той же последовательности и почти всегда начинались с ноты «*до*» первой октавы. Первое из них педагог просила петь закрытым ртом (*до-ре-до-ре-ми-ре-ми-ре-до*). Это упражнение являлось как бы настройкой вокального «инструмента», в ходе которого ученик получал ощущение высокой позиции в соединении с хорошим дыханием. Ясное и близкое звучание, головное резонирование достигались благодаря поднятию мягкого нёба. Если мягкое нёбо было вялое, Наталия Дмитриевна рекомендовала следующий вспомогательный приём: зажать верхнюю губу между верхними и нижними зубами и слегка улыбнуться. Внутренние мышцы, связывающие верхнюю губу с мягким нёбом, заставляют его подняться, что и приводит к ощущению головного резонирования. Шпиллер считала, что постоянное использование этого упражнения приведёт к «автоматическому» поднятию мягкого нёба. Когда аппарат был настроен, переходили к следующему упражнению. Часто можно было заметить, что, если какое-то место в произведении у студента не получалось и звук, например, становился далёким, тогда пропевались фразы с закрытым ртом. Таким образом, находилось ощущение правильного, близкого звучания и затем это переносилось на пение с текстом.

Надо отметить, что почти во всех упражнениях вначале применялся сонорный согласный звук *«м» (ма, мо).* Наталия Дмитриевна считала, что этот звук активизирует работу артикуляционного аппарата и, в частности, губ. Выполняя роль «трамплина», от которого как бы «отталкивается» голос, согласный звук «м» позволяет (специально не акцентируя на этом внимание ученика) сформировать энергичную атаку звука. Этому моменту придавалось большое значение, так как точность атаки звука необходимо воспитывать с первых же занятий.

Упражнение на терцию исполнялось на гласные «*и-а-и-а-и*». Основной задачей было добиться единого и ровного звучания наиболее полярных по произнесению гласных, выработать плавный переход из одной гласной в другую.

Чрезвычайно полезным, по мнению Шпиллер, были упражнения на чередование гласных «*а, е, и, о, у*», которые исполнялись на одной ноте в медленном темпе в пределах октавы. Это позволяло ученику выравнивать звучание гласных и отрабатывать элементы кантилены. Переход от одной ноты к другой делался плавно, без изменения характера звучания. Студенту было необходимо добиться сохранения внутренних мышечных ощущений на всех гласных, приблизить плохо звучащие гласные к манере звукоизвлечения ярких, удобных гласных, например, «и», которую педагог часто ставила вначале. Но в принципе иногда первой ставила ту гласную, которая у студента звучала без усилий и более естественно.

Скачкообразные упражнения (например: *до — соль — пауза — соль — си — пауза — до*) профессор применяла для выработки правильного певческого дыхания. Акценты на первых нотах упражнения приводили к активизации работы мышц диафрагмы, что, в свою очередь, помогало укреплять и вырабатывать эластичность вдоха и выдоха. Сама Наталия Дмитриевна в совершенстве владела дыханием, и этого же добивалась от своих учеников. На уроках часто можно было слышать: «Возьмите хорошо дыхание», или:

«Выдохните, сбросьте воздух, а затем удобно вдохните», «возьмите дыхание глубоко, задержите его, а потом начинайте петь». Особое внимание на уроках уделялось экономному расходованию дыхания.

Для выработки эластичности гортани, подвижности голоса применялось упражнение по терциям (*до — ми — ре — фа — ми — соль — фа — ре — до*). Оно исполнялось в подвижном темпе, но на legato. Профессор внимательно следила за ровностью и однородностью звучания и просила петь без мышечного напряжения.

Предлагались также гаммообразные упражнения и различные комбинации арпеджио на legato и staccato. Исполнялись они с постепенным усложнением динамического рисунка, с ускорением темпа и постепенным «захватом» крайних нот. При этом было необходимо пропевать каждую ноту с оттенком светлого звучания. При исполнении такого рода упражнений формировались гибкость и подвижность певческого аппарата, закладывались основы певческого дыхания, расширялся диапазон голоса. Эти упражнения снимали излишнее напряжение, устраняли тремоляцию, приучали ученика пользоваться продолжительным выдохом.

Часть упражнений использовалась для отработки различных интервалов (терции, квинты, октавы). Скачки должны были выполняться легко, без «подъездов». Иногда педагог просила задержать верхнюю ноту на фермате и уже затем плавно спустить голос к исходному звуку.

Если на ранней стадии обучения упражнения охватывали средний участок диапазона, то есть исполнялись в пределах естественного звучания голоса, со временем диапазон расширялся до крайних верхних и нижних нот. Над расширением диапазона Наталия Дмитриевна работала постепенно. Она считала, что на ранней стадии обучения крайние ноты «необходимо пробовать, но не упражнять» и просила их петь в среднем динамическом нюансе, а главное избегать форсировки; вредным считала и облегчённый звук, провоцирующий ученика снимать голос с дыхательной опоры.

Н. Д. Шпиллер всегда следила за поведением студента в классе и на сцене, не позволяла делать какие-либо сопутствующие пению неестественные движения: кривить рот, сжимать судорожно руки, сильно наклонять или поднимать голову и т. д., то есть была противником любого мышечного напряжения в области шеи и лица. Считала, что это приведёт и к голосовому напряжению, избавиться от которого будет непросто. Самым неприятным и плохо поддающимся исправлению недостатком она считала горловой призвук и причину его видела в отсутствии дыхательной опоры и излишнем сжатии глотки. В работе над снятием этого недостатка в первую очередь она стремилась найти естественно звучащие ноты на середине диапазона и уже от них постепенно двигалась вверх и вниз; просила петь на «проточной» опоре воздуха; ощущение раскрытия глотки просила соединять с дыхательным столбом. Упражнения применялись подвижные, с закрытым ртом или на гласные «о» и «у». Для снятия форсировки надо было привести дыхание в «эластичное» состояние, а если его не хватало — петь как бы «в себя», на вдохе. Постоянно ревностно Шпиллер следила за чистотой интонирования своих учеников. Считала, что большую пользу здесь принесёт пение закрытым ртом (мычание), которое настраивает

на высокую позицию, а высокая позиция, по её словам, заключается в высоком положении мягкого нёба при активной поддержке дыхания. В борьбе с низкой позицией применялась гласная «и». При этом надо было «думать» о гласной «ю», отчего звук становился точно позиционно выровненным и в то же время был более округлённым. С дефектами дикции Наталия Дмитриевна боролась беспощадно, требовала чёткого, ясного произношения, считала, что хорошее слово в пении активизирует работу голосового аппарата и способствует нахождению полётного, высоко позиционного звучания голоса.

Интересны взгляды Н. Д. Шпиллер на причины возникновения и пути исправления тремоляции в голосе ученика. Профессор считала, что причина тремоляции заключается в недостаточно глубоком вдохе и слабой опоре дыхания. По образному её выражению, в этом случае «лифт застревает между этажами». Качание или чрезмерно крупное вибрато возникает от излишней подачи воздуха. Человек как бы «нажимает на все клапаны», создаётся сильное подскладочное давление, а голосовые складки не справляются с работой.

Чтобы избавиться от этих недостатков, в первую очередь необходимо привить ученику «спокойное» дыхание: «При пении сила голоса должна быть в пределах нормы, чтобы не было такого явления, когда лицо наливается кровью, вены на шее набухают, то есть идёт форсировка. Певец должен уметь управлять дыханием, подавать его ровно, без толчков и нажима. В этом случае борьба с тремоляцией и качанием голоса будет идти успешно».

Наталия Дмитриевна считала полезным исполнение вокализов. Она требовала относиться к ним как к небольшим музыкальным произведениям без слов, где ставилась определённая вокально-техническая задача. Вместе с тем на вокализах стремилась развивать певческую выразительность и определённый эмоциональный настрой.

На первых курсах осваивались вокализы Ф. Абта и Н. Ваккаи, затем Ж. Конконе и Г. Зейдлера. Таким образом, уровень их постепенно усложнялся. Обычно вокализы исполнялись на какой-либо слог, но чаще всего на «ма». Когда педагог видела необходимость прикрытия звука, она советовала петь на слог «мо», где сама гласная «о» уже хорошо округляла звук. Особенно много времени уделялось вокализам Лютгена, которые Наталия Дмитриевна считала чрезвычайно полезными. «Они удобны и охватывают естественную голосовую тесситуру», — говорила она. На старших курсах любила давать 24 вокализа Панофки из сборника «Искусство пения». Как правило, сначала студент выучивал и прорабатывал вокализы с 8 номера по 12. Красивая мелодия способствовала выработке кантилены, а удобные фразы позволяли экономно распределять и расходовать дыхание. Наталия Дмитриевна считала, что студент должен стремиться идеально соблюдать весь «синтаксис» и «пунктуацию» вокализов, выполнять все пожелания автора. На следующем этапе исполнялись более сложные вокализы. Таким образом, как и в упражнениях, здесь также применялся принцип постепенности и последовательности увеличения трудностей. Остальные номера этого сборника Панофки были направлены на развитие определённых видов вокализации: беглости, пения точности синкоп, форшлагов и группетто, пения арпеджио и хроматических гамм. Освоив эти вокализы, охватывающие весь спектр вокально-технических

задач, студент более уверенно чувствовал себя при работе над художественными произведениями.

Пению вокализов, как и упражнений, Наталия Дмитриевна придавала большое значение, считая, что с их помощью студент научится придерживаться чёткой организации темпоритма, разовьёт «выразительность своего голоса».

Однако при всей важности работы над технической оснащённостью голоса ученика основой воспитания певца Наталия Дмитриевна считала работу над художественными произведениями. В течение пяти лет обучения её ученики осваивали большой и разнообразный репертуар, включающий оперную и романсовую литературу, знакомились со всеми стилями и направлениями, существующими в вокальной музыке.

Принцип «от простого к сложному» как нельзя кстати подходит для характеристики выбора профессором вокальных произведений для своих питомцев. Так, на начальном этапе Наталия Дмитриевна разучивала с ними произведения старинной классики, лёгкие итальянские арии, романсы русских композиторов, мелодичные народные песни, то есть те произведения, которые не требуют большой эмоциональной нагрузки, звуковой насыщенности и наличия большого диапазона. Однако со временем в репертуаре студентов появлялись более сложные произведения, которые подбирались педагогом с учётом их индивидуальности.

Как правило, вначале Наталия Дмитриевна прослушивала произведение целиком, не останавливая и не прерывая студента, предоставляя ему возможность самостоятельно проявить своё понимание и отношение к музыке. Лишь после этого начиналась тщательная работа над точностью исполнения музыкального текста, над осмыслением слова, над дикцией; уделялось большое внимание активному состоянию губ и приятной естественной улыбке. Не допускалось нарочитое скандирование слов. Наталия Дмитриевна считала, что залог правильного вокального исполнения в слиянии слова и музыкальной мысли. «Пение должно быть не только глубоко эмоциональным, — говорила она, — но и художественным, образным, подчинённым логике и смыслу».

Одновременно с работой над естественным вокальным словом в классе Шпиллер большое внимание уделялось поиску разнообразных тембральных красок и эталонного звучания голоса. В зависимости от стиля произведения она добивалась или инструментального характера звука, ясного, чёткого, или «русского» звучания — привольного и мягкого. Студент привыкал пользоваться различными тембрами — густым, более сумрачным или, наоборот, близким и ярким, то есть своеобразной голосовой «светотенью». Применяя выразительность тембральной и динамической нюансировки, Наталия Дмитриевна старалась наиболее полно раскрыть суть исполняемого произведения. Она учила студентов вникать в образ, чтобы качество звучания голоса, темперамент и манера пения, дикционные оттенки служили воплощению замысла композитора.

В классе применялась так называемая двухступенчатая работа над произведением. Она заключалась в следующем. После того как студент тщательно выучивал какое-то сочинение, оно на некоторое время откладывалось в сторону, «отлёживалось», и начиналась работа над другим. Это делалось для того, чтобы «забылись» (как говорила профессор) какие-то неудачные вокально-техниче-

ские моменты, появились новые ощущения и т. д. По прошествии определённого времени, когда ученик уже овладевал новыми техническими моментами, он возвращался к отложенному на время произведению, и результат был почти всегда положительный. При таком подходе вырабатывалась автоматизация певческих навыков, они становились более естественными и прочными.

На старших курсах Наталия Дмитриевна поощряла самостоятельную работу студентов, чаще прислушивалась к их пожеланиям. Если они подбирали новые интересные произведения, отвечающие их уровню, запросы тут же удовлетворялись. В противном случае педагог убедительно объясняла, над чем ещё необходимо поработать.

В педагогической деятельности профессора Н. Д. Шпиллер нашли своё творческое преломление основополагающие принципы вокальной педагогики: индивидуальный подход к каждому ученику, постепенность и последовательность в работе, единство художественного и вокально-технического развития. Она старалась приучать будущих артистов к постоянной вдумчивой работе, заставляла их мыслить, решать определённые задачи, считала, что профессиональный певец-художник должен быть требовательным к себе, не останавливаться на достигнутом, постоянно совершенствоваться и развиваться.

Сама Н. Д. Шпиллер служила для студентов идеальным примером высокой музыкально-исполнительской культуры, чьё пение всегда отличалось редким сочетанием глубокой выразительности и безупречной строгости. Всё это в целом создавало в классе атмосферу настоящего творческого поиска.

За годы своей педагогической деятельности Н. Д. Шпиллер воспитала многих певцов-профессионалов. Среди них солисты оперных и музыкальных театров, филармоний, концертных организаций, преподаватели музыкальных училищ и вузов; народные и заслуженные артисты, лауреаты и дипломанты международных и всесоюзных конкурсов: народная артистка России, солистка Большого театра, профессор РАМ им. Гнесиных М. А. Миглау, заслуженные артистки России Г. С. Кузнецова и Л. Т. Коновалова (Московский музыкальный театр им. Станиславского и Немировича-Данченко и Екатеринбургский театр оперы и балета), солистка Воронежского оперного театра А. М. Тырзыу, солист Таллинского оперного театра Л. А. Савицкий, солист Саратовского оперного театра, доцент консерватории В. А. Демидов, лауреат международных конкурсов, солист Большого театра А. И. Григорьев, солистка Большого театра Е. А. Евсеева, солистка Москонцерта И. Б. Мышковская, солисты филармонии Н. Р. Лопатинская, Т. М. Дашкова, Т. И. Белякова и др. [1, 2].

Наталия Дмитриевна Шпиллер вела большую научно-методическую работу. Многие публикации (всего около 60 наименований) были посвящены ведущим деятелям отечественной вокальной культуры: А. В. Неждановой (1950), И. С. Козловскому (1961), Н. Ю. Юреневой и В. А. Атлантову (1966), М. Л. Биешу и К. П. Лисовскому (1971), М. П. Максаковой (1972), М. О. Рейзену (1973), К. В. Леоновой (1974), Г. Ф. Большакову (1974), Е. В. Алтуховой (1977), Н. Н. Озерову (1977), А. П. Огнивцеву (1978), А. И. Орфёнову (1979) и др.

Среди работ, выполненных на кафедре сольного пения, многие касались анализа вокальных трудностей при работе над оперными партиями Иоланты, Марфы, Волховы, Антониды, Царевны Лебедь, Оксаны, Графини и др.

Н. Д. Шпиллер очень часто выезжала в научно-методические командировки по разным городам страны (Владивосток, Ленинград, Алма-Ата, Ростов-на-Дону, Саратов, Казань, Астрахань, Воронеж, Петрозаводск и др.). Как правило, целью таких командировок было оказание методической помощи тому или иному музыкальному училищу или вузу, той или иной музыкальной организации и т. д.

С 1966 года, в течение почти 30 лет, Наталия Дмитриевна Шпиллер являлась бессменным председателем Научно-методического совета по вокальному образованию при Министерстве культуры Российской Федерации. На высочайшем профессиональном и организационном уровне проводила научно-методические конференции и смотры вокалистов — выпускников музыкальных вузов России. Вела большую работу по совершенствованию вокального образования в стране, пропаганде молодых певческих кадров, активизации учебного процесса на вокальных факультетах музыкальных вузов, поднятия уровня подготовки профессионалов в среднем звене.

С 1969 года Н. Д. Шпиллер являлась председателем вокально-творческого кабинета им. А. В. Неждановой при ВТО, где проводила регулярные встречи с творческой интеллигенцией Москвы, совещания по вопросам вокальной педагогики и исполнительства; была членом Совета по работе с молодёжью МК СССР, консультантом Большого театра, председателем вокально-творческого кабинета Союза театральных деятелей РСФСР (с 1950 года — член СТД), частым членом жюри всесоюзных и международных конкурсов вокалистов.

До конца своих дней Н. Д. Шпиллер вела активную творческую педагогическую и просветительскую деятельность. Скончалась Наталия Дмитриевна 20 июля 1995 года. Похоронена в Москве на Новодевичьем кладбище.

В 2014 году на базе Российской академии музыки имени Гнесиных при поддержке Министерства культуры РФ проведён Первый открытый Всероссийский конкурс вокалистов имени Наталии Шпиллер «Шедевры русской музыки». Конкурс выявил много молодых талантливых певцов, которым предстоит развивать лучшие традиции русской вокальной школы. Конкурс освещали такие СМИ, как «Музыкальное обозрение», «Музыкальный клондайк», радио «Орфей». Одним из информационных спонсоров явилась и Российская общественная академия голоса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Агин М.* Мастера вокального искусства: Наталия Дмитриевна Шпиллер. М., 2010. С. 409—412.
2. *Агин М.* Наталия Шпиллер : (фотоальбом). М., 2014. 24 с.
3. *Ансимов Г.* Царевна Лебедь в океане бурь // Культура. 1995. 4 марта.
4. *Бялик М.* Обаяние таланта // Сов. музыка. 1984. № 12. С. 77—78.
5. *Владимиров В.* Наши лауреаты // Волжская коммуна. 1943. 28 марта.
6. *Воскобойникова С.* Шпиллер Н. Жить для искусства // Сов. музыка. 1984. № 22. С. 15—16.
7. *Гаук А.* Мастерство камерного пения // Сов. культура. 1954. 27 марта.
8. *Иофель Е.* Народная артистка РСФСР Н. Д. Шпиллер — камерная певица. Перспективы развития вокального образования : тезисы. М., 1985. С. 37—40.
9. *Кантарович А.* Выдающийся мастер вокального искусства // Сов. музыка. 1950. № 8. С. 73—76.

10. *Краморев Н.* Декада советской музыки // Сов. артист. 1957. 8 мая.
11. Наталья Дмитриевна Шпиллер. М., 1953. 16 с.
12. *Норцов П.* Замечательный мастер вокального искусства // Сов. артист. 1979. 28 сент.
13. *Орфёнов А.* Беззаветное служение искусству // Сов. артист. 1954. 10 марта.
14. *Петров И.* Всё хорошо, всё мастерски сделано // Сов. артист. 1957. 22 апр.
15. *Розина Л.* Одухотворённое искусство // Челябин. рабочий. 1958. 8 дек.
16. *Холодовский В.* Наталья Шпиллер // Театр. неделя. 1941. № 14. С. 4—5.
17. *Черных Е.* Наталья Шпиллер // Мелодия. 1985. № 4. С. 38—39.
18. Шпиллер Наталья Дмитриевна. Музыкальная энциклопедия. М., 1982. Т. 6. С. 401.

Связь с автором:
Агин Михаил Суренович
1948.90@list.ru

СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ГЛУХОТОЙ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ — ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКОВОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАНЯТИЙ. ОТЧЁТ ИЗ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 37

© Чвиклиньска И.[2, 4], Панковска А.[2, 4] Скаржиньски П. Х.[1–4], 2014

1 — Отделение диагностики, реабилитации зрения и органов чувств Варшавского медицинского университета, Варшава, Польша;

2 — Институт физиологии и патологии слуха, Варшава, Польша;

3 — Институт органов чувств, Каетаны, Польша;

4 — Мировой центр слуха, Каетаны, Польша.

Среди пациентов, в лечении которых были использованы кохлеарные импланты, всё большую группу составляют пациенты с частичной глухотой. В рамках послеоперационной опеки после подключения и параллельно с последующими настройками процессора речи пациенты принимают участие в систематической слуховой тренировке во время занятий в Клинике реабилитации Института физиологии и патологии слуха.

Целью работы явилось представление языкового материала, применяемого во время слуховой реабилитации. Подбор и использование указанных материалов связаны с потребностями и трудностями этой группы пациентов, выявленными ещё на этапе диагностики. Кроме того во внимание были приняты наша повседневная работа и опыт.

Особенностью пациентов с частичной глухотой является трудность в приёме речи, наблюдении и понимании высказываний на слух. Данная проблема связана с тем, что до операции пациент имеет ограничение в приёме сигналов на средних и высоких частотах, что впоследствии оказывает влияние на приём многих звуков. В дискуссии о правильности подбора языкового материала, применяемого в слуховой тренировке пациентов с частичной глухотой, стоит обратить внимание на акустическую классификацию звуков. В работе представлены материалы и приёмы, используемые в повседневной работе с пациентами с частичной глухотой. Полученные результаты применяются не только для оценки прогресса пациентов, но и в качестве материала при слуховых упражнениях, составляющих программу реабилитации после кохлеарной имплантации.

Выводы. Наша работа по классификации и подготовке языкового материала для слуховых упражнений продолжается и будет расширена для более младших пользователей кохлеарного импланта.

Ключевые слова: кохлеарный имплант, пациенты с частичной глухотой, слуховая тренировка**.**

Библиография: 11 источников.

HEARING REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARTIAL DEAFNESS USING COCHLEAR IMPLANT — PROPOSAL ON LANGUAGE MATERIAL FOR EXERCISES.

REPORT FROM LOGOPEDIC PRACTICE

УДК 37

© Cwiklinska J.[2,4], Pankowska A.[2,4], Skarzynski P.H. [1—4], 2014

1. Eye and sense organs diagnostic, rehabilitation department, of Warsaw medical university, Warsaw, Poland;

2. Institute of physiology and pathology of hearing, Warsaw, Poland;

3. Institute of sense organs, Kajetany, Poland;

4. World hearing center, Kajetany, Poland.

Among patients, for treatment of which the cochlear implants have been used, the more bigger and bigger group consists of patients with partial deafness. Within the framework of postoperative care after connection and, in parallel with further setting of speech processor, the patients take participation in systematic training in hearing during exercises at the Rehabilitation clinic of the Institute of physiology and pathology of hearing.

The purpose of work is to represent a language material used during hearing rehabilitation. The choice and use of the stated materials related to the needs and difficulties of this group of the patients which has been already identified at the stage of diagnostics. Besides that our day-to-day work and experience has been taken into consideration.

The feature of patients with partial deafness is a difficulty in receipt of speech, observation and understanding of declarations in a verbal way. This problem connected with the fact that prior to operation, the patient has a limitation in receipt of signals at the medium and high frequencies, that in consequence, make effect on the receipt of many sounds. In discussion on the rightness in choice of the language material to be applied while training in hearing for patients suffered from partial hearing loss, it is worth to pay attention to acoustic classification of the sounds. The work represents materials and methods used in a day-to-day work with patients suffered from partial deafness. The received results are used not only to assess a progress by patients but also shall be used as a material for hearing exercises which contains a program for rehabilitation after cochlear implantation.

Conclusions. Our work in classification and preparation of the speech material for hearing exercises will continue and will be extended also for lower younger users of the cochlear implant.

Key words: cochlear implant, patients with partial deafness, training in hearing

Bibliography: 11 sources.

Слух является одной из сенсорных систем, правильное функционирование которой обеспечивает соответствующую работу многих процессов. Слух позволяет получать информацию об окружающем мире, овладеть языком как средством общения, в результате он даёт возможность построить близкие и взаимные отношения с людьми. Потеря слуха или с раннего возраста функционирование с серьёзными нарушениями делает невозможным восприятие некоторой информации, что является причиной ограниченной информации об окружающей среде.

Программа лечения пациентов с глубокой потерей слуха при использовании кохлеарных имплантов началась 20 лет тому назад и была расширена в 2002 году также для пациентов с частичной глухотой [5]. Программа предоставила возможность создания нового пути лечения пациентов с заболеваниями слуха. Успех этого метода лечения в большой степени связан с обеспечением пациентов комплексной опекой, начиная с диагностики, операции, заканчивая выбором и осуществлением плана реабилитации. Значительную роль играют участие и работа в этом процессе многих специалистов из разных областей: врачей, инженеров, сурдологопедов, педагогов, психологов, а также постоянная разработка реабилитационных методов и их применение в соответствии с возрастом, возможностями и способностями пациентов. Принимая во внимание данные факторы, мы можем обеспечить пациентам с кохлеарным имплантом нормальное слуховое функционирование в обществе.

Пациенты с частичной глухотой — характеристика проблем и потребностей в области слуха, языка и общения

У пациентов с частичной глухотой чувствительность слуха является правильной или незначительно пониженной на низких частотах и одновременно отсутствует возможность восприятия высоких тонов [6]. До того как в 2002 году была выполнена первая кохлеарная имплантация у пациента с подобного вида тугоухостью, ситуация таких пациентов была сложная. Из-за отсутствия положительных результатов в понимании речи они обычно не пользовались стандартными слуховыми аппаратами, а медицина не могла им предложить другого выхода. Возможность выполнения кохлеарной имплантации с одновременным сохранением оставшегося слуха кардинально изменила эту ситуацию.

Наибольшим вызовом для пациентов с частичной глухотой является понимание высказываний собеседников. Этот факт подтверждают высказывания пациентов во время диагностики, а также анкета, проведенная в этой группе пациентов [2]. Однако характеристику этих проблем стоит рассматривать не только с точки зрения слуховых возможностей и способностей, но и в сфере языка и общения.

Разделение пациентов и выделение двух групп: взрослых; детей и молодёжи — относится к возрасту пациентов во время диагноза частичной глухоты и влияет на различие потребностей и проблем, возникших из-за ограниченного доступа к звукам (табл. 1).

Таблица 1

Возможности и умения слуха, языка и общения пациентов с частичной глухотой

Возможности и умения	Взрослые	Дети и молодёжь
Слуховые возможности и способности	Ограниченные возможности восприятия предметных звуков и речи	Ограниченные возможности восприятия предметных звуков и речи
	Восприятие речи при поддержке зрения	Восприятие речи при поддержке зрения
Языковые способности	Богатый словарный запас	Усвоение словарного запаса в соответствии с возрастом
	Понимание фонологической области языка	Ограниченное понимание фонологической области языка
	Знание грамматических правил, применяемых в высказываниях	Проблемы с применением грамматических правил в высказываниях
Способности общения	Вербальное общение	Вербальное общение
	Разборчивые высказывания с точки зрения произношения, но произношение отдельных звуков вызвано узусом, а не нормой произношения	Замечаем значительные ограничения в произношении звуков, особенно трёх их видов (тихие, шипящие и шумные)
	Нарушения просодии	Нарушения просодии

Как взрослые, так и дети с частичной глухотой испытывают трудности в перцепции речи (восприятии, различении и понимании). Они слышат голос, различают начало и конец высказывания, лучше справляются с идентификацией содержания предложений, чем с различением двух слов, похожих по произношению [3]. Несомненно, в выполнении таких упражнений помогают опыт в использовании речи, ассоциация слуховых образцов слов с соответствующими понятиями, частота выступления некоторых соединений слов и контекст.

Ограниченное восприятие звуков речи, особенно на средних и высоких частотах, влияет на качество и чёткость создаваемых высказываний. Несмотря на ограниченный акустический опыт пациенты присваивают словарный запас, который даёт им возможность развивать вербальное общение. Во время общения им помогает чтение по губам — зрение является для них большой поддержкой в наблюдении и понимании высказывания [8].

Ограниченный доступ к полному диапазону частот звуков мешает в жизни пациентов в профессиональной среде и обществе. Эта ситуация приводит к ограниченным возможностям использования СМИ, участия в событиях и встречах. Ситуация формирует чувство отличия, является причиной ухудшения общего психического состояния [4].

Индивидуальная программа реабилитации для каждого пациента должна учитывать все вышеуказанные факторы. Правильная организация и применение соответствующего звукового материала, состоящего из предметных звуков и речи, влияют на эффективность развития слуховых способностей после кохлеарной имплантации.

Характеристика звуков в польском языке (все нижеуказанные примеры характерны для звуков польского языка)

В литературе классификация звуков производится на основе артикуляционных, акустических или функциональных параметров. Для дальнейших рассуждений по поводу подбора языкового материала, применяемого в слуховой тренировке среди пациентов с частичной глухотой, важной является акустическая классификация звуков.

Предложенная в литературе классификация основана на двух изменяющихся факторах — соответствующей позиции языка в момент артикуляции отдельных звуков и связанная с этим позиция второй форманты (F2) звука [11]. На частоту второй форманты влияют изменения позиции языка в момент артикуляции звуков в направлении к передней и задней части полости рта, а также последствие этого, т. е. уменьшение речевого канала. Согласно принятым критериям можно выделить переднеязычные и заднеязычные звуки [9, s. 39 – 40].

Заднеязычные звуки — это звуки, произносимые, когда язык изгибается вверх к задней части полости рта, что является причиной сужения речевого канала у мягкого нёба. Вторая форманта (F2) находится на частотах 600—100 Гц и представляет гласные: польские «o, i, ą» и согласные «ų, k, g, χ».

Следующая группа звуков произносится при плоском расположении языка. Это характерное расположение для артикуляции звуков, в которых вторая форманта (F2) выступает на частотах 1200—1700 Гц. К этой группе относятся гласный звук «a» и согласные «į, p', b', k', g', f ', v', ś, ź, χ́, ć, ʒ́, m', ń». Во время произношения этих звуков язык заполняет дно ротовой полости, а спинка языка лежит плоско или в небольшой степени изгибается в средней части языка.

Переднее расположение языка позволяет произнести гласные «e, ę, y, i» и согласные «ǯ, p', b', k', g', f ', v', ś, ź, χ́, ć, ʒ́, m', ń». Во время их произношения язык передвигается в переднюю часть полости рта, вызывая сужение речевого канала в области передней части нёба и расширение в задней части полости рта. Результатом этих движений является передвижение второй форманты (F2) к частотам 2300—3000 Гц [9, s. 39—40].

В литературе подчёркивается также значение первой форманты (F1) звуков, которая зависит от ширины речевого канала в передней части полости рта — чем канал шире, тем выше первая форманта. Длина речевого канала также влияет на первую форманту — чем длиннее канал, тем ниже форманта. Это явление объясняет тот факт, что у женщин и детей не только основной тон, но и отдельные форманты звуков повышаются по сравнению с мужчинами [9, s. 39—40].

Следующая классификация звуков польского языка основана на использовании разных видов звуков вместе [9]. Таким способом можно выделить:

1) сложенные звуки, соответствующим образом воспроизводимые или близкие к норме;
2) звуки, являющиеся шумами;
3) звуки, являющиеся импульсами;
4) звуки, которые включают в себя вышеуказанные звуки.

Сложенные звуки создаются на основе гортанного тона и имеют точно определённую формантную структуру. В эту группу звуков входят все гласные «a, o, e, i, y, u, ą, ę» и сонорные согласные «ų, l, m, n, ń, į, m'». Это звуки, воспроизводимые соответствующим образом или близкие к норме с высоким уровнем громкости, который составляет 40—40 дБ (частота измеряется на расстоянии 1 м).

Следующая категория — щелевые немые согласные «f, f ', s, š, ś, χ, χ́». Эти звуки не имеют точно определённой формантной структуры и можно только заметить полосы усиления в широкой полосе шумов. Звуки произносятся на частоте 15—30 дБ.

Существуют также звуки, являющиеся шумами с модифицированным гортанным тоном. В этой группе находятся щелевые звонкие согласные «v, v', z, ž, ź». Их громкость, измеряемая на расстоянии 1 м, составляет 20—40 дБ.

Импульсы — это звуки с временным звучанием, воспроизводимые на низких частотах — до 30 дБ. В этой группе находятся взрывные согласные «p, p', t, k, k'».

Есть также звуки, являющиеся импульсами с дополнительным гортанным тоном — это взрывные звонкие согласные «b, b′, d, g, g′» и согласный «r», который состоит из двух или трёх импульсов, воспроизводимых вместе. Громкость этих звуков составляет даже 50 дБ.

Последнюю группу представляют звуки, которые состоят из импульса и шума — эти черты характерны для взрывных немых согласных «c, č, ć». Громкость составляет около 30 дБ.

Аналогично к предыдущим группам можно отнести также звуки, которые состоят из импульса, шума и гортонного тона. Такими звуками являются щелевые звонкие «ʒ, ʒ́, ǯ», громкость которых составляет 25—40 дБ.

Соотнося информацию об акустической структуре звуков польского языка с информацией о слуховых возможностях пациентов с частичной глухотой перед кохлеарной имплантацией, мы получаем информацию о слуховых возможностях пациентов в области слуха и понимания звуков перед кохлеарной имплантацией.

Мы считаем, что это является начальным шагом в планировании лечения этих пациентов. Целью слуховой тренировки пациентов с частичной глухотой является формирование способности различения и идентификации звуков окружающей среды и речи на высоких частотах. Цель следующего этапа — соединение звуков, принимаемых при использовании естественного слуха, который при необходимости может быть усилен стандартным слуховым аппаратом, и звуков, принимаемых при помощи кохлеарного импланта для улучшения понимания речи.

Вышеуказанные действия являются реализацией на практике трёх этапов реабилитации.

I. Основной этап — выделение звуков и их дискриминация.

II. Этап обычного разговора — идентификация разных звуков, особенно звуков речи, касающихся определённой группы тем, трудность которых повышается в зависимости от времени или прогресса пациента.

III. Этап понимания речи — понимание речи, принимаемой слуховым путём, касающейся разных неопределённых тем [1, 7].

Материалы, применяемые в слуховой тренировке пациентов с частичной глухотой после кохлеарной операции — опыт логопедов

Реабилитация пациентов с частичной глухотой после кохлеарной имплантации основана на идее, что благодаря применению кохлеарного импланта пациенты получают возможность перцепции звуков на высоких частотах, а вследствие объединения естественного слуха с «электрическим» они могут принимать звуки на всех частотах. Слуховые упражнения, применяемые в процессе реабилитации, направлены на стимулирование приёма этих слуховых явлений и интеграцию звуков, получаемых при помощи естественного слуха и кохлеарного импланта.

В рамках слуховой тренировки после кохлеарной имплантации используются разные доступные методы исследований и тесты, а также упражнения, включающие лексический и звуковой материал, созданные для этой группы пациентов [3]. В повседневной клинической работе с пациентами с частичной глухотой после кохлеарной имплантации применяются следующие тесты:

1) тест слухового различения звуков (польск. TSRG) (M. Nowak-Czerwińska);
2) тест «Незнакомый язык» (M. Bogdanowicz);
3) группа тестов слуховых способностей для взрослых с упражнениями с применением лексического материала:

а) определённые (закрытые) группы:
— гласные,
— согласные,
— числа;

б) неопределённые группы (открытые):
— тест понимания односложных слов в тишине и шуме (на основе
— тестов, разработанных учёными Медицинской академии и Польской академии наук в г. Познань),
— тест понимания предложений;

4) тест для обследования фонематического слуха у детей и взрослых (E. Szeląg, A. Szymaszek).

Тест слухового различения звуков (M. Nowak-Czerwińska)

Этот тест был создан для обследования фонематического слуха у детей с нормальным слухом, но применяется также в реабилитации пациентов с кохлеарным имплантом. Тест состоит из 64 пар слов, которые подаются в восьми сериях — каждая включает в себя восемь пар. Каждая серия состоит из двух пар похожих слов и шести пар паронимов, т. е. слов, которые звучат похоже, но имеют разное значение. В этих парах использованы звуки, противопоставленные с точки зрения определённой отличающей черты (звонкие — глухие, губные — носовые, твёрдые — мягкие), расстояния между губами при произношении или места артикуляции. Задача обследуемого: определить на этапе дифференциации звуков, являются ли два услышанные слова одиноковыми, а на этапе идентификации — правильно повторить слова. Звуки подаются таким образом, чтобы пациент не мог помогать себе при помощи зрения, а пользовался только слухом.

Указанная эффективность теста слухового различения звуков в работе с пациентами с частичной глухотой стала инспирацией для создания дополнительных пар слов (в том числе паронимов) для слуховой тренировки. Расширенный этим способом лексический материал состоит из тех звуков, различение или приём которых является сложной задачей для пациентов перед кохлеарной имплантацией. Этот материал может быть применен для оценки прогресса пациентов на каждом этапе реабилитации [3] или в качестве обычного упражнения для практики различий между звуками польского языка.

Тест «Незнакомый язык» (M. Bogdanowicz)

Тест применяется для оценки фонологических умений: способности различения звуков (фонематический слух), способности выполнения действий на фонологических единицах (анализ и синтез) и фонологической памяти. В слуховой тренировке для пациентов с имплантом, в том числе с частичной глухотой, используется тест умений пациента различать согласные в польском языке (обследование фонематического слуха). Эта часть состоит из 25 пар слов, которые отличаются только одним звуком. Тест похож на тест слухового различения звуков, потому что слова (паронимы) подаются в отличающихся одним звуком парах, а задача обследуемого — определить, являются ли эти слова одинаковыми. Ответы записываются в таблице, а в случае ошибочного ответа, можно вернуться к данной паре и попробовать ещё раз ответить на вопрос. По идее автора, тест предназначен для детей дошкольного и школьного возраста. Дети школьного возраста должны дополнительно определить, каким звуком отличаются два слова. Различие между двумя вышеуказанными тестами заключается в том, что в тесте «Незнакомый язык», в отличие от теста слухового различения звуков, используются слова без смысла, т. е. неестественные, которые не имеют никакого значения.

Опыт свидетельствует о том, что этот тест, как и предыдущий, может быть применён для оценки прогресса пациентов с частичной глухотой в каждом упомянутом выше возрасте. Тест находится в упражнениях «Профиль слуховых умений» [7], а также в их измененной версии для пациентов с частичной глухотой [3].

Группа тестов слуховых способностей для взрослых с упражнениями с применением лексического материала

В группе тестов находятся упражнения открытого и закрытого типов на разных уровнях трудности. Тест состоит из пяти частей, которые согласно правилам оценки прогресса пациентов в ходе реабилитации с применением профиля слуховых умений должны выполняться периодически: на первой неделе после подключения процессора речи и после 1-го, 3-го, 6-го, 12-го и 24-го месяцев от первой настройки процессора [7].

Вышеуказанная группа состоит из нескольких частей.

Идентификация гласных в слогах

Тест состоит из представления слогов, в начале которых находится согласный «б», а в конце — «п», например БИП, БАП, БУП и т. д. Задачей паци-

ента является повторить гласный, который находится между согласными. Все слоги подаются пациенту только слуховым путём. Тест может быть использован для обычных упражнений или для оценки слуховых умений и проверки программы реабилитации — в этом случае пациенту подаются три списка слогов по восемь звуков в каждом списке, т. е. всего 24 примера.

Идентификация согласных в слогах

В этом тесте пациент различает согласные, находящиеся в слогах между двумя гласными, например АСА, АНА, АЛА, АБА. Пациент должен принимать звуки только при помощи слуха. В реабилитации пациентов с частичной глухотой, пользующихся кохлеарным имплантом, используется измененный состав слогов с тихими, шипящими и шумными звуками, а также звуки, которые определяются как шум (приведенные выше). Тест состоит из трёх списков по 16 слогов, т. е. всего 48 примеров.

Идентификация чисел 1—100

Задачей пациента является послушать и повторить числа в диапазоне от 1 до 100. Тест состоит из четырёх списков с 10 числами. Так как в вышеуказанных тестах пациент должен принимать звуки при помощи слуха, упражнение является лёгким также для пациентов с органиченными слуховыми возможностями, поэтому можно его применять уже в начальном этапе реабилитации.

Различение односложных слов

Тест состоит из десяти списков с 16 односложными словами. В зависимости от возраста пациента во время одного упражнения подаются два-три списка слов. В случае младших детей стоит проверить, понимают ли они значение отдельных слов. Часто бывает так, что дети не повторяют слова, которые слышат первый раз, и в таком случае можно ошибиться в оценке: ребёнок слышит примеры, но не понимает или он не слышит, и поэтому не повторяет. Наш опыт показывает, что различение односложных слов, которые не находятся в каком-то контексте, является самой трудной задачей из всех тестов. Списки односложных слов применяются не только в процессе реабилитации, но и для стандартной оценки слухового прогресса пациента в следующие периоды после подключения процессора речи.

Понимание предложений из открытой группы

Стандартная версия теста состоит из 160 предложений, касающихся повседневной жизни. Материал разделен на 16 списков, каждый по 10 предложений. Задача пациента: повторить содержание услышанного предложения или, если это невозможно, повторить отдельные слова из предложений. В этом тесте пациент также не может пользоваться зрением.

В реабилитации пациентов с частичной глухотой, пользующихся кохлеарным имплантом, применяются также авторские составы предложений, разработанные Клиникой реабилитации Института физиологии и патологии слуха. Они состоят их большего количества звуков на высоких частотах [3].

В рамках слуховой тренировки полезными были и материалы, применяемые в повседневной работе логопедов (для корекционных упражнений) в качестве примеров для запоминания звуков, особенно тихих, шипящих и шумных. Стоит помнить, что материал должен соответствовать возрасту пациентов и не должен быть слишком лёгким для взрослых пациентов.

На следующих этапах реабилитации предложения подаются на фоне шума и с разных направлений и расстояния.

Тест для обследования фонематического слуха у детей и взрослых
(E. Szeląg, A. Szymaszek)

Тест состоит из 106 предложений, 96 из которых являются частью обследования, т. е. парами предложений, которые отличаются одной фонемой, а остальные предложения служат введением к соответствующей части теста — они более лёгкие, разнятся длиной и многими фонемами. Материал разделен на четыре списка: первый и второй содержат материал в случайном порядке, а третий и четвёртый — предложения, классифицированные в соответствии с видом противоположной черты. Большое преимущество этого материала — диск с записью четырёх списков предложений. Он дает возможность воспроизводить звуковые примеры предложений несколько раз, сохраняя ту же форму произношения.

К тесту прилагается точное руководство применения, касающееся выполнения теста [10]. Однако в случае пациентов с частичной глухотой тест осуществляется двумя способами: предложения подаются человеком (этот способ более простой для пациентов) или при помощи аудиозаписи (по мнению пациентов, этот способ труднее). Тест может быть успешно использован для оценки возможности идентификации предложений, получаемых слуховым путём при электрическо-акустической стимуляции, или в качестве материала для проверки и упражнений по идентификации определённых звуков. Основным правилом теста является презентация предложений при использовании только слухового пути.

Выводы. Данная работа является обзором доступных тестов и методов, применяемых в слуховой реабилитации пациентов с частичной глухотой, пользующихся кохлеарным имплантом. Использование этих тестов во время занятий дает возможность не только развивать новые слуховые умения, но и оценивать прогресс пациентов в этой области. В Клинике реабилитации Института физиологии и патологии слуха продолжается разработка пособий для применения в процессе слуховой реабилитации, особенно у пациентов младшего возраста.

1. *Geremek-Samsonowicz A.* Rehabilitacja pacjentów po operacji wszczepienia implantów ślimakowych na przestrzeni 20-letnich doświadczeń // Nowa Audiofonologia. 2012. № 1 (3). S. 30–34.
2. *Obrycka A., Padilla J., Putkiewicz-Aleksandrowicz J. i wsp.* Partial deafness treatment in children: a preliminary report of the parents' prospective // Journal of Hearing Science. 2012. № 2. S. 61–69.

3. *Pankowska A., Solnica J., Skarżyński H.* Wykorzystanie zmodyfikowanego profilu umiejętności słuchowych w obserwacji efektów rehabilitacji słuchu dorosłych pacjentów z częściową głuchotą korzystających z systemu implantu ślimakowego — doniesienie wstępne // Nowa Audiofonologia. 2012. № 1 (1). S. 38–45.
4. *Putkiewicz J., Piotrowska A., Lorens A*. i wsp. Dziecko z częściową głuchotą w aspekcie relacji szkolnych i rówieśniczych. (W:) Krakowiak K., Dziurda-Multan A. (red.). Nie głos, ale słowo… Ku wspólnocie komunikacyjnej niesłyszących i słyszących. Lublin. Wydawnictwo KUL. 2011. S. 97–99.
5. *Skarżyński H., Lorens A., Piotrowska A*. A new method of partial deafness treatment // Med Sci Monit. 2003. № 9 (4). S. 20–24.
6. *Skarżyński H., Lorens A., Piotrowska A.*, Anderson I. Preservation of low frequency hearing in partial deafness cochlear implantation (PDCI) using the round window surgical approach // Acta Otolaryngol. 2007. P. 41–48.
7. *Skarżyński H., Szuchnik J., Mueller-Malesińska* M. Implanty ślimakowe — rehabilitacja. Warszawa : Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących, 2004.
8. *Solnica J., Kobosko J., Pankowska A.* i wsp. Efektywność treningu słuchowego osób z częściową głuchotą po wszczepieniu implantu ślimakowego w ocenie pacjentów i logopedów // Nowa Audiofonologia. 2012. № 1 (1). S. 31–37.
9. *Szczepankowski B.* Fonetyka akustyczna, audytywna i wizualna. Wybrane zagadnienia. Warszawa : Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 1985.
10. *Szeląg E., Szymaszek A*. Test do badania słuchu fonematycznego dla dzieci i dorosłych. Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
11. *Wierzchowska B*. Fonetyka i fonologia języka polskiego. Wrocław : Ossolineum, 1980.

Связь с авторами:
Иоанна Чвиклиньска
E-mail: j.solnica@ifps.org.pl
Агнешка Панковска
E-mail: a.pankowska@ifps.org.pl
Пётр Хенрык Скаржинский
E-mail: p.skarzynski@ifps.org.pl

УДК 004:376.37/616.89-008.434.51

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ

© Ларина О. Д., 2014

доцент кафедры логопедии ФГБОУ ВПО «МГГУ им. М. А. Шолохова» (ректор — д-р полит. наук, профессор В. Д. Нечаев).

Статья посвящена проблеме применения информационных технологий в логопедической работе по восстановлению речевой функции у больных с афазией. Представлены результаты экспериментальной апробации коррекционно-диагностической компьютерной программы «Восстановление речи» на разных этапах логопедической реабилитации больных с афазией, раскрываются педагогические условия её применения в комплексной системе реабилитации больных с очаговыми поражениями центральной нервной системы.

Ключевые слова: афазия, информационные технологии, система логопедической реабилитации, восстановление речи.

Библиография: 15 источников.

INFROMATION TECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF LOGOPEDIC REHABILITATION FOR PATIENTS SUFFERED FROM APHASIA

© Larina O. D., 2014

associate professor at Sub department of logopedics of the Federal State Budget Educational University of Higher Professional Education «Moscow state humanitarian university named after M. A. Sholokhov»(rector — doctor of political sciences, professor V. D. Nechaev).

The article deals with a problem on applying information technologies in logopedic work in order to recover speech function for the patients suffered from aphasia. The results are represented from an experimental approbation of the correctional-diagnostic computer program «Speech recovery» at various stages of the logopedic rehabilitation for the patients suffered from aphasia, the pedagogical conditions are disclosed how to use it in a comprehensive rehabilitation system for the patients suffered from the focal damage of central nervous system.

Key words: aphasia, information technologies, system of logopedic rehabilitation, speech recovery.

Bibliography: 15 sources.

По данным статистики Министерства здравоохранения за 2010—2013 гг., сосудистые заболевания головного мозга по-прежнему занимают лидирующие позиции и являются одной из основных причин смертности и длительной инвалидизации населения Российской Федерации. В настоящее время вопросам совершенствования технологий их нейрореабилитации уделяется значительное внимание [1, 12, 14].

У большинства больных, перенесших инсульт (70—80%), утрата трудоспособности и профессиональных навыков связана с возникновением комплекса нарушений высших корковых функций, среди которых особое место занимает речевая недостаточность, которая обусловливает дезинтеграцию и дезорганизацию всей психической сферы человека, нарушает его трудоспособность и социальную адаптацию. Необходимость интенсивной логопедической коррекции в данном случае связана с тем обстоятельством, что спонтанная реабилитация оказывается малоэффективной, и только в условиях ежедневного многократного коррекционно-логопедического воздействия становится возможным восстановление сложной системы когнитивных связей, обеспечивающих реализацию коммуникативно-речевой функциональной системы.

Проблема создания эффективного информационно-ресурсного обеспечения коррекционно-логопедической работы в современной афазиологии до настоящего времени практически не изучалась. При этом в условиях интенсификации профессиональных нагрузок логопеда, которая в последнее время становится повсеместным, имеется практическая потребность оптимизации профессиональной деятельности логопеда, в том числе и за счёт внедрения современных информационных технологий, совершенствующих процесс логопедической коррекции на этапе как диагностики, так и автоматизации сформированных речевых навыков. Выявленное противоречие между потребностью в применении информационных технологий в логопедической коррекции речевых расстройств у больных с афазией и отсутствием таковых в современной логопедии определяет актуальность изучаемой нами проблемы.

Изучение существующего в России опыта применения информационных ресурсов в сфере коррекционно-логопедической работы привело нас к выводу о том, что повсеместно и массово расширяется практика использования разнообразных программных продуктов, отбор которых осуществляется специалистами интуитивно, спонтанно, с учётом таких параметров, как возрастной ценз, интерактивность, качество эстетического оформления и графики, удобство интерфейса, мультифункциональность, позволяющих решать разнообразные коррекционно-дидактические задачи. При этом у специалиста практически отсутствует возможность оценить такие параметры, как учёт создателями продукта лингвистических и психолингвистических закономерностей, онтогенеза речевой деятельности, а также настроить или адаптировать программу для работы с конкретным пациентом, обеспечив соответствие содержания и последовательности заданий структуре его речевого и когнитивного нарушения [9].

Наибольшая эффективность логопедической коррекции афазии и стойкий восстановительный эффект могут быть достигнуты за счёт применения та-

ких методов, которые позволяют воссоздать в развёрнутом виде внутреннюю структуру нарушенного звена распавшейся речевой функциональной системы с помощью вынесения во внешний план отдельных её операций в определённой последовательности, строго соответствующей алгоритму реализации программы действий, обеспечивающей осуществление функции в норме.

При этом адресность и точность коррекционно-логопедического воздействия достигается за счёт анализа структуры речевого дефекта, позволяющего точно определить нарушенный компонент коммуникативной системы, подобрать необходимые тренировочные упражнения, настроить определённую последовательность их выполнения, на основе которых становится возможным формирование нового алгоритма реализации пострадавшей речевой функции. В обучении особенно важно, чтобы программа управления восстановлением функции обеспечила быстрейшую выработку у пациентов навыков саморегуляции и самоконтроля. При этом необходимо осуществлять постоянный мониторинг и учёт даже минимальных количественных и качественных изменений, свидетельствующих о динамике восстановительного процесса. Такими объективными показателями являются скорость и качество выполнения коррекционных заданий и упражнений, в том числе в условиях сенсибилизированного их выполнения.

До настоящего времени мы не обнаружили коррекционных компьютерных программ для взрослых пациентов, отвечающих вышеперечисленным требованиям, что привело нас к необходимости самостоятельно разработать и экспериментально апробировать специализированную коррекционно-диагностическую компьютерную программу «Восстановление речи» в системе логопедической реабилитации больных с афазией.

Предлагаемая информационная технология логопедической коррекции афазии проходила апробацию и подтвердила свою эффективность в процессе реабилитации взрослых больных с локальными поражениями ЦНС различного генеза, проходивших курс лечения с 2007 по 2013 год в отделениях ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы».

Всего в экспериментальном исследовании принимало участие 120 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, в том числе:

— 60 человек с логопедическим заключением «Комплексная моторная афазия преимущественно эфферентного типа»;
— 60 человек с логопедическим заключением «Комплексная моторная афазия преимущественно афферентного типа».

Экспериментальная апробация разработанной экспериментальной компьютерной программы осуществлялась поэтапно в рамках проводимого нами научного исследования.

Первый этап исследования (2007 — 2008) был посвящён изучению концептуальных основ проблемы применения информационных технологий в системе комплексной нейрореабилитации и восстановления речи у больных с последствиями очаговых поражений головного мозга. Определялись исходные теоретико-методологические основания исследования, представленные в современной научной литературе, обобщался отечественный и

зарубежный опыт применения информационных технологий в системе восстановления речи у больных с афазией, что позволило осуществить разработку отдельных модулей коррекционной компьютерной программы «Восстановление речи».

При этом мы подробно изучали исторические аспекты развития научных взглядов на проблему восстановления речи у больных с афазией, современное состояние зарубежных и отечественных концепций восстановления речи у больных с афазией, в том числе концепции нейрореабилитации, в рамках которой и осуществлялась наша экспериментальная работа.

Раскрывая генезис становления современной концепции нейрореабилитации, необходимо отметить, что её предпосылки были заложены еще в начале XX века представителями различных областей науки: психологами, физиологами, нейрофизиологами, психиатрами и др. [1, 14].

Разработанная в этот период теория компенсации нарушенных функций (Л. С. Выготский) описывала механизмы внутрисистемной и межсистемной компенсаций, совокупность которых обеспечивает нейрофизиологическую основу восстановления повреждённых или дефицитарных функций с опорой на их сохранные компоненты за счёт качественной перестройки всей функциональной системы. Введённые в то же время Л. С. Выготским и А. Н. Леонтьевым понятия «экстериоризация» и «интериоризация» позволили осознать универсальный принцип, объясняющий динамику становления и восстановления любой функциональной системы, что и послужило научной основой формирования концепции нейрореабилитации, разработанной в российской научной школе (Л. С. Выготский, П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн, А. Р. Лурия и др.).

Также важно отметить, что следующим этапом развития российской нейрореабилитации является период 40—60 годов XX века, когда А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец и другие выдающиеся отечественные психологи разрабатывали и внедряли в практику методы нейропсихологической диагностики и восстановления когнитивных функций. Научной основой на данном этапе развития нейрореабилитации явилась нейропсихология, центральным понятием которой стало понятие «фактор» — единица психической активности (так называемое звено функциональной системы), имеющая определённый мозговой субстрат (мозговую локализацию)

Рассматривая исторические аспекты становления теоретико-методологических основ нейрореабилитации, В. Д. Трошин обозначил пять основных подходов к анализу различных её аспектов:

- духовно-нравственный как основа превентивной и восстановительной неврологии;
- клинико-генетический как основа изучения генетической детерминированности индивидуальности развития и адаптивных реакций организма к факторам внешней среды;
- эволюционно-динамический как основа изучения закономерностей развития и течения заболеваний на разных этапах филогенеза и онтогенеза;
- системно-интегративный подход как основа разработки интегративно-восстановительной терапии и профилактики;

— превентивно-реабилитационный подход как основа изучения реактивности и адаптивности организма на разных стадиях патологии для разработки программ профилактики и реабилитации больных.

В нашем исследовании мы придерживаемся концепции нейрореабилитации, разработанной коллективом авторов (В. М. Шкловский, Ю. А. Фукалов, Е. М. Парцалис, Е. В. Лукьянюк, З. С. Солиева, Н. Г. Малюкова, Г. С. Селищев, Е. Д. Мамичева, Т. В. Фридман) под руководством В. М. Шкловского в 2005-2006 годах [1, 14]. В процессе создания концепции авторами были определены условия обеспечения эффективности её реализации: максимально раннее начало реабилитационных мероприятий; непрерывность; интенсивность; длительность; комплексность реабилитационного процесса на разных этапах восстановительного лечения; клиническая и нейропсихологическая диагностика; систематический контроль за соматическим, неврологическим, психическим и психологическим состояниями больного; прогноз целесообразности применения различных форм реабилитации; решение социально-психологических, социально-бытовых и трудовых проблем; включение в реабилитационный процесс членов семьи на всех этапах заболевания; решение проблем поддержки.

В современном понимании нейрореабилитация — сложнейший патогенетически обоснованный процесс междисциплинарного комплексного лечения и проведения восстановительных мероприятий с обязательным применением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействий, значение и интенсивность которых меняются на разных этапах заболевания [14].

Основные положения этой концепции определяют и процесс изучения структуры речевых нарушений у больных с локальными нарушениями ЦНС. В результате нарушений, вызванных очаговыми поражениями головного мозга, страдает не только собственно речевая функция, но и весь комплекс высших психических функций. Нейрореабилитация в современных условиях строится с учётом классических и новейших достижений в нейропсихологии, неврологии, логопедии и других науках. Только комплексный подход к восстановительному лечению позволяет достигнуть в нейрореабилитации значительных результатов.

Особое значение в рамках комплексной системы реабилитационных мероприятий имеет направление работы, связанной с преодолением речевых нарушений, возникающих под влиянием органических поражений головного мозга. Восстановление коммуникативных навыков является одним из наиболее значимых показателей эффективности реабилитационного процесса, так как общение обеспечивает возможность продуктивного включения пациента в систему социальных взаимоотношений, которая была значительно нарушена вследствие возникшего заболевания.

В основе коррекционно-логопедической восстановительной работы при афазии лежит использование нейропсихологического подхода к изучению и коррекции нарушенной речевой деятельности, у истоков которого стоят ведущие специалисты отечественной нейропсихологии Э. С. Бейн, А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова и их ученики [10, 13].

Применение разработанной А. Р. Лурия методики исследования нарушенных речевых функций позволяет не только определить у больного форму афазии, но и составить программу восстановительного обучения, а также выбрать методы и приёмы восстановления речи, письма и чтения [10].

Анализ литературы, описывающей вопросы восстановления речи при афазии (Т. Г. Визель, В. В. Оппель, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский, М. К. Шохор-Троцкая и др.), позволил сделать вывод о том, какие основные факторы определяют результаты логопедической работы: степень выраженности речевого расстройства и когнитивных функций, составляющих функциональный базис речевой деятельности; длительность существования речевого нарушения к моменту начала восстановительной работы; интенсивность, длительность и последовательность осуществления коррекционной логопедической работы, учитывающая структуру нарушения и закономерности восстановления речи при разных формах афазии; наличие мотивации и положительного отношения к занятиям со стороны пациента [2, 11, 13—15].

Также на данном этапе мы осуществляли изучение существующего опыта применения в нашей стране информационных ресурсов в сфере коррекционно-логопедической работы, что привело нас к выводу о повсеместном массовом расширении практики использования разнообразных программных продуктов, отбор которых осуществляется специалистами бессистемно [9].

В целях совершенствования и повышения эффективности нейрореабилитационной помощи больным с нарушением высших психических функций, в том числе письма и чтения, в результате очаговых поражений головного мозга в рамках нашего исследования в Центре была разработана и апробирована компьютерная программа «Восстановление речи» (авторы О. Д. Ларина, О. А. Королева, программист Ю. С. Мелешков), предназначенная для диагностики и восстановительного обучения больных в процессе логопедических занятий [8, 9].

В целях совершенствования и повышения эффективности нейрореабилитационной помощи больным с нарушением высших психических функций, в том числе письма и чтения, в результате очаговых поражений головного мозга в рамках нашего исследования в Центре была разработана и апробирована компьютерная программа «Восстановление речи» (авторы О. Д. Ларина, О. А. Королёва, программист Ю. С. Мелешков), предназначенная для диагностики и восстановительного обучения больных в процессе логопедических занятий [8, 9].

Второй этап (2008 — 2013) был посвящён разработке и экспериментальной апробации инновационной коррекционно-логопедической компьютерной программы.

При этом нами осуществлялось комплексное изучение соотношения вербальных и невербальных нарушений в структуре дефекта при моторных афазиях у пациентов, получавших лечение в стационарных отделениях № 2 и № 3 ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» в период с 2008 по 2013 год.

В результате проведённого эксперимента мы выявили IV степени сохранности письменной речи (в количественном отношении) у больных с аф-

ферентной и эфферентной моторной афазией (табл. 1).

Таблица 1

Степени сохранности письменной речи

Степень сохранности	Сумма баллов, полученных за выполненные задания	Количество, %
I степень (низкая)	Ниже 100 баллов	20
II степень (умеренная)	От 101 до 150 баллов	50
III степень (средняя)	От 151 до 180 баллов	10
IV степень (высокая)	От 181 до 240 баллов	20

I степень сохранности письменной речи наблюдалась у 20% пациентов с моторными формами афазии. У них наблюдались оптико-пространственные нарушения, протекающие в синдроме гностических расстройств. Это проявлялось при написании букв, имеющих чёткую пространственную ориентацию (и — п, е — э). Глобальное чтение сохранено, но наблюдались единичные ошибки с самокоррекцией. Чтение как функция грубо нарушено, присутствуют вербальные алексии. Прослеживаются нарушения языкового анализа и синтеза, допущенные ошибки больными самостоятельно не исправляются. Автоматизированное письмо: допущены ошибки, но исправлены не все из них. Письменная монологическая речь с множественными аграмматизмами, персеверациями на письме.

II степень сохранности письменной речи отмечалась у 50% респондентов. У них наблюдались незначительные оптико-пространственные нарушения, связанные с распадом значения отдельных букв письменного шрифта. Глобальное чтение сохранено, но отмечались единичные ошибки с самокоррекцией. Чтение как функция нарушено не грубо, наблюдались произносительные трудности, характерные для экспрессивной речи больных. Прослеживаются нарушения языкового анализа и синтеза, допущенные ошибки больные исправляют самостоятельно. Автоматизированное письмо: допущено минимальное количество ошибок, и они исправлены. Письменная монологическая речь: наблюдались трудности смыслового программирования, отсутствие связующих элементов письменного высказывания.

III степень сохранности письменной речи встречалась у 10% пациентов ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы», принимавших участие в эксперименте. Оптико-пространственные нарушения отсутствуют. Глобальное чтение сохранено полностью. Чтение практически не нарушено, имеются лишь отдельные ошибки в сложных по звуковой структуре словах, отражающие общие нарушения произношения. Автоматизированное письмо: допущено минимальное количество ошибок, и они исправлены. Письменная монологическая речь относительно сохранна, наблюдалось нарушение смыслового программирования, отсутствие связующих элементов, наличие единичных негрубых аграмматизмов.

IV степень сохранности письменной речи зарегистрирована у 20% участников эксперимента. Оптико-пространственные нарушения отсутствуют. Глобальное чтение сохранено полностью. Автоматизированное письмо отно-

сительно сохранно, но наблюдалась недостаточная последовательность в изложении. Письменная монологическая речь также относительно сохранна, отмечалась бедность глагольного словаря.

Анализ результатов проведённого экспериментального исследования позволяет сделать определённые выводы.

Дефектная реализация моторной программы речи у данной категории больных приводила к нарушению языкового анализа и синтеза. Это доказывает, что моторный компонент играет существенную роль в процессе речевого восприятия.

При разных формах моторной афазии имеется некоторое своеобразие нарушений письменной речи. Например, для афферентной моторной аграфии характерна замена одних звуков другими, близкими по месту происхождения. В то же время для эфферентной моторной аграфии типичным является изолированное написание букв в слове, повторение одного и того же слова.

Произносительные трудности, лежащие в основе нарушения технической стороны речи, приводили к нарушению понимания прочитанного. Больные, пытаясь преодолеть моторные трудности устной речи, прибегали к способу угадывания слов и фраз, поэтому чтение у них носило «угадывающий» характер.

Наряду с речевыми формами алексии и аграфии у 60% больных наблюдались оптико-пространственные нарушения, протекающие в синдроме гностических расстройств. Эти нарушения оказывали негативное влияние на реализацию письменной речи.

Патологическая инертность речевых процессов у больных с моторной афазией приводит к нарушению смыслового программирования, недостаточной последовательности в изложении и единичным аграмматизмам на письме.

Проведённая по окончанию сбора и обработки фактического материала интерпретация, качественно-количественная и статистическая обработка полученных результатов позволила определить основные направления, содержание и технологии восстановления речевой функции, а также разработать регламент применения коррекционной компьютерной программы «Восстановление речи» у больных, принимавших участие в эксперименте.

Обучающий эксперимент проводился в стационарных отделениях № 2 и № 3 ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» в период с 2008 по 2013 год.

Всего в формирующем эксперименте принимало участие 60 пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и ЧМТ в возрасте от 18 до 75 лет, получающих курс реабилитации в стационарном отделении № 3, в том числе у 29 пациентов было диагностировано функциональное поражение заднелобных отделов головного мозга (эфферентная моторная афазия грубой степени выраженности), у 9 — постцентральных (афферентная моторная афазия грубой степени выраженности), у 22 — наблюдалась различная клиническая картина очагового поражения мозга (эфферентная моторная афазия средней степени выраженности).

В контрольную группу вошли 60 пациентов стационарного отделения № 2, обследованных нами на этапе констатирующего эксперимента, получающих

курс реабилитации в условиях ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» без применения экспериментальной коррекционной компьютерной системы «Восстановление речи».

При поступлении в стационарное отделение Центра патологии речи и нейрореабилитации все пациенты проходят нейропсихологическое обследование, по результатам которого для каждого из них составляется индивидуальная программа нейрореабилитации (с учётом нейропсихологического статуса и преморбидного уровня).

На индивидуальных и групповых занятиях для каждого пациента подбирается комплекс нейропсихологических, логопедических и нейролингвистических методов, приводящих к внутрисистемной и межсистемной перестройке психических функций. На компьютерных занятиях отрабатываются задания, требующие подключения дополнительных афферентаций, что достигается с помощью заложенных в компьютерную программу визуальных и акустических сигналов (правильности/ошибочности выполнения каждого упражнения). Ниже мы перечислим те виды работ, которые наиболее часто использовались в условиях группового логопедического занятия с использованием компьютерной программы.

Коррекционно-восстановительное обучение у больных с афферентной и эфферентной моторной афазией осуществлялось в два этапа.

I этап. Логопедическая работа на ранних сроках заболевания (первые две-три недели после инсульта) в течение шести месяцев.

Работа включала растормаживание и стимулирование нарушенных функций мозга, а также предупреждение некоторых патологических симптомов моторной афазии (аграмматизма типа «телеграфного стиля») на поздних этапах восстановления.

II этап. Логопедическая работа на резидуальном этапе заболевания (в конце первого полугодия после инсульта).

Работа велась с активным и сознательным участием больного в восстановительном процессе. Больному объяснялась структура и план занятия, предоставлялись средства, которыми он мог пользоваться во время занятий (тетрадь, альбом, цветные карандаши, азбука и др.).

Логопедические занятия проводились в индивидуальной форме, так как именно она обеспечивала максимальный учёт речевых особенностей больного, тесный личный контакт с ним, а также возможность психотерапевтического воздействия. Длительность каждого занятия на раннем этапе после инсульта составляла 10—15 минут 2 раза в день, на резидуальной стадии 30—40 минут 3—4 раза в неделю.

При разработке данной методики были использованы в модифицированном виде некоторые приёмы и методы, описанные в работах М. К. Шохор-Троцкой, Т. Г. Визель, В. В. Оппель, А. Р. Лурия, Л. С. Цветковой [2, 10, 11, 13, 15].

Основной формой коррекционно-восстановительного обучения были индивидуальные занятия.

Проанализировав результаты констатирующего эксперимента и указанные теоретические положения, мы определили следующие общие направления логопедической работы по восстановлению чтения и письма у больных с

моторной афазией афферентного и эфферентного типов:

1) стимулирование глобального чтения и письма;
2) восстановление оптико-пространственных функций;
3) восстановление и коррекция фразовой речи;
4 работа над семантикой слова;
5) восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
6) восстановление навыка словообразования и словоизменения;
7) восстановление навыка развернутой письменной речи.

На индивидуальных и групповых занятиях для каждого пациента подбирался комплекс нейропсихологических, логопедических и нейролингвистических методов, приводящих к внутрисистемной и межсистемной перестройке психических функций. На компьютерных занятиях отрабатывались задания, требующие подключения дополнительных афферентаций, что достигается с помощью заложенных в компьютерную программу визуальных и акустических сигналов (правильности/ошибочности выполнения каждого упражнения). Ниже мы перечислим те виды работ, которые наиболее часто использовались в условиях группового логопедического занятия с использованием компьютерной программы.

Для пациентов с **эфферентной моторной афазией** чаще предлагались задания:

— чтение слов с одинаковым первым слогом;
— чтение слов-паронимов;
— экстериоризация звуко-ритмической структуры слова (деление слов на слоги, составление слов из слогов, составление слов из букв);
— накопление предикативного словаря;
— составление простой фразы типа С + П + О.

Для пациентов с **афферентной моторной афазией** предлагались упражнения:

— растормаживание произносительной стороны речи (ответы на вопросы по картинке словами «да», «нет»; договаривание фраз с жёстким контекстом и пословиц; составление и сопряжённое/отражённое проговаривание фраз с опорой на пиктограмму);
— уточнение артикулем отдельных звуков (сопряжённое/отражённое чтение слогов, выделение отрабатываемого звука в слове с опорой на его графический образ, чтение слов, восполнение пропущенного слова, содержащего отрабатываемую артикулему, во фразе с жёстким контекстом);
— чтение пар слов, содержащих дизъюнктные, оппозиционные и гоморганные фонемы;
— восстановление способности к звуко-буквенному синтезу слов (составление слов из букв, слогов);
— восполнение пропущенного субъекта действия с опорой на сюжетную картинку и составление простой фразы типа С + П + О по сюжетной картинке.

Разработанный нами автоматизированный программный комплекс «Вос-

становление речи» направлен на реализацию следующих задач.

1. Визуализация различных средств восстановления фразовой речи для выработки у больного как можно большего числа различных вербально-невербальных ассоциаций.
2. Предоставление возможности манипулирования изображениями и текстами для стимулирования заинтересованной самостоятельной работы больного.
3. Возможность прослушивания звукового материала, озвученного голосами разной тональности (мужскими и женскими).
4. Обеспечение «обратной связи» — реакции комплекса на правильность выполнения задания. Такая обратная связь должна быть и звуковой, и визуальной.
5. Освобождение обучающего (логопеда) от рутинного повторения одних и тех же заданий и сосредоточение его внимания на подборе наиболее адекватных заданий для каждого больного.
6. Обеспечение возможности ведения наблюдения за динамикой восстановления речи.

В процессе разработки комплекса проводился анализ множества различных материалов, содержащих тесты и упражнения, использующиеся при восстановлении фразовой речи, а также анализ содержания и устройства существующих разнообразных обучающих компьютерных систем, как отечественных, так и зарубежных (например, DR.Fluency, Speech Therapy Systems, 1994 — 1999). Окончательный выбор тестов и упражнений проводился с учётом возможности достаточно легкой модификации и адаптации. Тесты и упражнения структурированы по темам, разделам и подразделам. Каждый подраздел содержит множество упражнений одного типа, но разной степени сложности, что позволяет охватить разные стадии обучения и разные уровни состояния больных. Значительное число тестов и упражнений составлено с учётом передового опыта обширной логопедической практики и изучения специальной литературы.

Общее число заданий в системе постоянно увеличивается и в настоящее время приближается к 1000. Для удобства использования они сгруппированы в семь больших разделов, объединяющих упражнения, отличающиеся сложностью выполнения.

1. Стимулирование речи: порядковая речь; упорядочивание автоматизированных речевых рядов; актуализация названий месяцев, времён года; работа с цифрами; чтение стихов и отрывков из песен, конструирование из деталей.
2. Звуки речи — буквы: азбука (повторение слогов, название букв, вставка буквы, вставка слога); буквы в слове; разные изображения букв.
3. Звуковой состав слова: чтение по слогам, чтение слов с одинаковым первым слогом, чтение слов с одинаковым первым элементом; вставить слог, найти слог; рассортировать слова разной длины; составить слово из слогов, разделить слова на слоги, разделить текст на слоги.
4. Лексика: слово-изображение (выбрать правильное слово, разложить подписи под картинками); антонимы и синонимы; омонимы и метафо-

ры; анаграммы.

5. Грамматика: число (сортировать по понятиям: «один — много», сортировка по числу, изменить на множественное число, запоминания окончаний множественного числа, исключения); род и местоимения; глаголы; предлоги; описание действий.
6. Фразовая речь: разложить подписи под сюжетными картинками; деформированная фраза; деформированная фраза с конфликтными словами; составление трёх фраз по картинкам из предложенных слов.
7. Восстановление функционального базиса письменной речи, коррекция специфических и неспецифических нарушений. Опыт внедрения коррекционной компьютерной программы «Восстановление речи» в систему коррекционно-логопедической работы показал, что ни степень выраженности речевого нарушения, ни возраст, ни образовательный уровень, ни умение работать на компьютере не влияли на возможность проведения компьютерных занятий.

Компьютерная программа использовалась в групповых логопедических занятиях. Систематическое, последовательное и индивидуально-ориентированное применение компьютерной коррекционной системы «Восстановление речи» обеспечивает:

— соответствие выбора методов восстановительного обучения нейропсихологическому статусу конкретного больного;
— расширение диапазона выбора видов индивидуальной работы с пациентом;
— повышение компенсаторного потенциала за счёт использования различных модальностей (зрительной, слуховой) восприятия;
— повышение производительности труда логопеда за счёт автоматизации части обучающей деятельности и интенсификации самостоятельной работы больных;
— практическое использование накопленного опыта и оперативное внедрение в логопедическую практику разработок ведущих специалистов.

Практика показывает, что использование компьютерной программы «Восстановление речи» даёт пациенту:

— прочное и эффективное накопление лексического материала, а также восстановление морфологических и синтаксических обобщений (языкового чутья) и развитие связной речи;
— улучшение подвижности нервно-психических процессов, оптимизацию серийной организации двигательных и графических программ, повышение эффективности обработки кинестетической и слуховой информации;
— создание предпосылок для развития коммуникативных способностей;
— развитие зрительного и слухового восприятия;
— повышение активности внимания;
— улучшение всех видов памяти, в том числе освоение умения использовать рациональные приёмы запоминания;

— формирование умения планировать и контролировать свои действия.

На **третьем этапе** (2012 — 2013) нами осуществлялась оценка эффективности коррекционной компьютерной программы «Восстановление речи» в системе комплексной реабилитации больных с афазией.

Для определения эффективности коррекционно-логопедического воздействия, направленного на восстановление навыков чтения и письма, было предпринято сравнительное изучение письменной речи больных с моторной афазией афферентного и эфферентного типов экспериментальной группы, обучающихся по нами разработанной методике, и больных с моторной афазией афферентного и эфферентного типов контрольной группы, обучающихся по традиционной методике.

Для сопоставительного анализа больным были предложены диагностические задания констатирующего эксперимента.

На основе данных сравнительного анализа можно сделать вывод об эффективности проведённого коррекционно-восстановительного обучения. На эффективность разработанной методики указывают следующие результаты:

1. Полное восстановление глобального чтения расширило возможности аналитического чтения и письма: больные читают вслух предложения и даже короткие тексты, появляющиеся при этом незначительные произносительные трудности соответствуют характеру артикуляционных дефектов в устной речи в целом.

2. Отмечается восстановление разрушенной ранее связи артикулема — графема.

3. Наблюдается восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова: больные в состоянии выделить, произнести и написать первый звук, определить количество и качество остальных звуков.

4. Письмо от себя характеризуется значительными улучшениями: больные могут написать сочинение на заданную тему, справляются с классификацией слов, нахождением обобщающего слова и образованием смысловых аналогий. Однако ещё наблюдаются трудности, проявляющиеся в сложности конструирования развёрнутых речевых высказываний и замедлении темпа письма.

5. Больные стали достаточно активными в поведении, критичны, появился интерес к занятиям, наблюдались навыки самоконтроля.

6. В результате посещения логопедических занятий с использованием компьютерной программы «Восстановление речи» у всех пациентов отмечалась положительная динамика в состоянии речевой и других высших психических функций, что подтверждалось при повторном нейропсихологическом обследовании с количественной оценкой речи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Варако Н. А.* О некоторых вопросах российской нейрореабилитации. Культурно-историческая психология. М., 2008.
2. *Визель Т. Г.* Как вернуть речь. М. : Эксмо-Пресс, 2001.
3. *Гераськина Г. К.* Об особенностях восстановительного обучения при грубой афферентной моторной афазии. Современные подходы к диагностике и кор-

рекции речевых расстройств : сб. статей науч.-практ. конф. СПб., 2001.
4. *Горелов И. Н., Седов К. Ф.* Основы психолингвистики : учеб. пособие. М. : Лабиринт, 2001.
5. *Григорьева В. П., Ковязина М. С., Тхостов А. Ш.* Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга : учеб. пособие. М. : УМК «Психология», 2006.
6. *Кадыков А. С.* Реабилитация после инсульта. М. : Миклош, 2003.
7. *Корнев А. В.* Нарушение чтения и письма у детей. СПб. : Речь, 2003.
8. *Ларина О. Д.* Особенности восстановления письменной речи на логопедических занятиях с применением компьютерных программ. Пишущий и читающий: проблемы и наблюдения : материалы науч.-практ. конф. СПб., 2002.
9. *Ларина О. Д.* Современные технические средства в процессе нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга. Инсульт. М., 2003.
10. *Лурия А. Р.* Письмо и речь: нейролингвистические исследования : учеб. пособие для студентов психол. фак. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2002.
11. *Оппель В. В.* Восстановление речи после инсульта. СПб., 2002.
12. *Пурцхванидзе О. П.* Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии с использованием аудиовизуальной стимуляции : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. М., 2011.
13. *Цветкова Л. С.* Афазиология — современные проблемы и пути их решения. М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2002.
14. *Шкловский В. М.* Лечение и нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы — стратегическая задача здравоохранения. Современные принципы терапии и реабилитации психически больных : материалы науч.-практ. конф. М., 2006.
15. *Шохор-Троцкая М. К.* Коррекционно-педагогическая работа при афазии : метод. рекомендации. М. : Институт общегуманитарных исследований, изд. В. Секачёв, 2002.

Связь с автором:
Ларина Ольга Данииловна
o-larina@rambler.ru

УДК 37

ВОКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

© Петухова-Левицкая М. И., 2014

канд. пед. наук, доцент кафедры психологии и педагогики ФБГОУ ВПО «Тульский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого» (ректор — д-р физ.-мат. наук, профессор В. А. Панин).

В статье рассматриваются технологии активной музыкальной терапии — технологии оздоровления голосом: тонирование, вокальные игры и импровизации, вокальное музицирование, их место в системе «прикладной музыки», специфика оздоравливающего воздействия на организм, возможности использования в целях диагностики и самодиагностики состояния здоровья. Раскрываются возможности использования данных технологий в образовательном процессе современной школы.

Ключевые слова: прикладная музыка, методы музыкальной терапии, тонирование, участники образовательного процесса.

Библиография: 15 источников.

VOCAL TECHNOLOGIES IN SAVING AND STRENTHENING OF THE HEALTH FOR JUNIOR SCHOOLCHILDREN

© Petukhova-Levitskaya M. I., 2014

candidate of pedagogical sciences, professor assistant at sub department of psychology and pedagogics of the Federal Budget State Educational Establishment of Higher Professional Education «Tula's state pedagogical university called in name of L. N. Tolstoy» (rector — dr. of physical-mathematical sciences, professor V. A. Panin).

The article considers the technologies of active musical therapy — technologies for health effect from voice: toning, vocal games and improvisation, vocal playing music, their place within the system of «the applied music», specifics of the health effect on organism, possibilities of their use for the purposes to make diagnostic and self-diagnostic of the state of health. The possibilities for use of these technologies in a process of modern school have been disclosed.

Key words: applied music, musical therapy methods, toning, participants in educational process.

Bibliography: 15 sources.

Глубочайшее в мире — голос.
Марина Цветаева

Состояние здоровья подрастающего поколения — важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, её безопасность, политическая и экономическая стабильность прямо пропорциональны суммарному потенциалу здоровья детей, подростков и молодёжи.

Надо признать, что за последние десятилетия отечественная система образования претерпела значительные позитивные перемены, характеризующиеся гуманизацией и демократизацией педагогического процесса, провозглашением личностно ориентированной парадигмы воспитания. В контексте современной гуманистической модели воспитания эффективное формирование здоровья в условиях образовательного процесса понимается как важнейший фактор дальнейшей успешной самореализации личности в учёбе, социуме, семье, труде, готовности к постоянному самосовершенствованию.

Вместе с тем состояние здоровья современных школьников вызывает обоснованную тревогу. По данным научных исследований, на сегодняшний день около 25—30% детей, приходящих в 1-е классы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. За период обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза. К окончанию школы у трети выпускников наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой системы, число страдающих нервно-психическими расстройствами увеличивается с 15 до 40%, гастроэнтерологическими заболеваниями — в 3,8 раза. Как отмечают М. М. Безруких, Н. К. Смирнов, В. Р. Кучма, число детей, состоящих на диспансерном учете, в некоторых школах достигает 50% [10].

Многочисленные психолого-педагогические исследования указывают на то, что традиционный образовательный процесс оказывает негативное влияние на состояние здоровья школьников.

Как отмечает В. А. Ананьев, «...даже под влиянием кратковременной информационной нагрузки у школьников наблюдаются выраженные изменения регуляторных возможностей, свидетельствующие о напряжении механизмов адаптации» [7]. Большой объём учебной информации и невозможность получить необходимую помощь при усвоении нового сложного материала постепенно формируют внутренний конфликт, который базируется на противоречии между потребностью в самоуважении, самопринятии и одобрении со стороны значимых людей и низкими учебными достижениями.

Исследования А. И. Захарова свидетельствуют о том, что число страхов, а затем и невротических страхов, связанных со школой, наблюдается у учеников, начиная с 1-го класса и заканчивая выпускным. Меняются его конкретные источники, но психическое состояние тревоги и напряжённости остаётся [12].

Данная ситуация усугубляется в начальной школе, когда школьное обучение включает первоклассников в новую структуру социальных отношений и предъявляет ребёнку новые требования. Ситуация вхождения в учебный процесс, освоение навыков поведения в школе, смена режима жизнедеятельности для многих детей является стрессовой.

Таким образом, внедрение в образовательный процесс технологий сохранения и укрепления здоровья обусловлено сегодня социальными, экономическими, культурными характеристиками общества. Существующее положение заставляет практиков и исследователей разных областей научного знания искать альтернативные подходы к решению данной проблемы.

А. И. Копытин отмечает, что «...при анализе проблем современного человека и определении подходов к их решению наиболее адекватными существующим реалиям жизни, учитывающими пол, возраст, расовую и этническую принадлежность, культурный и социальный опыт личности, оказываются различные формы и виды арт-терапии» [4].

Одним из таких перспективных методов признана музыкальная терапия — контролируемое использование музыки в образовательном пространстве, воспитании, реабилитации и лечении. Теоретический анализ научных работ показывает, что на протяжении всей истории человечества музыка занимала одно из основных мест в системе формирования личности. Люди использовали звуки и музыку для гармонизации своего душевного строя и окружающей среды, а также в лечебной практике в течение многих веков.

Современные специалисты различают три основные формы музыкотерапии: рецептивную, активную, интегративную [3]. Рецептивная музыкотерапия (пассивная) отличается тем, что пациент в процессе музыкотерапевтического сеанса не принимает в нём активного участия, занимая позицию слушателя. Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение, движение. *Интегративная форма* предполагает использование методов музыкальной терапии совместно с другими методами арттерапии.

В своих исследованиях Н. Р. Назарова предлагает различать следующие направления воздействия музыкального искусства на организм человека в зависимости от определённой области научного знания: медицинское (лечение, терапия искусством); психологическое (психокоррекция, диагностика, развитие посредством искусства, творчества); социальное (помощь, забота, оздоровление, реабилитация с помощью творчества); духовное (гармонизация, интеграция, исцеление, обретение целостности).

В качестве механизмов лечебного воздействия музыки исследователь определяет: катарсис; эмоциональную разрядку; регулирование эмоционального состояния; облегчение осознания собственных переживаний; повышение социальной активности; приобретение новых средств эмоциональной экспрессии; приобретение новых средств самовыражения и самопознания; облегчение формирования новых отношений и установок [9].

В рамках темы нашего исследования в целях сохранения и укрепления здоровья младших школьников нами была разработана система полифункциональных музыкально-звуковых технологий, позволяющих посредством как произведений музыкального искусства, так и отдельных звуков (музыкальных, природных, собственного голоса и др.) способствовать восстановлению, укреплению и сохранению физического и психологического здоровья через коррекцию психоэмоционального состояния; повышению резервных и адап-

тационных возможностей организма человека; созданию оздоравливающего звукового пространства.

Необходимо уточнить, что в качестве рабочего понятия в нашем исследовании мы вводим новое понятие «прикладная музыка» и предлагаем рассматривать его как новую категорию, означающую единое комплексное универсальное знание прикладного характера, включающее многообразие музыкально-звуковых технологий и отражающее специфику их применения в отношении здоровья и здорового образа жизни. Уникальность прикладной музыки заключается ещё и в том, что она применима ко всем независимо от возраста, здоровья или музыкальных способностей, не требует значительных материальных затрат и практически доступна каждому [10].

Общеизвестно, что наилучший способ лечения и оздоровления — это не просто прослушивание музыки, а само её воспроизведение, то есть активная форма: игра на музыкальных инструментах, пение, движение под музыку, музыкальные игры, пластическое интонирование.

Рассмотрим подробнее технологии оздоровления голосом, к которым относятся: тонирование, вокальные игры и импровизации, вокальное музицирование.

Голос, в соответствии с сакральным знанием, есть материальное воплощение души. Все душевные переживания, потаённые мысли, желания, ожидания — всё отражается в звуках и интонациях нашего голоса. Голос стал первым музыкальным инструментом человека, через интонационную выразительность и мелодику которого, через его диапазон и модуляции человек передавал своё состояние.

По мнению П. Дж. Мозеса, голос является основной формой выражения индивидуальности. Внимательно прислушавшись к голосу человека, считает исследователь, можно проанализировать нервные модели поведения, понаблюдать за ними и лечить их. Интонация, модуляции, интенсивность и другие объективные характеристики голоса, подобно годовым кольцам на срезе дерева, дают ключ к анализу истории жизни и судьбы каждого человека. «Голосовая динамика является точным и достоверным отражением психодинамики. Каждая эмоция человека имеет своё вокальное выражение», — отмечает учёный [5]. Таким образом, голос человека прежде всего позволяет провести диагностику (самодиагностику) состояние его здоровья.

Вокальное сканирование может оказаться полезным средством и для характеристики личности. Оно представляет собой лёгкое, естественное скольжение вверх или вниз по тону голоса (глиссандо), выполняется плавно и гладко. Спонтанные физические жесты, которые сопровождают вокальное сканирование, также позволяют сделать определённые выводы относительно характера человека (небрежность исполнения, или наоборот, необходимость подумать и настроиться, уверенность или робость, паузы во время исполнения и др.). Прислушиваясь к ритму голоса, его силе, дыханию, на котором он основан, к звучанию голоса в разных регистрах можно сделать очень точные выводы относительно личности и общего состояния здоровья человека.

Многолетние исследования взаимосвязи характеристик голоса с возможными заболеваниями организма проведены отечественным учёным

В. И. Петрушиным. На наш взгляд, очень интересна предложенная автором экспресс-диагностика «Голос как звучащий портрет человека». Данная методика позволяет по тембру голоса определить вероятные проблемы здоровья человека. В. И. Петрушин отмечает, что темп речи, её динамика, амплитуда, дикция, регистр, модуляции — всё это может свидетельствовать как об актуальном психоэмоциональном состоянии человека, так и об устойчивых личностных характеристиках [8]. Голос может провоцировать разные эмоциональные состояния, которые, помимо всего прочего свидетельствуют о проблемах человека. Модуляциями голоса человек передаёт свои радости и слабости, а паузами — то, что скрыто внутри него, зачастую подавленные чувства, сдержанный гнев — наши жизненные раны.

Голос человека — замечательное средство исцеления, одно из наиболее доступных звуковых лекарств. Даже отдельно произнесённый звук может произвести массаж мышечных тканей. С помощью голоса можно значительно улучшить качество жизни. По данным результатов научных исследований, стресс, усталость, депрессия, проблемы с пищеварением, трудности в общении — вот далеко не полный перечень проблем, которые можно облегчить с помощью лечебного пения. Исследователи утверждают, что благодаря силе вибраций собственного голоса можно не только избавиться от негативных мыслей, раскрыть свой потенциал, но даже исправить некоторые физические недостатки, обрести энергию и здоровье [1]. Упражнения по гармонизации и стимуляции голосом легко выполнять в повседневной жизни, они не требуют специальных музыкальных знаний. Важно отметить, что речь не идёт о том, чтобы заменить традиционное лечение, но его можно дополнить работой с энергиями. Именно в этом может помочь технология «тонирование».

Термин «тонирование» означает *издавать звук посредством произнесения гласного звука в течение длительного времени.* Тонирование известно достаточно давно, считается, что примерно с XIV века. Позже, в XVIII веке, Джонатан Свифт писал: «Настройте и тонируйте каждое слово, каждый слог и каждую букву на их соответствующий каданс (ритм, метр, темп)» [5]. В 1973 году Лорел Элизабет Кейес написала книгу «Тонирование: творческая энергия голоса», и таким образом вернула данное понятие в современный обиход.

Технология «тонирования» (или тонинга) активно используется в практике музыкальной терапии и достаточно подробно описана в современной специальной литературе. Р. Маклеллан в работе «Исцеляющие силы музыки» даёт определение данной технологии: «Человек в течение продолжительного времени производит звуки произвольной высоты и окраски с целью вызывать резонанс в тех участках организма, куда направлен голос. Это и называется «тонингом» [2]. Д. Кэмпбелл, затрагивая тему тонинга, пишет: «Тон — это доступный слуху звук, обладающий длительностью, достаточной для его распознания. Техника тонинга основана на сознательном удлинении звука при помощи дыхания и голоса» [5].

Любые формы вокализации, включая пение, декламацию, чтение стихов нараспев, «мурлыканье», пение без слов или с закрытым ртом, чтение вслух или просто разговор могут оказывать терапевтическое воздействие. Но, согласно исследованиям учёных, ничто не сравнится с тонированием. С. В. Шу-

шарджан, оперный певец, врач, директор Института традиционной медицины и музыкотерапии пишет: «Звук собственного голоса достигает наших ушей не только извне, но действует на слуховой орган и изнутри, и распространяется на твёрдые и плотные ткани, включая и так называемую костную проводимость. Одновременно со звуком собственного голоса нервная система поющего человека воспринимает огромное количество сигналов или, как говорят физиологи, раздражителей от самых разных органов: мышечной, вибрационной чувствительности, резонаторных способностей, защитного механизма изнутри» [15].

«В основе тонирования (тонинга) лежит способность гласных звуков воздействовать на частоту колебаний в каждой клетке, каждой молекуле человеческого организма» отмечает Лэ Мегги Гарфилд в работе «Звукотерапия», а Джон Боле в работе «Музыка и звуки в искусстве врачевания» даёт развёрнутую характеристику данной технологии: «Эти вокальные упражнения, именуемые тонингом, — всего лишь выражение эмоций. Они не несут собой семантического значения. Их главная цель — восстановление телесной гармонии и душевного равновесия» [2].

Целью тонирования является облегчение боли или просто снятие напряжения. Тонирование позволяет создавать резонанс в физическом теле и эфирном поле, это не песнопение в прямом смысле слова, хотя в отдельных случаях может принимать похожую форму. Тем не менее песнопение подразумевает осмысленный текст. Индийские мантры — это песнопения (хотя пение отдельных слогов — «ом» или «ра» — можно отнести к технологии тонирования).

В работе Дж. Голдмена находим уточнения: «Граница между двумя системами определяется чётко: как только слоги начинают складываться в слова, а слова — в осмысленный текст, тонинг кончается и начинается песнопение» [2].

В ряде исследований практика оздоровления гласными звуками получила название вокалотерапии. С. В. Шушарджан отмечает: «Это новый метод в повышении резервных возможностей человека и коррекции нарушенных функций, в основе которого лежит использование особой системы активного вокального тренинга» [14].

Как указывает ряд современных исследователей (В. П. Морозов, Н. В. Федюнина и др.), звук, зарождающийся во время пения, только на 15—20% уходит во внешнее пространство. Остальная часть звуковой волны поглощается внутренними органами, приводя их в состояние вибрации, тем самым позволяя осуществлять биоакустическую стимуляцию жизненно важных органов, повышающих адаптационные и интеллектуальные способности человека. По мнению С. В. Шушарджана, «Вокалотерапия является физиологичным методом активизации защитно-приспособительных реакций. Пение не только благотворно сказывается на работе всех внутренних органов человека, но и стабилизирует электрическую проводимость мозга. Существенное значение имеет тот факт, что "характерной реакцией на вокалотерапию является замедление альфа-ритма" мозга, что соответствует состоянию успокоенности и комфорта» [15].

Многочисленными исследованиями психологов (К. Роджерс, Н. Роджерс, М. Бурно и др.) доказано, что воплощение себя в каком-либо виде художественной деятельности — рисовании, лепке, пении, игре на музыкальных

инструментах и т. д., способствует «сбрасыванию» и устранению негативных эмоций. По мнению В. В. Емельянова, Н. Ф. Шаповаловой и др., в пении так же, как и в других видах художественной деятельности, происходит снятие нервного напряжения. Не случайно в обыденной жизни основу плачей и причетов испокон веков составляет пение, оказывающее очищающее и гармонизирующее действие и на исполнителя, и на окружающих людей. Таким образом, технология «тонирования» (тонинга), вокалотерапия являются методами, способствующими решению проблем адаптивной саморегуляции человека в современных условиях [11].

Ряд авторов (В. Рюмин, Л. Назарова и др.), описывая различные вокальные технологии музыкотерапии, подчёркивают их положительное влияние и на формирование коммуникативных навыков у исполнителей, отмечая, что у последних постепенно исчезают стеснительность, агрессивность по отношения к другому человеку [6]. Коллективные формы тонирования способствуют вовлечению детей в общий творческий процесс, который основан на положительном взаимодействии всех участников. При коллективном пении поющий имеет определённую поддержку другого человека, что способствует налаживанию устойчивых контактов между поющими, снимает отрицательное отношение друг к другу.

Для решения поставленных в нашем исследовании задач в качестве механизма сохранения и укрепления здоровья младших школьников, как уже было отмечено, нами была предложена система музыкально-звуковых технологий, среди которых особое место занимают технологии использования оздоравливающих возможностей голоса: тонирование, вокальные игры и импровизации, вокальное музицирование.

В ходе формирующего этапа проведённой нами экспериментальной работы знания и практические навыки по сохранению и укреплению здоровья посредством звука собственного голоса учащиеся осваивали в процессе урочной и внеурочной работы. В урочной работе — прежде всего на уроках музыки, на уроках других дисциплин начальной школы (в качестве динамичных музыкальных пауз на уроках математики, письма, чтения).

Основной объём необходимых знаний школьники получали в ходе освоения комплексно-целевой программы «Прикладная музыка». Данная программа была реализована в системе внеурочной работы при проведении классных часов, а также совместно с родителями учащихся на занятиях семейного клуба «Здравствуйте!».

Теоретический блок программы «Прикладная музыка», включающий взгляды видных российских и зарубежных учёных, музыкальных терапевтов, психологов и педагогов-практиков, основные современные подходы к оздоровлению с помощью звука и музыки, был направлен на формирование теоретических представлений о возможностях оздоровления средствами звука, о системе разнообразных музыкально-звуковых оздоровительных технологий.

Конкретные методики сохранения и укрепления здоровья средствами звука, а также способы диагностики, содержащиеся в практическом разделе программы, позволили учащимся сформировать навыки оздоровления звуками собственного голоса и перенести полученный опыт в повседневную практику.

Использование технологии тонирования в игровой форме позволило усилить терапевтический эффект. «Необходимую ситуацию можно смоделировать с помощью игровых приёмов. Главная функция игры как вида деятельности как раз и заключается в отработке тех отношений и переживаний, которые по определённым причинам детям недоступны» [6].

Используемые на занятиях игры не только способствовали снятию эмоционального напряжения, но и помогали ввести ребёнка в активный контакт с другими людьми. Для этого были использованы различного рода звукоподражания (звукам природы, животных, птиц и т. д.), окликания и гукания. Отметим, что звукоподражание, активно используемое в народной педагогике и вокальных произведениях композиторов-классиков для детей, является весьма эффективным способом самовыражения ребёнка при пении.

Лёгкость в применении данной технологии способствовала развитию самостоятельности учащихся и способности к переносу индивидуального опыта деятельности в повседневную практику.

Игровые формы практических занятий программы позволили сформировать особый стиль общения между учащимися, педагогами и родителями, в основе которого отказ от авторитарности, развитие диалоговых форм общения, опора на принципы партнёрства, сотрудничества и сотворчества.

Совместная работа, понимание и сотрудничество обеспечивали включение ребёнка в систему гуманных отношений различного уровня, позволяли ему восстанавливать и развивать не только коммуникативные способности, но и улучшать показатели психологического здоровья: повышать самооценку, корректировать психоэмоциональное состояние, увеличивать резервные и адаптационные возможности организма.

Таким образом, использование в образовательном процессе комплекса вокальных технологий позволило достичь результатов по устранению у младших школьников ряда таких негативных эмоциональных состояний, как чувство страха, тревоги, неуверенности; способствовало формированию положительных психоэмоциональных состояний, адекватной самооценки, развитию коммуникативных способностей детей; помогло сформировать систему знаний о здоровье и его составляющих, здоровом образе жизни через освоение практических способов оздоровления и повышения резервов здоровья с помощью звука собственного голоса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Блаво Р.* Исцеление музыкой. СПб. : Питер, 2010. 188 с.
2. *Голдмен Дж.* Целительные звуки. М. : София, 2003. 224 с.
3. *Декер-Фойгт Г. Г.* Введение в музыкотерапию. СПб. : Питер, 2003. 205 с.
4. *Копытин А. И.* Практикум по арт-терапии. СПб. : Питер, 2001. 448 с.
5. *Кэмпбелл Д.* Музыка для здоровья. Эффект Моцарта. Минск : Попурри, 2010. 416 с.
6. *Назарова Л.* Фольклорная арт-терапия. СПб. : Речь, 2002. 180 с.
7. Педагогическая психология : учеб. пособие для студентов вузов / ред. Л. А. Регуш, А. В. Орлова. СПб. : Питер, 2010. 416 с.
8. *Петрушин В. И.* Музыкальная психотерапия: теория и практика : учеб. пособие для студентов вузов. М. : ВЛАДОС, 2010. 176 с.

9. *Петухова М. И.* Музыкальные технологии в системе здоровьесозидания субъектов образовательного процесса / Прикладные научные разработки : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 27 июля — 5 августа 2011 г. Прага : Publishing House «Education and Science», 2011. Т. 5. С. 45—47.
10. *Петухова М. И.* Проблема здоровьесозидания субъектов образовательного процесса и возможности её решения средствами прикладной музыки // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6. URL: www.science-education.ru/100-5019.
11. *Петухова М. И.* Теоретико-методологические основания системы здоровьесозидающих музыкально-звуковых технологий / Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. Вып. 1, ч. 2 // Тула : Изд-во ТулГУ, 2012. С. 320—329.
12. *Петухова М. И.* Формирование готовности будущего учителя музыки к проведению внеклассной работы по эстетическому воспитанию школьников : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. Калуга, 2009. 169 с.
13. *Петухова М. И., Горелова О. А.* Развитие музыкального мышления у младших школьников: психолого-педагогические аспекты дополнительного образования. Jaabrucken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. 150 с.
14. *Шушарджан С. В.* Здоровье по нотам: практикум пути к духовному совершенству и бодрому долголетию. М., 1994. 225 с.
15. *Шушарджан С. В.* Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М., 1998. 98 с.

Связь с автором:
Петухова-Левицкая Маргарита Ивановна
margolev-tula@yandex.ru

УДК 376.37/616.89-008.434.35

МОДЕЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

© Шевцова Е. Е., 2014

доцент кафедры логопедии ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет имени М. А. Шолохова», зам. главного врача по психолого-педагогической работе ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» (научный руководитель — академик РАО, д-р психол. наук, профессор В. М. Шкловский).

В статье представлена оригинальная концепция психолого-педагогического сопровождения реабилитации заикающихся пациентов с различным типом внутренней картины речевого нарушения. Представлены результаты экспериментальной апробации модели дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания, раскрываются педагогические условия применения вариативных стратегий коррекционной работы при разных типах внутренней психической организации заикающихся пациентов.

Ключевые слова: заикание, дифференцированная поддерживающая терапия, внутренняя картина речевого нарушения, вариативные стратегии коррекционной работы.

Библиография: 10 источников.

MODEL OF DIFFERENTIATED SUPPORTIVE THERAPY WITHIN THE COMPREHENSIVE SYSTEM PURPOUSED TO OVERCOME THE STUTTERING

© Shevtsova Y. Y., 2014

associate professor at Sub department of logopedics of the Federal State Budget Educational University of Higher Professional Education «Moscow state humanitarian university named after M. A. Sholokhov», Deputy chief physician for psychological-pedagogical work, establishment of State budget healthcare «Center for speech pathology and neurorehabilitation MBT». (candidate of science — academician of the Russian Academy of education, dr. of psychological sciences, proff. V. M. Shklovsky).

The article represents an original conception of psychological-pedagogical support while rehabilitation of the stuttering patients with various type of inside vision of the speech disorder. The results are presented from an experimental approbation of the model of differentiated supportive therapy within the comprehensive system purposed to overcome the stuttering, the pedagogical conditions are disclosed how to use the variant strategies in a remedial work in various types of the internal psychic organization for stuttering patients.

Key words: stuttering, differentiated supportive therapy, inside vision of the speech disorder, variant strategies in remedial work.

Bibliography: 10 sources.

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена тем, что синдром заикания является терапевтически резистентным, рецидивирующим видом речевой патологии. Так, многолетний опыт преодоления заикания в нашей стране и за рубежом свидетельствует о неустойчивости результатов его лечения. Многие исследователи связывают этот факт с тем, что наряду с речевыми нарушениями в генезисе и клинической картине заболевания имеется та или иная степень личностной дезорганизации, обусловленная влиянием психологических факторов, что оказывает существенное влияние на результат лечения, компенсацию и декомпенсацию.

Целью исследования является экспериментальное изучение педагогических условий и алгоритма осуществления дифференцированной поддерживающей терапии, эффективности ее влияния на результаты коррекционно-логопедической работы по преодолению заикания и предупреждению его рецидивов.

Объект исследования — комплексная система коррекционно-логопедической работы по преодолению рецидивов заикания.

Предметом исследования является научное обоснование содержания, условий и технологии осуществления дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодолению заикания.

В качестве гипотезы мы выдвинули предположение о том, что *дифференцированная поддерживающая терапия*, основанная на анализе психолого-педагогических особенностей пациента, структуры и внутренней картины его речевого дефекта, создании педагогических условий применения вариативных стратегий коррекционной работы повысит эффективность комплексной системы преодоления заикания.

Вариативность выбора содержания, формы и технологии поддерживающей терапии пациентов, страдающих заиканием, зависит от их индивидуальных особенностей, причин возникновения, степени выраженности и структуры речевого дефекта, степени выраженности личностно-коммуникативной дезадаптации, типа внутренней картины речевого нарушения, типа психогенного реагирования, особенностей системы эмоциональной регуляции, а также условий их социального функционирования [1, 2].

Исходя из цели и гипотезы, мы определили задачи и методы исследования. Разрешите не обозначать теоретико-методологический аппарат исследования, его научную, теоретическую и практическую значимость, так как они представлены в автореферате. На защиту нами был выдвинут ряд положений.

1. Степень выраженности и характер коммуникативной дезадаптации при заикании обусловлены как индивидуальными особенностями речевого нарушения, так и специфическим комплексом личностных переживаний и реакций пациента, в том числе типом внутренней картины речевого дефекта (ВКРД), особенностями психогенного реагирования, своеобразием системы эмоциональной регуляции и психологической защиты пациента.
2. Совокупность проявлений эмоционально-личностной, когнитивной и речевой дисфункций, характеризующих структуру коммуникативной дезадаптации при заикании, также определяет и вероятность возникновения его рецидивов. Доминирующим показателем при этом является комплекс эмоционально-личностных переживаний и реакций пациента, который тесно связан с понятием «внутренняя картина речевого нарушения». Внутренняя картина речевого дефекта при заикании отражает такие показатели, как позиция пациента по отношению к имеющемуся речевому дефекту и перспективам его преодоления; отношение к коррекционной работе; своеобразие деформации системы социальных отношений в связи с имеющимся речевым недостатком; особенности индивидуальной стратегии адаптивного или дезадаптивного поведения пациента в социуме.
3. Изучение особенностей коммуникативной дезадаптации пациентов позволяет обоснованно дифференцировать содержание, формы и технологии поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания при разных типах внутренней картины речевого нарушения.
4. Применение в комплексной системе преодоления заикания вариативных стратегий поддерживающей терапии, учитывающих индивидуальность соотношения речевой, когнитивной и эмоционально-личностной дисфункций пациентов, позволит повысить ее эффективность.

В соответствии с традиционной логикой научного познания наше исследование осуществлялось последовательно и включало три этапа: теоретический анализ проблемы, экспериментально-практическое исследование и анализ полученных результатов.

Первый этап был посвящен анализу современного состояния рассматриваемой проблемы. Изучение литературных источников позволило нам выявить современные тенденции совершенствования комплексной системы преодоления заикания, сформулировать концептуальные основания экспериментальной модели дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания, а также составить программу констатирующего, формирующего и контрольного экспериментов.

Обобщив разнообразные подходы к решению терминологической проблемы нашего исследования, представленные в трудах Е. И. Казаковой, Л. М. Шипицыной, М. Р. Битяновой, И. И. Мамайчук, Л. З. Андроновой-Арутюнян [3], мы пришли к использованию в нашей работе авторского определения понятия «дифференцированная поддерживающая терапия».

Дифференцированная поддерживающая терапия *представляет собой коррекционно-реабилитационное пространство, в том числе принципы, условия и стратегии реализации комплекса мероприятий, направленного на закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии. Данный комплекс осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов, обеспечивающей динамическое наблюдение (мониторинг), психолого-медико-педагогическое воздействие с целью коррекции вторичных проявлений и предупреждение рецидивов заикания.*

На эмпирическом этапе исследования нами была разработана и апробирована экспериментальная модель дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания.

Лонгитюдное исследование осуществлялось поэтапно, в период с 1990 по 2013 год.

На подготовительном этапе (1990) осуществлялся отбор и адаптация диагностического инструментария для проведения исследования, формулировалась предварительная гипотеза диагностического изучения, определялись его цель и задачи.

Цель диагностического этапа состояла в выявлении совокупности личностно-коммуникативных, эмоциональных и речевых особенностей подростков и взрослых, влияющих на выбор оптимальной стратегии поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания [4—6].

В частности, на данном этапе исследования мы решали такие задачи, как:

— изучить особенности и степень выраженности речевого нарушения у участников исследования;
— проанализировать индивидуальные эмоционально-личностные особенности заикающихся пациентов;
— выявить наличие и характер взаимосвязи между показателями коммуникативной дезадаптации, степенью фиксации на речевом дефекте, типом внутренней картины речевого дефекта и личностными характеристиками заикающихся пациентов;
— провести анализ, сравнение, обобщение и систематизацию данных, полученных в ходе исследования.

В комплексном изучении речевых и неречевых проявлений заикания, эмоционально-личностных особенностей, показателей коммуникативной дезадаптации и внутренней картины речевого дефекта принимали участие 254 пациента в возрасте от 18 до 75 лет, получавших лечение в отделении логоневрозов ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» в период с 1990 по 2013 год, в том числе:

— 118 человек с диагнозом «логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосо-артикуляционные формы, выраженные в тяжелой степени»;
— 88 человек с диагнозом «логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосо-артикуляционные формы, выраженные в умеренной степени»;
— 48 пациентов с диагнозом «логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосо-артикуляционные формы, выраженные в легкой степени».

По окончании сбора и обработки фактического материала диагностического исследования осуществлялись интерпретация, статистическая обработка, сравнительный анализ, систематизация и обобщение результатов, полученных в ходе исследования, на основании которых формулировались выводы и заключение о соотношении полученных результатов с положениями выдвинутой гипотезы и результатами, полученными в ходе теоретического изучения проблемы.

Для решения задач диагностического этапа мы использовали следующие методики:

1) анализ истории болезни пациента;
2) методика изучения самооценки Ч. Спилберга, Ю. Л. Ханина;
3) методика «Уровень притязаний» Н. Калиты (1970);
4) тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга;
5) методика незаконченных предложений Д. Сакса и Л. Сиднея;
6) тест личностных акцентуаций К. Леонгарда — Г. Шмишека;
7) для изучения типа внутренней картины речевого дефекта мы использовали методику, разработанную в лаборатории клинической психологии Ленинградского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс, А. Е. Личко, 1987 г.) [7—10].

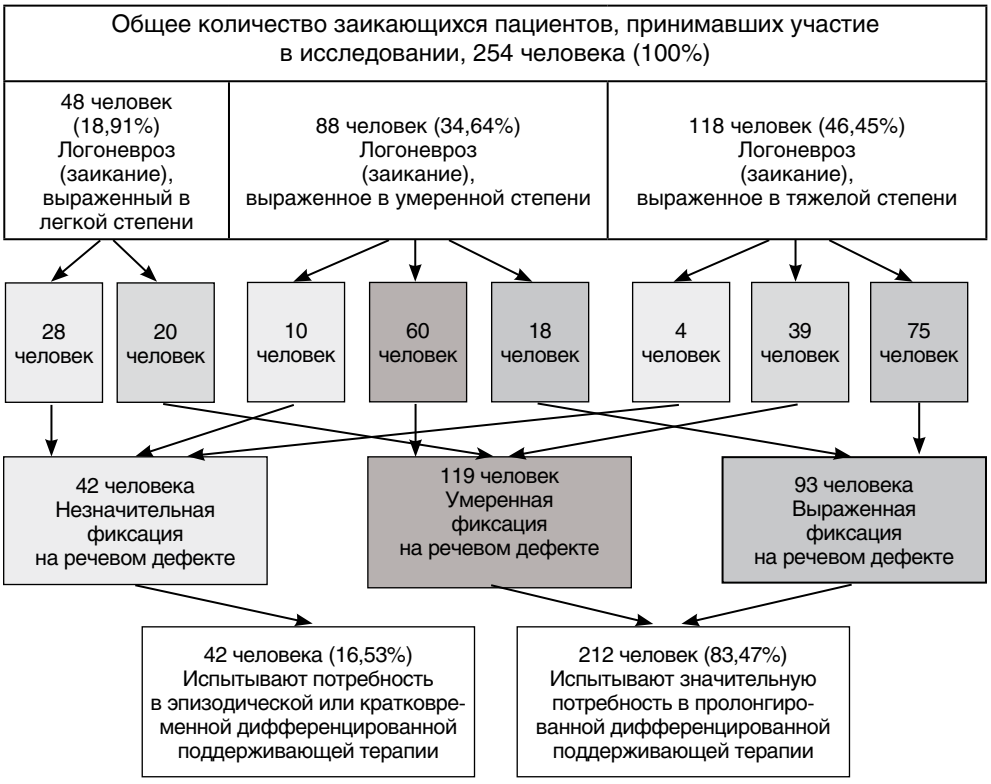

Рис. 1**. Распределение пациентов, принимавших участие в исследовании, на группы с учетом критериев «выраженность заикания», «фиксированность на речевом дефекте», «потребность в дифференцированной поддерживающей терапии»**

Изучение истории болезни пациентов позволило обнаружить некоторые закономерности в формировании их личности и указало на взаимосвязь между проявлениями коммуникативной дезадаптации и степенью нарушения отношений личности больного. Чем выше степень выраженности невротического компонента, тем в большей степени проявляются нарушения системы отношений заикающегося, страдает деятельность общения, что определяет высокую потребность в пролонгированной поддерживающей терапии. И напротив, даже при наличии значимых речевых расстройств при отсутствии патологической фиксации на дефекте и незначительной выраженности невротического компонента, состояние заикающегося оказывается достаточно компенсированным и существенно не ограничивает коммуникативное взаимодействие. В этом случае потребность пациента в поддерживающей терапии носит эпизодический или кратковременный характер.

На основании проведённого анализа все пациенты, принимавшие участие в эксперименте, были разделены на группы по критерию выраженности деформации системы отношений, показателей коммуникативной дезадаптации и особенностей фиксации на речевом дефекте [8, 9].

Сопоставительный анализ и математическая обработка полученных данных по критериям «выраженности заикания» и «фиксированности на речевом дефекте» доказывают отсутствие между этими показателями прямой зависимости (рис. 1). Так, например, легкая степень выраженности заикания лишь в 58,33% случаев сочетается с незначительной фиксацией пациентов на речевом дефекте, у оставшиеся 41,67 % респондентов легкая степень заикания сопровождается умеренной фиксацией на речевом дефекте. При умеренной степени выраженности заикания может наблюдаться и незначительная (11,36%), и умеренная (68,18%), и выраженная (20,46%) фиксации пациента на речевом дефекте. Тяжелая степень выраженности заикания также может сочетаться с тремя вариантами фиксированности на дефекте: незначительной (3,39%), умеренной (33,05%) и выраженной (63,56%).

Полученные данные мы подвергли статистической обработке с использованием коэффициента Пирсона. При этом мы использовали программу STATISTICA 8 (StatSoft Inc, США). Проведённая математическая обработка позволила объективно установить наличие выраженной зависимости между такими показателями, как «фиксированность на речевом дефекте», «выраженность социально-коммуникативной дезадаптации» и «частота возникновения рецидивов заболевания».

Таким образом, полученные данные позволили подтвердить наше предположение о том, что выраженность фиксации на речевом дефекте является фактором, обусловливающим социально-коммуникативную дезадаптацию и интенсивность возникновения рецидивов заикания. Следовательно, показатель выраженности фиксации на речевом дефекте — значимый критерий для определения потребности пациента в поддерживающей терапии и выбора оптимальной стратегии ее реализации в системе комплексного преодоления заикания.

На втором этапе экспериментального исследования были изучены личностные характеристики респондентов и внутренняя картина их речевого дефекта.

Данные, полученные с помощью **методики изучения самооценки Ч. Спилберга и Ю. Л. Ханина**, представлены на рис. 2 и 3, они позволили выделить некоторые различия показателей самооценки заикающихся с умеренной и выраженной степенью фиксации на речевом дефекте.

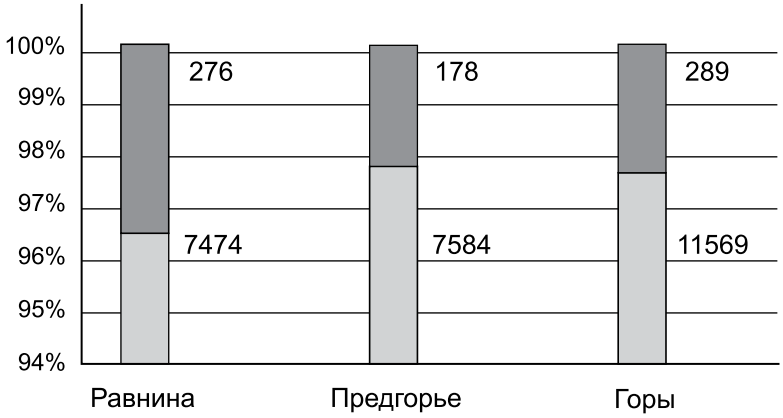

Рис. 2. **Результаты изучения самооценки заикающихся пациентов с умеренной фиксацией (УФ) на речевом дефекте**

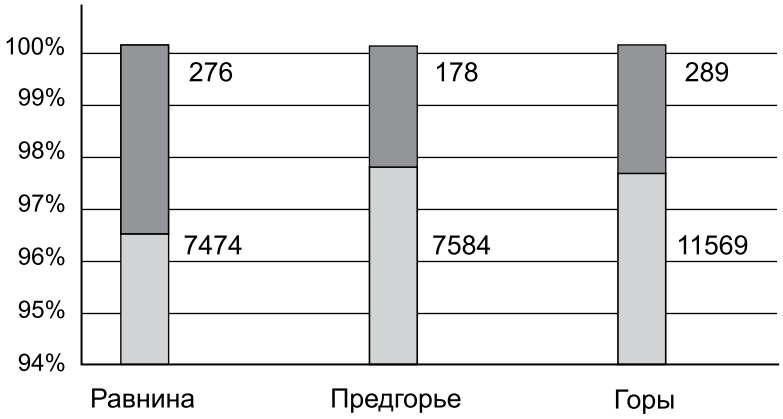

Рис. 3. **Результаты изучения самооценки заикающихся пациентов с выраженной фиксацией (ВФ) на речевом дефекте**

Значимым показателем для нашего исследования является разница между первой оценкой, отражающей актуальный субъективный анализ пациентом своих личностных характеристик, и второй оценкой, воспроизводящей гипотетические предположения пациента о том, как изменятся его личностные характеристики при условии преодоления заикания.

С помощью количественного измерения различий между актуальной и гипотетической самооценкой отдельных характеристик мы оценивали ког-

нитивный показатель (рационально-информационную сторону) внутренней картины речевого дефекта пациентов, принимавших участие в экспериментальном исследовании.

Сопоставление данных субъективного актуального самоанализа (первая оценка) показал, что по большинству характеристик («здоровье», «речь», «возможности общаться», «ум» и «счастье») пациенты с выраженной фиксацией (ВФ) на речевом дефекте имеют более низкие показатели, чем пациенты с умеренной фиксацией (УФ). В целом можно сделать вывод о том, что самооценка при выраженной фиксации на речевом дефекте ниже, чем при умеренной фиксации.

Кроме того, пациенты с ВФ ощущают себя менее успешными и счастливыми по сравнению с другой группой заикающихся. При этом пациенты с ВФ испытывают большую потребность в общении и социальной активности, чем респонденты с УФ.

По данным исследования уровня притязаний пациенты первой группы подразделяются на две подгруппы: с завышенным и заниженным уровнями притязаний. В обеих подгруппах уровень притязаний достаточно устойчив. Реакция на «неуспех» в основном носит форму защиты. Основной яркой характеристикой личности заикающихся первой группы является эмоциональная дезорганизация умственной деятельности. Из-за сильного эмоционального напряжения они неспособны решить даже самое простое задание. Но этот момент достаточно обратим. Уровень притязаний носит в основном защитный характер, так как снижение его наблюдается чаще при завышенной самооценке.

Во второй группе уровень притязаний значительно ниже, чем в первой, и носит неустойчивый характер. Реакция на неуспех у второй группы более острая. Степень трудности последующего выбора во многом определяется результатом выполнения предыдущего задания. Эмоциональной дезорганизации деятельности не наблюдается. В целом же по группе уровень притязаний вырабатывался с трудом.

При выполнении теста Розенцвейга в первой группе (табл. 1) трудностей в правильном восприятии ситуаций не было. Но в оценках эмоционального отношения к ситуации и характера ответа прослеживалась разница. В общем же ответы носили характер обвинения себя, принятие вины. Выход из сложных ситуаций был самостоятельным.

Таблица 1

Результаты изучения пациентов с умеренной фиксацией на речевом дефекте с помощью теста Розенцвейга

Показатель	ОД, %	ЕД ,%	NP, %	Σ, %
E*	20,8	15,5	4,2	40,5
I	8,3	11,3	14,6	34,2
M	13,7	6,8	4,8	25,3
Σ %	42,8	33,6	23,6	
E> I >M		E Д > ОД > NP		

* *Направленнность реакции:*
E — экстрапунитивные;

I — интропунитивные;
M —импунитивные.
Тип реакции:
Категория OD — фиксация на препятствии;
Оценка ED — фиксация на самозащите;
Оценка NP — фиксация на удовлетворении потребности.
Σ — суммарный показатель, отражающий частоту наблюдений реакций того или иного типа (направленности) в группе испытуемых.

Для второй группы (табл. 2) характерными были ошибки при восприятии условий конфликтных ситуаций. Ситуация воспринималась неполно. В эмоциональной оценке ситуации и характере ответов прослеживалось соответствие. Но реакции в целом носили отрицательную эмоциональную окраску. Тип реакций на конфликт в основном в виде обвинений, направленных на окружение. Собственная вина оправдывалась и отрицалась. В разрешении конфликта требовалась посторонняя помощь. Можно отметить определенную несамостоятельность в выходе из сложных ситуаций.

Таблица 2

Результаты изучения пациентов с умеренной фиксацией на речевом дефекте с помощью теста Розенцвейга

Показатель	**ОД, %**	**ЕД, %**	**NP, %**	**Σ, %**
E	16,0	24,4	10,7	51,1
I	5,7	9,5	12,2	27,4
M	11,6	6,3	3,6	21,5
Σ %	33,3	40,2	26,5	
E>I>M		Е Д > ОД > NP		

Анализ данных, полученных с помощью метода «Незаконченные предложения» (табл. 3) показывает, что тема «Заикание» для первой группы присутствует в основном в «отношении к будущему», «жизненных целях». Пациенты были достаточно требовательны к себе, недовольны своим характером, который в большей степени и мешал полноценному общению. Для второй группы характерным являлось проявление темы «Заикания» в настоящем времени. Их «жизненные планы» в большей мере связаны с лечением заикания, а причину многих неудач и трудностей они видят в заикании. При этом недовольство собой, своим характером так ярко, как в первой группе, не проявлялось.

Таблица 3

Результаты исследования уровня тревожности группы заикающихся

Уровень фиксации	**Тревожность**	
	реактивная	**личностная**
УФ	28	46
ВФ	36	56

При анализе результатов диагностики с помощью теста личностных акцентуаций К. Леонгарда — Г. Шмишека на каждого пациента дважды составлялась радиальная диаграмма выраженности акцентуаций характера до и после проведения коррекционно-логопедической работы. По результатам обследования выявлено преобладание эмотивных, педантичных, возбудимых, неуравновешенных, дистимичных и тревожных акцентуаций характера.

Изучение типа внутренней картины речевого дефекта (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс, А. Е. Личко, 1987 г.) позволило распределить респондентов на несколько групп, соответствующих типам внутренней картины речевого дефекта (рис. 4).

Таким образом, анализ результатов диагностики позволил выявить вариативность проявлений когнитивной, эмоционально-личностной и коммуникативной недостаточности, определить иерархию их соотношений в структуре заикании, что стало основанием для создания экспериментальной модели дифференцированной поддерживающей терапии и разработки вариативных стратегий ее реализации.

Учитывая степень выраженности заикания, а также основываясь на клинико-психологической характеристике заикающихся, можно выделить три основные группы (В. М. Шкловский, Б. Д. Карвасарский) пациентов, в работе с которыми применялись вариативные стратегии поддерживающей терапии.

Первая группа. Заикающиеся отличаются незначительно выраженным невротическим компонентом, независимо от степени, формы заикания и типа судорог. При возникновении страха речи больные в состоянии его преодолеть самостоятельно. В структуре личности таких больных не отмечается стойких патологических отклонений. По характеру они достаточно активны, общительны. Отсутствует невротическая переработка имеющегося дефекта речи. Речевой дефект не мешает становлению личности заикающегося как таковому. В работе с данной группой пациентов мы применяли стратегию поддерживающей терапии, максимально ориентированную на выработку эффективных способов аутостимуляции, позволяющих самостоятельно управлять своим эмоциональным состоянием и регулировать речевую деятельность.

Вторая группа. Для больных второй группы характерны значительные эмоциональные расстройства. У них обнаруживается интенсивный страх речи, который они не всегда могут преодолеть, не смотря на стремление к этому. Заикание особо выражено в ситуациях, требующих активного речевого общения (ответы на уроках, экзаменах, выступление на собрании, разговор с незнакомыми людьми, по телефону и т. д.), что свидетельствует об избирательном характере нарушения отношений личности. У заикающихся данной группы проявляются следующие характерологические особенности: повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе, а следовательно, и низкая самооценка. Это, в свою очередь, неблагоприятно отражается на становлении общественно-производственных отношений. На этом фоне у заикающихся возникают трудности реализации своих способностей, актуализации себя в общественной работе

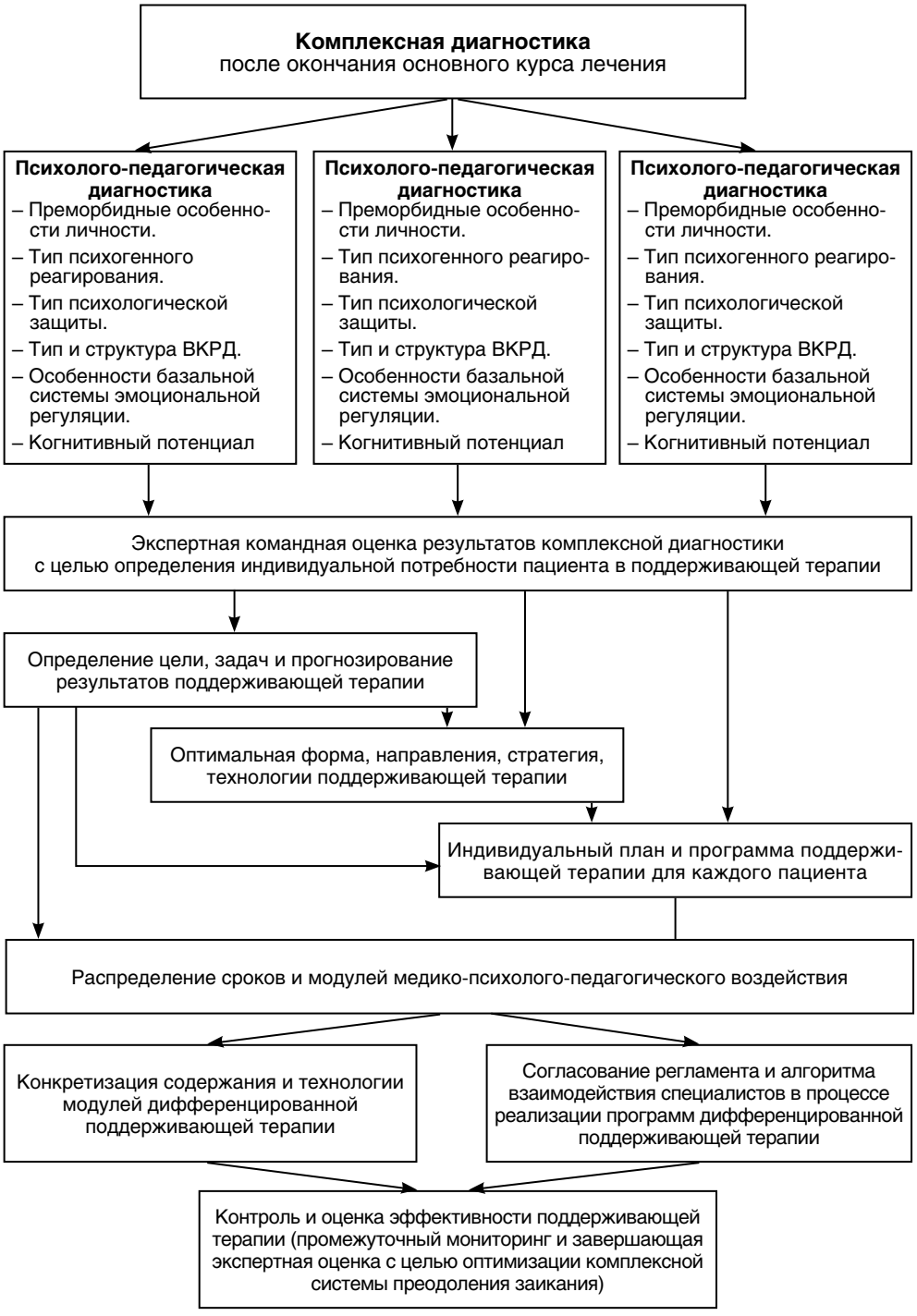

Рис. 4. **Модель дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания**

и личной жизни. Для данной группы пациентов наиболее эффективна стратегия поддерживающей терапии, направленная на отреагирование негативных эмоций, преодоление страхов, снижение эмоциональной значимости психогенных ситуаций и формирование индивидуальных моделей психологической защиты, эффективных в подобных ситуациях.

В третьей группе тяжесть заболевания в значительной степени определяется выраженностью эмоциональных нарушений. По данным клинико-психологического исследования, в структуре личности больных отмечаются стойкие патологические отклонения. У больных этой группы оказывается дезорганизованной вся система личностных отношений и поведения, резко выражено чувство собственной неполноценности, непреодолимый страх, неуверенность в своих силах, тревожная мнительность, которая часто неадекватна по отношению к имеющемуся или практически отсутствующему дефекту речи. Так возникают трудности в системе межличностных отношений, препятствующие социальной адаптации. Стратегия поддерживающей терапии в данной группе пациентов связана с глубоким преобразованием их системы ценностей и отношений, оптимизацией межличностных взаимоотношений.

Полученные результаты теоретического и диагностического этапов исследования позволили нам создать экспериментальную модель дифференцированной поддерживающей терапии, которая представляет собой коррекционно-реабилитационное пространство, принципы и условия реализации комплекса мероприятий, направленных на закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии. Данный комплекс осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов, обеспечивающей динамическое наблюдение, психолого-педагогическое сопровождение и коррекцию вторичных проявлений и рецидивов заболевания.

Цель поддерживающей терапии — закрепление и поддержание положительного терапевтического эффекта коррекционной работы по преодолению заикания после окончания курса интенсивной терапии, предупреждение его рецидивов.

Задачи поддерживающей терапии: комплексная диагностика, направленная на выявление совокупности проявлений эмоционально-личностной, когнитивной и речевой дисфункций, характеризующих структуру коммуникативной дезадаптации при заикании, составление индивидуальных программ дифференцированной поддерживающей терапии, выбор оптимальной стратегии их реализации в комплексной системе преодоления заикания, динамическое наблюдение, определение особенностей организации коррекционно-реабилитационного пространства в соответствии с индивидуальными особенностями каждого пациента; обеспечение всесторонней профессиональной поддержки пациентов; предоставление комплекса необходимых медико-психолого-педагогических коррекционных услуг в соответствии с разработанной программой.

Основными принципами реализации программы психолого-педагогического сопровождения стали фундаментальные положения общей, возраст-

ной и специальной психологии, педагогики и логопедии в том числе, единство диагностики и коррекции, мультидисциплинарный подход, преемственность и согласованность взаимодействия специалистов системы комплексного преодоления заикания, системность, непрерывность, интенсивность и длительность коррекционного воздействия, принцип вовлечения в реабилитационный процесс ближайшего окружения пациента.

При этом мы выделили четыре этапа реализации программ дифференцированной поддерживающей терапии.

Основная цель **первого этапа** — формирование группы как непосредственного фактора воздействия (а не только условия проведения лечения). В этот период для ведущего группу психотерапевта или психолога актуальна задача преодоления псевдосплочённости пациентов. Другая важная задача — снятие у заикающихся защитной фиксации на дефекте речи. В решении обеих задач большую роль играет создание в группе с первого же занятия интенсивного невербального (несловесного) взаимодействия. Возникновение между пациентами значимых для них отношений позволяет говорить о сформированности предпосылок для перехода к следующему, второму этапу ведения группы.

На **втором этапе** происходит реализация указанных предпосылок, т. е. взаимодействие пациентов приобретает характер лечебного фактора в полном объёме. Второй этап ведения группы отличается выраженным преобладанием интерпретативных методик. Проективное рисование, интерпретация пациентами символических пантомимических действий, обсуждение результатов социометрии, анализ спонтанного поведения участников сочетаются со всё возрастающим объёмом тематических дискуссий. На первый план выступает задача последовательного создания развёрнутого коммуникативного портрета каждого участника группы, в основе которого лежит большой объём впечатлений и ощущений, полученных в период интенсивного невербального взаимодействия.

Третий и четвёртый этапы ведения группы посвящаются связи, существующей между коммуникативным портретом, создаваемым в предшествующий период, и теми личностными, биографическими, профессиональными проблемами, которые начинают сознаваться участниками. Накопленный опыт общения помогает каждому участнику в вербализации и осознании его проблем, в их анализе, отреагировании и переосмыслении. Полученный опыт может успешно переноситься во внегрупповые ситуации, помогая в их решении. Если групповая психокоррекционная работа проводилась планомерно и эффективно, окончание курса лечения и отрыв от группы происходит достаточно безболезненно. В дальнейшем не исключаются индивидуальные встречи с психотерапевтом или психологом.

Группу поддерживающей терапии, как было установлено в процессе многолетнего наблюдения, длительное время посещают одни и те же пациенты. Мы проанализировали состав данной группы и обнаружили, что 87% составляют заикающиеся, имеющие тяжёлую декомпенсацию за счёт выраженности невротического компонента. Это пациенты, переоценивающие тяжесть заикания, имеющие высокий уровень тревожности, наиболее глубоко

и остро переживающие свою болезнь, склонные только заиканием объяснять свои жизненные проблемы.

Все пациенты, обследованные нами на этапе диагностики, в зависимости от субъективных потребностей и семейных обстоятельств, были разделены на две группы — контрольную и экспериментальную. В контрольную группу вошли пациенты, которые после окончания основного курса лечения продолжали наблюдаться в отделении логоневроза ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы», но посещали группы поддерживающей терапии в психоневрологических диспансерах по месту жительства.

Из общего числа респондентов в контрольную группу вошли 38 пациентов (14,96% от общего количества участников эксперимента), в том числе 8 пациентов первой группы (21%), 16 пациентов второй группы (42,10%) и 14 пациентов третьей группы (36,9%). Для объективного мониторинга и анализа частоты возникновения рецидивов заикания в контрольной группе респондентов мы осуществляли постоянную взаимосвязь с логопедами психоневрологических диспансеров, расположенных по месту жительства пациентов контрольной группы.

В экспериментальную группу вошли 216 пациентов, в том числе 34 респондента из первой группы заикающихся (15,74%), 103 респондента из второй группы заикающихся (47,69%) и 79 респондентов из третьей группы заикающихся (36,57%), которые после основного курса лечения продолжали наблюдаться и посещали группы поддерживающей терапии в отделении логоневроза ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы».

Дифференцированная поддерживающая терапия осуществлялась в форме комбинированных терапевтических сессий, включающих логотерапевтические занятия и сеансы активной психотерапии, содержание и технологии которых определялись с учётом потребностей заикающихся пациентов, посещающих группу.

В процессе комплексной психолого-педагогической работы решались различные задачи в соответствии с целью каждого этапа:

1) комплексная диагностика;
2) перестройка патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности;
3) закрепление достигнутых результатов в ходе личностно-коммуникативных тренингов;
4) сопровождение пациентов с целью профилактики рецидивов.

В среднем длительность работы группы поддерживающей терапии составляет 9—12 месяцев, при этом группа имеет открытый характер, то есть количество и состав группы могут изменяться от сессии к сессии.

Комбинированные терапевтические сессии проводились еженедельно с интенсивностью два-три занятия в неделю, среди которых один групповой и два подгрупповых или индивидуальных сеанса психотерапии. На каждом занятии реализация терапевтических целей осуществлялась с учётом вариативных стратегий коррекционного воздействия, соответствующих составу участников сессии.

При этом терапевтическая работа сопровождалась мониторингом за динамикой речевых и эмоционально-личностных изменений у пациентов под влиянием дифференцированной поддерживающей терапии и ежемесячным учётом сведений о частоте возникновения рецидивов заикания у каждого пациента.

После завершения реализации программ дифференцированной поддерживающей терапии осуществлялся контрольный эксперимент, который был направлен на оценку эффективности поддерживающей терапии. На этом этапе проводилась комплексная диагностика речевых и эмоционально-личностных характеристик пациентов контрольной и экспериментальной групп и систематизация сведений о динамике показателей частоты возникновения у них рецидивов заикания за прошедший период.

Анализ результатов, полученных при выявлении эффективности апробации экспериментальной модели дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания, показал положительные изменения в коммуникативно-речевой и эмоционально-личностной сферах.

Положительная динамика отмечается как по отдельным показателям логопедического и психологического обследования, так и по снижению проявлений коммуникативной дезадаптации в целом.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности разработанной нами экспериментальной модели дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания, учитывающей индивидуальность соотношения речевой, когнитивной и эмоционально-личностной дисфункции в структуре заикания.

Анализ итоговых результатов показал наличие положительных изменений на эмоционально-личностном уровне у пациентов, посещавших группу поддерживающей терапии в условиях ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы».

Сведения о динамике в развитии когнитивной, речевой и эмоционально-личностной сферах, изменение показателей, отражающих частоту возникновения рецидивов заикания, позволяют подтвердить правильность выдвинутой нами гипотезы.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Абабков В. А.* Патоморфоз неврозов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06. СПб., 1992.
2. *Абабков В. А.*, Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004.
3. *Андронова-Арутюнян Л. З., Жданова О. Д.* Заикание как патологически изменённое функциональное состояние. Использование комплексной системы устойчивой нормализации речи заикающихся. Куйбышев, 1990.
4. Артикуляционный массаж при заикании : метод. рекомендации / Ин-т общегуманитар. исследований. М. : изд-во В. Секачёв, 2002.
5. *Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А.* Методы нейропсихологической диагностики. СПб., 1997.
6. *Герасимова А. С., Степанова Г. М.* Виды логокоррекционной работы с заикающи-

мися школьниками при закреплении навыков правильной речи // Расстройства речи. СПб., 1994.
7. *Калягин В. А., Киселёва М. Н.* Методика психологического тестирования заикающихся : метод. рекомендации. СПб., 1992.
8. *Шевцова Е. Е.* Поддерживающая терапия в лечении заикания // Актуал. вопр. мед. реабилитации / Третья научно-практическая конференция, посвященная 30-летию гор. больницы № 10. М., 1996.
9. *Шевцова Е. Е.* Преодоление рецидивов заикания. М. : Ин-т общегуманитар. исследований, 2005.
10. *Шевцова Е. Е.* Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. М. : изд-во В. Секачёв, 2009.

Связь с автором:
Шевцова Елена Евгеньевна
eshevcova@mail.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТЧЁТЫ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ О ПРОВЕДЕНИИ IV МЕЖДУНАРОДНОГО ВОКАЛЬНО-ЧТЕЦКОГО КОНКУРСА-ПРАКТИКУМА В ГОРОДЕ НАЛЬЧИКЕ

2–4 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

© Рудин Л. Б., 2014

Общероссийская общественная организация
«Российская общественная академия голоса»

Со 2 по 4 октября 2014 года Российская общественная академия голоса проводила IV Международный вокально-чтецкий конкурс-практикум в городе Нальчике. Конкурсная программа мероприятия была посвящена сразу двум знаменательным событиям: 200-летию со дня рождения великого русского поэта Михаила Юрьевича Лермонтова и 100-летию со дня открытия одного из ведущих театральных вузов России — Театрального института имени Бориса Щукина. Местом проведения IV Международного конкурса-практикума должен был стать город Пятигорск, где на дуэли трагически оборвалась жизнь великого русского поэта. Но партнёр Академии, Государственный музей-заповедник М. Ю. Лермонтова в городе Пятигорске в лице директора Ирины Вячеславовны Сафаровой за три недели до запланированных дат мероприятия снял с себя обязательства по организации под предлогом отсутствия в конкурсных программах участников лермонтовской тематики. Более того, столь абсурдное решение было поддержано министром культуры Ставропольского края Татьяной Ивановной Лихачёвой. Важно отметить, что в своём интервью для газеты «Ставропольская правда» (опубликовано 2 августа 2014 года) Т. И. Лихачёва активно поддерживала данное мероприятие. Цитируем: «...Всё ближе мы и к самой дате 200-летия Лермонтова, много всего намечено на сентябрь и октябрь. Впервые в музее-усадьбе в Пятигорске пройдёт Международный вокально-чтецкий конкурс-практикум, который планируется провести при участии Российской общественной академии голоса».

Обескураживающая безответственность вышеуказанных лиц не просто поразила всех нас, мы извлекли хороший урок. Проведение конкурса-практикума было под угрозой. Правообладатели конкурса-практикума приложили все усилия, чтобы запланированное мероприятие состоялось и даты проведения остались без изменения. Огромная заслуга в этом принадлежит вице-президенту Российской общественной академии голоса, проректору Театрального института имени Бориса Щукина, профессору Марии Петровне Оссовской, за что все организаторы и

участники мероприятия выражают ей большую благодарность.

Только благодаря всесторонней поддержке и помощи правительства Кабардино-Балкарской Республики (КРБ) в лице заместителя председателя правительства КБР Руслана Борисовича Фирова, министра культуры КБР Мухадина Лялушевича Кумахова и заместителя министра культуры КБР Аминат Хадисовны Карчаевой IV Международный вокально-чтецкий конкурс-практикум состоялся в прекрасном и гостеприимном Нальчике на совершенно ином, гораздо более высоком уровне. Недаром говорится, «что не делается — всё к лучшему». От лица всех членов Российской общественной академии голоса выражаем огромную благодарность членам правительства Кабардино-Балкарской Республики и тем лицам, кто помогал в организации мероприятия, и восхищение их профессионализмом, гостеприимством и неравнодушием!

Основной площадкой проведения мероприятия был выбран Государственный киноконцертный зал (ГКЗ) города Нальчика. Местом проведения конкурсной программы в номинации «Художественное чтение» стал Музей изобразительных искусств г. Нальчика.

Церемония открытия прошла в малом зале ГКЗ в соответствии с традициями принимающей стороны: президенту Академии Льву Борисовичу Рудину

поднесли чашу с махсымой, после чего с приветственным словом выступили заместитель председателя правительства КБР Руслан Борисович Фиров и министр культуры КБР Мухадин Лялушевич Кумахов. С ответной речью выступил Лев Борисович Рудин. IV конкурс-практикум стартовал!

Программа мероприятия в одинаковой степени была ориентирована как на педагогов, так и на конкурсантов. В первый день прошли конкурсные прослушивания во всех номинациях: академическое сольное пение, эстрадное сольное пение, народное сольное пение, вокальные ансамбли и художествен-

ное чтение. После незапланированного переноса конкурса в город Нальчик количество конкурсантов значительно возросло. Российская общественная академия голоса выражает благодарность за помощь в проведении мероприятия и привлечение к конкурсной программе студентов и педагогов профессору, заведующей кафедрой вокального искусства Северо-Кавказского государственного института искусств Наталие Казбулатовне Гасташевой и заведующей кафедрой актёрского мастерства этого же института, доценту Тамаре Борисовне Балкаровой.

Члены жюри вокальных и чтецкой номинаций работали до поздней ночи. Первый день получился насыщенным яркими выступлениями конкурсантов. По результатам дня в каждой из номинаций члены жюри выбрали лауреатов и дипломантов трёх степеней. Остальные участники были отмечены дипломами об участии в конкурсной программе.

Во второй день мероприятия были проведены лекции и мастер-классы ведущих специалистов в области фониатрии и междисциплинарных знаний вокальных и речевых направлений. В рамках программы повышения квалификации выступили: Лев Борисович Рудин — президент Российской общественной академии голоса, врач-отоларинголог, кандидат медицинских наук, доцент по специальности «Болезни уха, горла и носа» — с лекцией «Анатомо-функциональная организация голосового аппарата, основы фониатрии»; Юрий Львович Дубов — заслуженный артист РФ, доцент кафедры сценической речи Театрального института имени Бориса Щукина, артист Московской государственной академической филармонии — с мастер-классом «Некоторые особенности работы с лермонтовским текстом». В оставшуюся часть дня нашими друзьями из Нальчика была организована увлекательная и познавательная экскурсия для участников конкурса и членов жюри. Потрясающие виды Чегемских водопадов не оставили равнодушным никого!

Третий день был ознаменован подготовкой к основному событию для всех участников конкурса-практикума — гала-концерту с вручением дипломов и сертификатов о прохождении практикума. В первой половине дня прошли мастер-классы Марии Петровны Оссовской — вице-президента Российской общественной академии голоса, заслуженного работника культуры РФ, профессора — на тему «Теоретико-методические основы техники речи» и Рубена Павловича Лисициана — заслуженного артиста РФ, профессора, президента Германо-Российской культурно-образовательной академии Кёльна (ФРГ), члена Российской общественной академии голоса — на тему «Основные правила произношения в пении на иностранных языках. Основы стиля и интерпретации в этой области».

И наконец начался концерт! В концерте приняли участие конкурсанты, отмеченные нашими членами жюри в первый день мероприятия, преподаватели вузов и конечно же члены Российской общественной академии голоса. Концерт провели члены Академии Мария Петровна Оссовская и Семён Вячеславович Лиманов. Первая часть была полностью посвящена творчеству М. Ю. Лермонтова. В сопровождении симфонического оркестра Кабардино-Балкарской государственной филармонии под руководством дирижёра Бориса Хатуевича Темирканова, президентом Академии Львом Рудиным был исполнен романс на стихи М. Ю. Лермонтова в обработке Е. В. Колобова «Выхожу один я на дорогу». Прозвучали произведения А. И. Хачатуряна к драме М. Ю. Лермонтова «Маскарад»: Вальс и Ноктюрн, «Горские симфонические танцы» А. Даурова. Член жюри Юрий Дубов прочёл «Белеет парус одинокий», отрывок из «Мцыри». Важно отметить, что программа гала-концерта была полностью посвящена творчеству М. Ю. Лермонтова и теме Кавказа.

Кульминацией концерта стали выступления наших конкурсантов, которыми замечательным образом была раскрыта тема Лермонтова, Кавказа, Родины!

В течение всего концерта наши ведущие вызывали на сцену конкурсантов для торжественного вручения дипломов и призов. Гала-концерт стал радостным и ярким событием для многих молодых исполнителей и открыл новые горизонты участникам, для которых этот выход на сцену стал первым!

Мы благодарим всех участников конкурса-практикума за то, что они с большим пониманием отнеслись к организационным сложностям, связанным с переносом мероприятия в город Нальчик на запланированные даты, и надеемся на новые встречи!

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ О ПРОВЕДЕНИИ V ВСЕРОССИЙСКОГО ВОКАЛЬНО-ЧТЕЦКОГО КОНКУРСА-ПРАКТИКУМА РОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ГОЛОСА В Г. АЛЬМЕТЬЕВСКЕ 6–8 НОЯБРЯ 2014 ГОДА

© Шатунова Л. В., Рудин Л. Б., 2014

Общероссийская общественная организация
«Российская общественная академия голоса»

С 6 по 8 ноября 2014 года в г. Альметьевске прошёл V Всероссийский вокально-чтецкий конкурс-практикум Российской общественной академии голоса. В рамках мероприятия проводились открытые уроки, семинары-лекции и мастер-классы, посетить которые могли не только преподаватели, но и конкурсанты. Однако для организаторов приоритетным является образовательный процесс, повышение уровня знаний вокальных и речевых педагогов, что позволяет последним пройти краткосрочные курсы повышения квалификации по проблемам голоса и речи, сочетая данный процесс с демонстрацией творческих достижений своих учеников. Провести мастер-классы и оценить способности участников конкурса приехали ведущие специалисты голосоведческих дисциплин: президент Российской общественной академии голоса, председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов Лев Рудин; народный

артист РФ, заведующий кафедрой вокала Московского государственного гуманитарного университета имени М. А. Шолохова, профессор кафедры академического сольного пения Московской государственной консерватории имени П. И. Чайковского, член Российской общественной академии голоса Борис Кудрявцев; заведующий отделением «Эстрадное пение» Московского областного колледжа искусств, член Российской общественной академии голоса Семён Лиманов, педагог по сценической речи Московского государственного театрального техникума имени Л. А. Филатова, член Российской общественной академии голоса Людмила Панкратова; ассистент кафедры вокала Московского государственного гуманитарного университета имени М. А. Шолохова, член Российской общественной академии голоса Виктория Кудрявцева.

В состав жюри также вошли Раиса Равиловна Кашапова — преподаватель по вокалу высшей квалификационной категории Альметьевского музыкального колледжа имени Ф. З. Яруллина, член Российской общественной академии голоса; Гюльмира Билаловна Бабаева — доцент кафедры сольного пения Казанского государственного университета культуры и искусств, лауреат международных конкурсов; Екатерина Михайловна Александрова — руко-

водитель вокальной студии «Голос» (г. Альметьевск), лауреат международных и всероссийских конкурсов; Дамира Анасовна Фаизова — руководитель театральной студии «Дебют» (г. Альметьевск); Марина Юрьевна Колесник — преподаватель актёрского мастерства Альметьевского музыкального колледжа имени Ф. З. Яруллина.

Открытие мероприятия прошло с присущим татарскому народу гостеприимством и соблюдением русских и татарских национальных традиций: президенту Академии Льву Борисовичу Рудину и членам жюри преподнесли хлеб-соль и баурсак — традиционное татарское мучное изделие. Девушки в народных костюмах, олицетворяющие русскую и татарскую культуры, поднесли блюда с угощением каждому из членов жюри. Этот момент единения двух культур стал отправной точкой для всего мероприятия.

Приветственное слово взяла заслуженный работник культуры Республики Татарстан, лауреат международных конкурсов, директор Альметьевского музыкального колледжа имени Ф. З. Яруллина Гузял Вилсоровна Еремеева, после чего с ответной благодарственной речью выступил президент Академии голоса Лев Борисович Рудин. Он особо подчеркнул, что уровень организации и проведения мероприятий Академии в городе Альметьевске растёт год от года и поблагодарил членов Оргкомитета, которые делают каждое мероприятие настоящим событием в жизни города!

На открытие мероприятия были приглашены уже знаменитые землячки Гульшат Хамурзина и Айгуль Валиуллина, прославившие нефтеград участием в телевизионных проектах «Голос-3» и «Голос. Дети». Великолепным исполнением порадовала всех присутствующих член Оргкомитета, вокальный педагог высшей категории, лауреат российских и международных конкур-

сов, председатель регионального отделения «Татарстанское» Российской общественной академии голоса Людмила Вячеславовна Шатунова.

Первый день практикума полностью был посвящён конкурсным прослушиваниям. Всего конкурс собрал более 130 участников из городов юго-востока Татарстана и России. Покоряли московское жюри своими талантами конкурсанты из Казани, Оренбурга, Самары, Чайковского, Екатеринбурга, Малгобека, Нурлата, Джалиля, Муслюмова, Лениногорска, Бугульмы, Октябрьского, Хабаровска, Набережных Челнов, Нижнекамска. Особое внимание привлекли участники в номинации «Художественное слово» из Хабаровска. Они преодолели более 7000 километров для того, чтобы принять участие в конкурсе-практикуме, и, как оказалось, не зря. Но обо всём по порядку.

В центральном актовом зале прошли прослушивания конкурсантов в номинациях «Вокальные ансамбли» и «Эстрадное пение». В дополнительных залах были прослушаны участники других номинаций. В конкурсе приняли участие все заявленные по условиям возрастные категории от младшей (7—9 лет) до старшей (от 26 лет). Участники не были ограничены во времени своего выступления. Каждому из них была дана возможность исполнить или прочитать два произведения или отрывка. Для наибольшей эффективно-

сти повышения квалификации и проведения максимального количества мастер-классов и лекций было принято решение прослушать всех конкурсантов в первый день. Члены жюри работали до поздней ночи! По окончании конкурсного прослушивания они приступили к обсуждению результатов.

Второй день конкурса-практикума был занят лекциями и мастер-классами от ведущих преподавателей, членов Российской общественной академии голоса. Лев Борисович Рудин прочитал лекцию по основам физиологии, па-

тологии голосового аппарата и гигиене голоса. Эти вопросы актуальны для каждого вокального педагога, ведь фраза «предупреждён, значит вооружён» в этом случае приобретает особый смысл. Раскрытые на лекции вопросы помогли многим педагогам понять причины проблем с голосом их подопечных и сделать необходимые для дальнейшего развития вокалистов выводы.

Мастер-класс Семёна Вячеславовича Лиманова, посвященный проблемам и вопросам преподавания эстрадного вокала, собрал максимальное количество вокальных педагогов и их учеников. С не меньшим ажиотажем прошли мастер-класс по академическому вокалу профессора Бориса Николаевича Кудрявцева и мастер-класс по сценической речи Людмилы Николаевны Панкратовой.

6 и 7 ноября доктор Рудин вёл приём пациентов, записавшихся к нему заранее. Практика проведения профосмотров на каждом мероприятии Академии уже вошла в правило. Это обусловлено фактом полного отсутствия специалистов фониатров в регионе проведения или некомпетентностью таковых. В России наблюдается острая нехватка специалистов по голосовому аппарату, и Лев Борисович — один из тех немногих профессионалов, которые самостоятельно вводят новые методики и несут свет знаний посредством распространения научной информации. За время приёма Рудин осмотрел более 70 человек. Все они получили исчерпывающую информацию не только о состоянии своего голосового аппарата, но и рекомендации, как в дальнейшем избежать болезней, осложнений, потери голоса.

На третий день мероприятий состоялся грандиозный гала-концерт в Доме культуры «Иске Элмэт». На нём выступили конкурсанты, наиболее понравившиеся и запомнившиеся членам жюри. В программе концерта были как выступления участников конкурса, так и награждения. Никто не остался без подарков. Отмеченные дипломом лауреата участники получили в подарок замечательные музыкальные наушники и компьютерные гарнитуры. Был отмечен особым ди-

пломом «Лучший концертмейстер» Леонид Швачко. Ну, а диплом Гран-при конкурса и особый приз от организаторов достались студенту Хабаровского государственного института искусств и культуры Виталию Тихомирову за прекрасное и эмоциональное исполнение стихотворения С. Есенина в чтецкой номинации. Его бесспорно победное выступление и прозвучало в кульминации гала-концерта.

Президиум академии голоса благодарит всех, кто принял участие в нашем мероприятии! Мы надеемся, что наши встречи всегда будут проходить в теплой обстановке взаимного обмена профессиональными знаниями, опытом и позитивной энергией!

КРАСНОДАР ВЫХОДИТ В ЛИДЕРЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ РЕШЕНИЙ ПЕРВОГО СЪЕЗДА РОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ГОЛОСА

© Кириченко Н. Н., 2014

Общероссийская общественная организация
«Российская общественная академия голоса»

В ноябре 2014 года Российская общественная академия голоса провела сразу два мероприятия в городе Краснодаре!

9, 10, 24, 25 ноября в Краснодарском государственном университете культуры и искусств (КГУКИ) прошли семинары врача-оториноларинголога, фониатра, президента Российской общественной академии голоса, доцента Льва Борисовича Рудина «ГИГИЕНА ПЕВЧЕСКОГО ГОЛОСА: Анатомо-функциональная организация голосового аппарата, основы фониатрии и гигиены голоса».

Площадка для проведения была выбрана не случайно. Основным организатором мероприятия в Краснодаре выступила заведующая кафедрой академического пения и оперной подготовки Краснодарского государственного университета культуры и искусств, заслуженная артистка РФ, член Президиума и Председатель регионального отделения «Краснодарское» Российской общественной академии голоса Наталья Николаевна Кириченко. С согласия ректора КГУКИ, кандидата педагогических наук Сергея Семёновича Зенгина были организованы двухдневные мастер-классы Л. Б. Рудина, посетить которые смогли как вокальные педагоги, так и их ученики. На семинарах все желающие могли задать интересующие их вопросы.

Л.Б. Рудина и Н.Н. Кириченко на рабочем совещании у ректора КГУКИ Сергея Семёновича Зенгина

Имея огромный опыт работы со звёздами театра, кино и эстрады, Лев Борисович успел ответить на множество вопросов, связанных с профилактикой заболеваний голосового аппарата у профессионалов голоса. Ведь только при должном отношении к нему артист может сохранить свой главный профессиональный инструмент — голос!

Помимо лекций, все эти дни Лев Борисович вёл профосмотры. За четыре дня он успел осмотреть и проконсультировать порядка 60 пациентов, среди которых были не только вокалисты, но и все те, кто не мог получить квалифицированную помощь врача-фониатра.

Нехватка профессиональных кадров в области фониатрии наблюдается во всех регионах России. В связи с этим на совещании у ректора КГУКИ С. С. Зенгина было принято решение о принятии Л. Б. Рудина на должность доцента КГУКИ и открытии на базе университета центра фониатрии. Эти грандиозные планы были озвучены Натальей Николаевной и с огромным энтузиазмом поддержаны Сергеем Семёновичем.

Российская общественная академия голоса выражает огромную благодарность Сергею Семёновичу Зенгину и Наталье Николаевне Кириченко за неоценимый вклад в развитие фониатрии и голосоведения в Краснодарском крае! Мы надеемся, что принятые решения в скором времени приведут к повышению общего уровня образованности в области гигиены и профилактики заболеваний голосового аппарата и сократят возможность рисков потери голоса у вокалистов до минимума.

Участники школы здорового голоса

Содержание

МЕДИЦИНА

Сравнительная характеристика аудиологических скрининговых исследований у новорождённых
Махачева Х. Г., Асхабова Л. М., Дайхес Н. А. *4*

Клинико-цитохимический анализ лечения хронического одонтогенного риносинусита на фоне пародонтита
Белая Е. А., Майборода Ю. Н., Урясьева Э. В., Чвалун Е. К. 11

ПЕДАГОГИКА

Одна из лучших советских вокалисток
Агин М. С. *22*

Слуховая реабилитация пациентов с частичной глухотой, пользующихся кохлеарным имплантом — предложение языкового материала для занятий.
Отчёт из логопедической практики
Чвиклиньска И., Панковска А., Скаржиньски П. Х. *40*

Информационные технологии в системе логопедической реабилитации больных с афазией
Ларина О. Д. *51*

Вокальные технологии в сохранении и укреплении здоровья младших школьников
Петухова-Левицкая М. И. *65*

Модель дифференцированной поддерживающей терапии в комплексной системе преодоления заикания 74
Шевцова Е. Е.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТЧЁТЫ

Официальный отчёт о проведении IV Международного вокально-чтецкого конкурса-практикума в городе Нальчике 2—4 октября 2014 года
Рудин Л. Б. 90

Официальный отчёт о проведении V Всероссийского вокально-чтецкого конкурса-практикума Российской общественной академии голоса в г. Альметьевске 6—8 ноября 2014 года
Шатунова Л. В., Рудин Л. Б. 95

Краснодар выходит в лидеры по реализации решений Первого съезда Российской общественной академии голоса
Кириченко Н. Н. 102