

Міністерство культури та інформаційної політики України
Харківський національний університет мистецтв
імені І.П. Котляревського
Кафедра сценічної мови

Охорона співацького голосу студентів-акторів

Методичні рекомендації для здобувачів освіти денної форми навчання з навчальної дисципліни «Сольний спів», ОР «Бакалавр», галузі знань 02 Культура і мистецтво, спеціальності 026 Сценічне мистецтво, ОПП «Сценічне мистецтво» («Акторське мистецтво драматичного театру і кіно», Акторське мистецтво театру ляльок»)

Харків 2023

«Охорона співацького голосу студентів-акторів». Методичні рекомендації для здобувачів освіти денної форми навчання з навчальної дисципліни «Сольний спів», ОР «Бакалавр», галузі знань 02 Культура і мистецтво, спеціальності 026 Сценічне мистецтво, ОПП «Сценічне мистецтво» («Акторське мистецтво драматичного театру і кіно», Акторське мистецтво театру ляльок»).

Автор-упорядник:

Томчук Т.М. – заслужена артистка України, доцентка, доцентка кафедри сценічної мови Харківського національного університету мистецтв імені І.П. Котляревського.

Рецензенти:

Хуторська А.Й. – кандидатка мистецтвознавства, доцентка кафедри сценічної мови Харківського національного університету мистецтв імені І.П. Котляревського;

Срошенко О.В. – кандидатка мистецтвознавства, доцентка, доцентка кафедри майстерності актора Харківської державної академії культури.

Рекомендовано до друку Вченою радою Харківського національного університету мистецтв імені І.П. Котляревського протокол № 10 від 31.05.2023 р.

Дані методичні рекомендації покликані надати студентам-акторам інформацію щодо запобігання хворобам голосового апарату та збереженню його функціональних якостей у подальшій професійній діяльності.

Зміст

Вступ	4
Розділ I. Улаштування співацького апарату	6
Розділ II. Найбільш часті захворювання органів голосового апарату у професійних співаків і причини їх виникнення	15
Розділ III. Хвороби голосу та їх профілактика	19
Список літератури	26

Вступ

Питання охорони співацького голосу тісно пов'язане з питаннями гігієни глосу співаків. Гігієна голосу – це дотримання співаком певних правил поведінки, що забезпечують збереження здоров'я голосового апарату.

В першу чергу цих правил необхідно дотримуватись представникам тих професій, яким доводиться в процесі професійної діяльності постійно експлуатувати свій голос. Йдеться про співаків, драматичних акторів та інших.

Кожна людина, робота якої пов'язана зі співом для збереження свіжості голосу та запобігання різних захворювань повинна, як у побуті, так і в роботі дотримуватись певного режиму. Викладач, який навчає студентів сольному співу, зобов'язаний знати цей режим, виконувати його і керуватись ним у вимогах до студентів.

Виконання співацького режиму важливо тому, що співак зобов'язаний бути завжди у формі, вміти та могли показати голосом те, чого він хоче домогтись в даний момент. Виразно заспівана фраза і чітко сформульована думка, що висловлена ясно та чітко, в значній мірі полегшить роботу педагога зі своїми студентами.

Ось деякі правила гігієни голосу:

- навантаження на голосовий апарат має відповідати ступеню його тренуваності;
- неприпустимим є форсоване звучання голосу, зловживання високими нотами, криком, а також надмірне мовленнєве навантаження;
- не бажаним є спів під час хвороби;
- співаку необхідно уникати різкої зміни температури, а також спеки, холоду, задухи, пилу і тому подібне;
- з «розігрітим» голосовим апаратом не можна виходити на вулицю в холодну пору року, необхідно, дещо охолонути;
- рекомендується уникати їжі та напоїв, які подразнюють слизову

- оболонку горла, а саме – гострого, надмірно солоного, надмірно гарячого або холодного;
- необхідно відмовитись від куріння та вживання алкогольних напоїв;
- в разі хвороби органів голосового апарату необхідно своєчасно звертатись до лікаря-фоніатра.

Голос кожної людини неповторний, кожен голос відрізняється своєю силою, тембром та звуковисотністю. Голосовий апарат необхідний для спілкування будь-якій людині, але для професійного актора, співака – голос є його інструментом.

Студентам-акторам потрібен здоровий голосовий апарат, оскільки саме він несе величезне навантаження. Питанню професійного становлення й охорони голосу присвячено наукові дослідження Н.Є. Гребенюк, Н.В. Дрожжиної, О.В. Оганезової-Григоренко, В.О. Дорошенко та інших.

Студенти театральних факультетів, які займаються сольним співом, мають знати будову і особливості свого музичного інструменту – голосу, бути обізнані з анатомією та фізіологією голосового та дихального апаратів.

Розділ І

Улаштування співацького апарату

Співацький апарат людини надзвичайно складний за своєю будовою. Хоча треба розрізняємо в ньому окремі ланки (систему дихання, звукоутворення, резонатори, артикуляційний апарат), однак їх дії у співацькому процесі цілісні. Адже, співочий звук може сформуватися тільки тоді, коли всі частини голосового апарату функціонують повноцінно і координовано.

Зустрічаючись із труднощами, деякі педагоги намагаються полегшити завдання учневі, ізолюючи, наприклад, роботу над диханням від роботи над дикцією, тобто хочуть «настроїти» голосовий апарат спочатку частинами, як це робиться зі складними машинами в техніці. Але з живим організмом так поводитись небезпечно. Цілісний за природою, він працює комплексно, рефлексивно, як ланцюговий механізм.

Тренування якої-небудь однієї частини голосового апарату (наприклад, дихальної системи) у відриві від інших (від системи голосоутворення, артикуляції) порушує природу співу. І, навпаки, досягнення цілісності, отже, і органічності, є прогресивним у вихованні вокальних навичок і, головне, забезпечує перспективність розвитку самого співацького апарату.

Що ж таке голосовий апарат? У цьому визначенні, як і надалі, ми торкаємося головним чином фізіологічного (акустичного) аспекту голосу, а не психологічного (музично-виконавського), який, як правило, тісно пов'язаний із першим.

Співацький голос є результатом взаємодії двох сил: з одного боку, сили, яка закладена в дихальних м'язах і здійснює рух повітря повітрянослизовими шляхами; з іншого боку, сили, яка закладена в м'язах гортані, що здійснює опір рухомому повітрю. Зауважимо, що дія цих сил прямо протилежна: повітря спочатку рухається по вертикалі, а голосові складки – по горизонталі. Не випадково в деяких навчальних посібниках

із співу цей процес називається «голосовою боротьбою», важливим є те, що термін не втрачає свого принципового значення і тоді, коли голос співака слабкий і не має великого діапазону.

Легені являють собою два губкоподібні органи конусовидної форми, знаходяться вони в герметично ізольованій від атмосферного повітря грудній порожнині і основою тримаються на, так званій, діафрагмі (грудночеревній перетинці), котра, як показує назва, відокремлює грудну порожнину від черевної. Вага кожної легені, не зважаючи на значний об'єм, невелика і коливається в межах 0,5-0,6 кг. (звідси походить і назва органів). Їх приблизний об'єм, у чоловіків – до 6,3 літрів повітря, у жінок – на один літр менше. Тканина легень складається, головним чином, із сотень мільйонів альвеол – пухирців напівкулеподібної форми. У дорослої людини їх поверхня досягає 100 квадратних метрів (для порівняння можна сказати, що уся шкіра людини має поверхню, що дорівнює приблизно двом квадратним метрам). Отже, поверхня легеневих пухирців у п'ятдесят разів більша за поверхню шкіри. В альвеолах через дуже тонкі стінки відбувається обмін газами між кров'ю і повітрям, замкненим у легенях. Очевидно, що чим більша поверхня, тим швидше та масштабніше цей обмін буде здійснюватися. Отвори пухирців-альвеол, в свою чергу відкриваються в дуже вузькі ходи, які називаються альвеолярні. Останні, зливаючись, утворюють більш широкі ходи – бронхіоли, які поступово збільшуючись у діаметрі, у вигляді двох головних бронхів – правого і лівого – вливаються в дихальне горло, або трахею. Трахея разом з великими і малими бронхами складають так зване бронхіальне дерево, об'єм якого становить приблизно 20% всього легеневого об'єму. В фізіології цей простір зветься «шкідливим» (буферна ємкість), адже в ньому не відбувається безпосереднього обміну газами між організмом і повітряним середовищем: частина повітря звідси виходить, навіть не будучи використаною у газообміні. Для звукоутворення цей простір слід вважати дуже корисним, бо саме в нього передаються повітряні коливання,

викликані голосовими складками, що підсилює основний тон, і надає голосу м'якість, повноту звучання (грудне резонування); його можна відчутти, приклавши руку до грудей під час розмови або співу.

Над трахеєю, дихальним горлом, безпосередньо розташована в середній лінії шиї (в передньому її відділі) **гортань** – друга по значущості і найбільш важлива та складна частина голосового апарату. Гортань виконує потрібну функцію: дихальну, голосову та захисну, і крім цього, бере участь ще і в дії ковтання. Щоб їжа могла вільно пройти в стравохід, гортань разом з язиком піднімаються вгору; такий самий підйом відбувається і при підвищеному повітряному тискові в трахеї. Досить значні рухи вгору та вниз можливі тому, що гортань вільно підвішена за допомогою складки і м'яза до тяж рухливої під'язичної кістки. Остання має форму «підковки», і її можна промацати пальцями під нижньою щелепою. У співі дуже важливо, щоб гортань займала стійке і порівняно низьке положення, інакше буде утруднена робота всіх її внутрішніх частин. Отже, для стійкого положення гортані передусім необхідна фіксація під'язичної кістки, а це досягається дією м'язів, прикріплених своїми рухомими кінцями до під'язичної кістки, а нерухомими – до грудної і лопаткової кісток. Низьке положення під'язичної кістки не тільки слугуватиме опорою для гортані, але буде також сприяти кращому відкриванню рота, адже зверху до під'язичної кістки прикріплюються м'язи нижньої щелепи і язика.

Чим міцніша опора, тим більше сили можна виявити; якщо опора м'яка, гладенька, або мало стійка, то тим із більшим напруженням доводиться діяти – звідси швидка втомлюваність та малоефективна робота.

Гортань нагадує конусоподібну трубку завдовжки 11-13 см., стрижень якої складається із хрящів і прикріплених до них м'язів. Якщо подивитись на неї у фронтальному розрізі, її обриси мають деяку схожість із формою піщаного годинника, тобто в середньому відділі порожнина гортані звужена, догори і донизу розширена. Головний хрящ гортані, який слугує їй, немовби, фундаментом, має вигляд персня, тому він і зветься персневидним;

дуга (або обруч) звернена вперед, а печатка – назад. З боковими поверхнями печатки за допомогою складок з'єднаний двома своїми паростками (рогами) найбільший хрящ гортані – щитовидний.

Він, як щит, охороняє гортань від травм і складається з двох бокових чотирикутних пластинок, з'єднаних між собою під кутом. Цей кут промацується під шкірою шиї. Він називається кадиком, або «адамовим яблуком» і помітний на шиї чоловіків, які мають низький голос. Кут з'єднання гострий або тупий, може деякою мірою вказувати на ширину голосових складок, які своїми передніми кінцями прикріплюються до внутрішньої поверхні щитовидного хряща, до його середини. Довжина пластинки хряща деякою мірою відповідає довжині голосових складок.

На верхньому боці печатки персневидного хряща розміщуються два невеликі хрящі, які називаються, завдяки своїй формі, черпаловидними. Основа їх з'єднана дуже тонкою капсулою з печаткою перстня, завдяки чому вони легко здійснюють рухи вперед, назад, вбік і навколо вертикальної осі. В основі черпал є по два паростки: ті, що спрямовані донизу і зовні, називаються м'язовими, бо до них прикріплюються м'язи, що відкривають і закривають голосову щілину. Ті, що спрямовані вперед і догори, називаються голосовими, бо до них прикріплюються задні кінці голосових складок. Під час вживання їжі верхній вхід у гортань щільно затуляється надгортанним хрящем, що формою схожий на листок, який вузькою своєю частиною, стеблом, вставлений у проміжок між пластинками щитовидного хряща. Під час фонації, тобто звуковидобування, займаючи різні положення, він може впливати на якість голосу, змінюючи резонаторні умови самої гортанної порожнини. Внутрішня поверхня гортані вистелена слизовою оболонкою, яка в середній щілині утворює дві поздовжні складки: праву та ліву. В зовнішніх краях цих складок містяться власне голосові м'язи, в серединних краях – еластична тканина у вигляді тонкої стрічки. Складки ці носять назву голосових, треба розрізняти їх м'язову та еластичну частини. Прикріплюються складки передніми кінцями до внутрішньої поверхні

щитовидного хряща, а задніми – до голосового паростка і зовнішньої поверхні черпаловидних хрящів. Від зближення цих хрящів залежить зближення голосових складок; ось чому хрящі називаються встановлюючими, опорними для натягування голосових складок. Саме натягування складок відбувається головним чином за рахунок нахилу вниз щитовидного хряща, який зветься також натягуючим хрящем. Простір між двома голосовими складками називається голосовою щілиною. При спокійному диханні вона відкрита і має вигляд рівнобедреного трикутника, при підсиленні руху набуває форми п'ятикутника. Це розширення голосової щілини відбувається рефлекторно.

Складки у різних голосів різняться за довжиною і товщиною: у сопрано довжина складок від 14 мм до 19 мм, у мецо-сопрано – від 18 мм до 21 мм, у тенорів – від 18 мм до 22 мм, у баритонів – від 22 мм до 24 мм і у басів – від 24 мм до 25 мм. Товщина голосових складок також різна – від 2 мм – у легких сопрано, до 5 мм – у басів.

Виникнення звуку відбувається таким чином: під впливом імпульсів, що надходять із центральної нервової системи, голосові складки змикаються.

Безпосередньо над голосовими складками слизова оболонка гортані утворює дві складки, між листками котрих закладені слизові залози і слабо розвинені м'язові волокна. Ці складки слизової оболонки мають назву «фальшивих» складок. Між «фальшивими» складками, які в співі не беруть участі та розташованими нижче них справжніми голосовими складками, – є заглиблення (морганові шлуночки).

Безпосереднім продовженням гортані вгору є **глотка, рот і ніс** (третьою розділ голосового апарату), які також називаються верхніми резонаторами, бо вони підсилюють звучання, що створюється безпосередньо над складками.

У співаків резонансовий пункт – це місце, точка психофізіологічного відчуття упору вокально-дихальної енергії під час співу, завдяки якому голос може максимально посилитись і набути потрібного забарвлення за рахунок

резонування всіх твердих і м'яких резонаторів голосового апарату; точка психофізіологічного відчуття художнього звучання голосу і вимови слів під час співу чи розмови.

Глотка займає простір від гортані до черепної сфери, вона поділяється на три частини: найнижчу – **гортанну**, яка безпосередньо належить до гортані, **ротоглотку**, сполучену через зів з порожниною рота, і **носоглотку**, яка відокремлена від ротоглотки м'яким піднебінням і пов'язана з порожниною носа.

Ротоглотка разом з гортанною частиною глотки має вигляд лійки, на дні якої розташовані два отвори: один веде в гортань, а інший, позаду гортані – в стравохід.

Верхня частина глотки – **носоглотка** – має неправильну кубічну форму і двома отворами, що звуться хоанами, сполучається з порожниною носа. Стінки глотки (задня і дві бокові) утворені сильними м'язами, що беруть участь у проштовхуванні під час вживання їжі харчового клубка в стравохід. М'язи носять назву «стискувачів». Розрізняються верхній, середній і нижній «стискувачі»; волокна цих м'язів розташовані по колу.

Окремі пучки нижнього «стискувача», прикріплюючись до заднього відділу хрящів гортані, можуть сприяти, при своєму скорочуванні, кращій фіксації черпалів, а отже, і кращому змиканню і натягуванню складок; але частіше у малодосвідчених, ненавчених співаків у дії співу часто беруть участь всі «стискувачі» глотки (стискаючи і тим самим звужуючи її), як правило в результаті виходить стиснутий горловий звук; між іншим, чим ширша глотка, тим потужніший і вільніший звук.

Передньо-нижню стінку ротоглотки замінює корінь язика, від якого йдуть м'язи до під'язикової кістки і до нижньої щелепи; при опусканні нижньої щелепи і під'язичної кістки, що міститься під нею, корінь язика теж опускається і завдяки цьому збільшуються розміри нижньої частини ротоглотки. Передньо-верхню стінку складає рухоме м'яке піднебіння (піднебінна занавіска), яке закінчується маленьким язичком.

М'язи, що закладені в товщі м'якого піднебіння, дають йому можливість підніматись, натягуватись, розширюватись, а при ковтанні зовсім відділяти носоглотку від ротоглотки.

Цей рух м'якого піднебіння відіграє велику роль при голосоутворенні: по-перше, щодо наявності або відсутності носового резонансу при ізолюваності носоглотки від ротоглотки; по-друге, оскільки гортань пов'язана з м'яким піднебінням, піднебінно-глотковим м'язом, м'яке піднебіння при своєму скорочуванні може брати участь у натягуванні голосових складок.

За своєю формою м'яке піднебіння буває коротким або видовженим, товстим або тонким. Піднебінно-глотковий м'яз, вкритий слизовою оболонкою, утворює задню піднебінну дужку; в передній піднебінній дужці закладено м'яз, що йде від м'якого піднебіння до краю язика (піднебінно-язиковий). Своїм скороченням передні і задні дужки звужують отвір (зів) між ротовою порожниною і глоткою. Між передніми і задніми дужками розміщені піднебінні мигдалини, які, досягаючи великих розмірів, заважають правильній роботі м'якого піднебіння і погіршують резонанс ротової порожнини. Стінки порожнини носа, на відміну від глотки і порожнини рота, нерухомі (незмінним за формою є резонатор). Нерухомістю стінок значно знижується резонаторна здатність носової порожнини. По середній лінії ця порожнина розділена перегородкою на дві половини і являє собою широкий канал, який переднім виступом перегородки поділяється на дві частини – ніздрі, через які повітря проходить у носову порожнину, а потім у дихальні шляхи.

На бокових стінках **носової порожнини** міститься по три раковини – верхня, середня і нижня. Слизова оболонка носа очищує повітря від пилу і зволожує його. Однак, під час співу, коли не вистачає часу, щоб ввести в легені більшу кількість повітря, доводиться знехтувати гігієнічним носовим диханням на користь ротового, а ще краще навчитися робити вдих і через ніс, і через рот одночасно.

З порожниною носа через вузькі отвори сполучені додаткові порожнини, або пазухи: гайморові, розташовані над боковими частинами твердого піднебіння, лобні – над переніссям, штахетні і основні – над сферою носоглотки.

У додаткових порожнинах міститься повітря, завдяки його коливанню під час співу звучання голосу може підсилюватись.

Головне ж підсилення голосу відбувається в глотковому відділі верхнього резонатора за рахунок розширення глотки і збільшення її вертикального діаметру при підніманні вгору м'якого піднебіння і опусканні вниз гортані. Той чи інший м'язовий рух ми маємо при позіханні: ось чому вокальна педагогіка рекомендує робити під час співу «легкий зівок», «напівзівок» і т.д. Але дія позіхання, як і чхання та кашлю, рефлекторна, мимовільна; отже, щоб довільно відтворити, спочатку треба проаналізувати і запам'ятати ті м'язові рухи, з яких він складається. Після деякого тренування можна оволодіти довільним опусканням гортані і довільним підйманням м'якого піднебіння. Не завадить для цього звернутися за допомогою до дзеркала, тоді зоровий аналізатор додатково до м'язового буде допомагати в засвоєнні цих навичок. Другий, не менш важливий, верхній резонатор – порожнина рота – своєю довільною іннервацією вигідно відрізняється від порожнини глотки, іннервація якої мимовільна.

Стінки цієї порожнини дуже рухливі, внаслідок чого вона може за нашим бажанням набирати всіляких форм, що має значення як для утворення голосних звуків, так і приголосних. Нижню стінку ротової порожнини утворює середня частина язика і найбільш рухлива її частина – кінчик; а бокові стінки – обмежені рухливими щокми.

Передній отвір ротової порожнини утворено губами, він являє собою м'яку межу рухливої форми, а зуби є твердою межею нерухомої форми. Верхня губа закриває передні верхні зуби; для кращого використання резонаторної здатності рота і передніх верхніх зубів, верхня губа під час співу може бути піднятою.

Верхньою стінкою порожнини рота в передній частині – є тверде піднебіння, а в задній – м'яке. Тверде піднебіння за формою може бути різним: високе і вузьке, більш властиве високим голосам, низьке і широке – низьким голосам. Через тонку стінку твердого піднебіння звукові коливання можуть передаватися до гайморових порожнин та порожнини носа, що межує з ним.

Для розкриття і збільшення порожнини рота велике значення має опускання нижньої щелепи, котра у співаків-початківців, як кажуть, буває «скутою», «затиснутою». Нижня щелепа з зубами виконує головним чином жувальну функцію, тому для рухів угору споряджена трьома парами дуже сильних, так званих жувальних м'язів; опускає ж донизу нижню щелепу лише один невеликий м'яз.

Для вільних рухів нижньої щелепи вниз необхідно попередньо розслабити жувальні м'язи, а потім контролювати ці рухи відчуттями в щелепних суглобах, які розташовані спереду вушних раковин.

Головним аналізатором відбору необхідних для співу м'язових рухів або напружень є орган слуху, нерозривно пов'язаний із голосом. Ось чому для виховання голосу передусім слід виховувати **музичний слух**.

Крім цього, у співака має бути високо розвинутим м'язове відчуття, яке постійно сигналізувало б йому про рівень напруження тих чи інших м'язів.

Розділ II

Найбільш часті захворювання органів голосового апарату у професійних співаків і причини їх виникнення

Хвороби голосового апарату, що пов'язані з порушенням голосової функції, мають різні причини. Найбільш часто причиною порушення функцій голосового апарату є **гострі запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, ангіна (тонзиліт), гострий нежить (риніт), запалення глотки (фарингіт), гортані (ларингіт), трахеї (трахеїт) і бронхів (бронхіт).** Вокальне навантаження і спів слід у цьому випадку припинити до повного одужання. Для профілактики запальних захворювань верхніх дихальних шляхів слід уникати переохолодження та загартовувати організм.

До захворювань, пов'язаних з професійним перенавантаженням на голос, можна віднести **співочі вузлики**. Цей стан може бути гострим та хронічними, застарілими. Причина їх появи –є перевантаження голосового апарату, неправильний форсований спів. Гострі вузлики при повному голосовому спокої зазвичай самостійно розсмоктуються. Застарілі вузлики, як правило, видаляються оперативним шляхом. Поява на зв'язках вузликів може призвести до зміни тембру голосу (з'являється захриплість), зменшення його діапазону. Щоб уникнути повторного їх виникнення, треба не допускати перевантажень голосового апарату.

Вузлики голосових складок (співочі вузлики, вузлики співаків, вузлики крикунів) – доброякісна пухлина голосових складок, що характеризується локальною гіперплазією слизової оболонки на межі передніх і середніх їх третин.

Захворювання виникає внаслідок голосової травми (крик, кашель), форсованого співу або крику у високій теситурі голосу, при співі під час гострих запальних захворювань дихальних шляхів, під час місячних. Найчастіше захворюванням страждають жінки зі сприйнятливою психікою на тлі емоційної напруги.

Вузлики голосових складок складають найчисленнішу групу пухлиноподібних утворень у вокалістів. Особлива схильність до утворення вузликів зустрічається у тенорів і високих сопрано. У студентів перших курсів, у більшому процентному співвідношенні, спостерігаються вузлики голосових складок, що виникли виключно в результаті недостатнього володіння правильною технікою голосоведення, неправильною постановкою дихання, надмірним напруженням голосових зв'язок. Ймовірність утворення вузликів збільшується, якщо напруження голосу відбувається при запаленні, особливо гострому, слизової оболонки верхніх і нижніх дихальних шляхів.

У 24% студентів **вузлики голосових складок** виникли при голосовому навантаженні на тлі розпочатої ГРВІ, у 30% – при голосовому навантаженні на тлі **залишкових явищ гострого ларинготрахеобронхіту**. У 16% – причиною виникнення вузликів стало **зловживання твердою атакою звуку, форсованим співом, зловживання високими нотами, співом без контролю педагога, а спів у декількох музичних колективах одночасно**. У 8 студентів вузлики виникли **на тлі гормонального дисбалансу** (спів під час вагітності, годування грудьми, під час *meneses* при захворюваннях щитоподібної залози).

Розрізняються **помилкові та справжні** вузлики голосових складок. Різниця визначається скаргами та характером початку захворювання, його перебігом, мінливістю ларингоскопічної картини, гістологічною структурою, а також тактикою подальшого лікування. Помилкові вузлики з'являються раптово, у співаків з мало витривалим голосовим апаратом і пов'язані в основному з його перевантаженням. Помилкові вузлики хоча і мають схильність швидко зникати, однак у деяких пацієнтів вони з'являються після кожного голосового навантаження доти, доки не буде усунуто причин, що їх викликають. Прекрасні результати досягаються в цьому випадку поєднанням спеціалізованого фоніатричного лікування з фонопедичними заняттями (мовленнєвої та вокальної фонопедії), які

сприяють зміцненню голосового апарату та належному голосоведінню. **Вирішальним у диференціальній діагностиці між помилковими і справжніми вузликами голосових складок є відсутність симптому зміщення слизової оболонки по вільному краю голосових складок при справжніх вузликах.**

Основним симптомом захворювання є дисфонія і, отже, неможливість виконання своїх професійних обов'язків, деякі хворі відзначають, що при цій патології не можуть співати *piano*, в той час, як *forte* – добре виходить. Вузлики частіше формуються на двох складках симетрично, навпроти один одного. **Голосова щілина** при цьому набуває **форми деформованої вісімки**. Іноді вузлики можуть бути різних розмірів, так що при непрямій ларингоскопії може бути видно тільки один із них. Певну роль у діагностиці вузликів відіграє запалення, що маскує їх на тлі потовщеної та гіперемірованої слизової оболонки.

Співочі вузлики, що існують недовго, як правило, оборотні. Нетривале обмеження голосових навантажень і консервативна терапія виявляються ефективними. Однак складність проблеми полягає в неможливості виключення причин виникнення вузликів. Хворі змушені продовжувати використовувати голос, який є їхнім професійним «інструментом» і засобом існування. Це зумовлює неминучий рецидив захворювання, що поступово призводить до формування стійкої гіперплазії слизової оболонки голосових складок.

Консервативна терапія співочих вузликів включає цілий комплекс місцевих і загальних заходів, спрямованих на зменшення та нормалізацію голосових навантажень, поліпшення мікроциркуляції слизової оболонки голосових складок. Традиційно застосовується фонопедія, електрофорез та гортанні вливання різноманітних лікарських препаратів і т.п.

Нині більшість авторів вважають лазерну техніку найбільш зручною для видалення вузликів голосових складок. Перевага надається CO₂-лазеру, в дистантному режимі, в поєднанні з мікроларингоскопічною технікою.

Крововилив у голосову складку відноситься до захворювань, пов'язаних із підвищеною експлуатацією голосу. Він настає при різкому напруженні (крик, форсування). Голос відразу «сідає» і голосоутворення стає неможливим. При абсолютному голосовому спокої крововилив поступово розсмоктується і може пройти безслідно.

Крововилив у голосову складку може бути як у професіоналів, так і у будь-яких осіб. Як правило він може виникнути в результаті:

- приступів сильного сухого надривного кашлю з закритим ротом, коли зростає підскладковий тиск (часто при трахеїтах);
- в результаті рідкого форсованого верещання, крику;
- піднімання важких предметів;
- співу під час місячних;
- співу під час ларингіту, коли особливо виражена судинна мережа;

Голосовий апарат є робочим органом для осіб мовленнєвих і вокальних професій. Розлади голосової функції значно ускладнюють виконання ними професійних обов'язків. При невмілому використанні апарату фонації, при нехтуванні основними вимогами гігієни, голос стає слабким, змінюється діапазон, може з'явитись ускладнення дихання, відчуття дискомфорту в гортані. При тривалому голосовому навантаженні в гортані часто виникають стійкі зміни.

Розділ III

Хвороби голосу та їх профілактика

Заходи, що запобігають захворюванню гортані

Гігієна голосу – це так само група заходів, спрямованих на запобігання захворюванням голосового апарату. Вони включають у себе необхідність:

1. Рационально планувати заняття з вокалу, чергуючи періоди навантаження та відпочинку;
2. Мати правильну техніку вокалу: своєчасно переключатися з реєстру на реєстр при співі; не зловживати співом у низькоенергетичному фальцетному режимі: обов'язково співати з «вібрато», досягати техніки нижньореберно-діафрагмального дихання, виключити з процесу голосоутворення допоміжні м'язи шиї та грудної клітини.
3. Уникати форсованого звуку, твердої атаки звуку, різкого forte, а також верещання, крику.
4. Заборонити спів під час місячних.
5. Співати під час мутації тільки з досвідченим педагогом, активно займатись спортом, загартовуватись.
6. Точно визначити тип голосу, співати твори у тональностях, які відповідають можливостям голосу.
7. Заборонити виступи вокальних колективів на відкритому повітрі при температурі нижче +15°C, не співати в умовах шуму під час руху міського транспорту.
8. Уникати тривалого монотонного мовлення, що призводить до накопичення статичного напруження, а також уникати шипіння у мовленні.
9. Відмовитись від куріння, помірно вживати алкоголь.
10. Виключити по можливості побічні шуми в аудиторії при мовленнєвих навантаженнях.
11. Своєчасно лікувати ГРЗ, трахеїти, для професіоналів, які працюють голосом обов'язковим є звільнення від роботи на цей період.

12. Працювати в чистих приміщеннях, із достатньою вологістю.
13. Уникати контакту з пилом і шкідливими хімічними речовинами.
14. Уникати різких температурних перепадів, вживання холодних напоїв при перегріванні.
15. Правильно працювати з мікрофонами співакам і ораторам початківцям, які помилково зловживають надмірно гучною фонацією в мікрофон.
16. Використовувати загально зміцнювальні процедури, що направлені на загартовування.
17. Своєчасно лікувати ЛОР-органи та інші органи й системи, застосовувати курортолікування, запобігати загостренню хвороб.
18. Відвідувати заняття і лекції фоніатра (фонопеда).
19. Оволодівати навичками фізіологічного використання голосового апарату, мовленнєвої артикуляції, самомасажу, аутогенного тренування; отримувати кваліфіковане роз'яснення про правильне використання голосу.

Для профілактики розладу голосу забороняється спів під час менструального циклу, коли СГС набряклі, на них виражена судинна сіточка, посилено місцевий кровообіг. До того ж небезпечним для голосових зривів можуть бути перші 2 дні перед місячними. При спів в цей період спостерігається фізіологічний прилив крові до СГС, порушення рухливості вільного краю через певний набряк. Тому існує небезпека «незмикання», виникнення вузликів СГС або навіть крововиливу у голосовий м'яз. У зв'язку з цим у оперних театрах і філармоніях офіційно перші 3 дні менструального циклу оголошені неробочими. Але бажано не співати продовж всього періоду менструації.

Для більш простого пояснення, що собою являє патологія гортані, для людей, які не мають професійної медичної освіти, можемо схематично поділити захворювання гортані на:

1. Функціональні захворювання гортані.
2. Органічні захворювання гортані:

- гострий ларингіт;
- хронічний ларингіт;
- доброякісні утворення гортані;
- злоякісні утворення гортані;

3. Мутаційні порушення голосу.

4. Дисгормональні порушення голосу.

5. Парез (часткова нерухомість) або параліч (повна нерухомість) руху гортані.

Гортань – гормонально залежний орган. Голосовий апарат перебуває під впливом функції залоз внутрішньої секреції не тільки в період росту і розвитку організму, але і продовж усього життя людини. Особлива роль при цьому відводиться функції статевих залоз.

Гортань розвивається в безпосередній залежності від свого функціонального навантаження, яке впливає не тільки на властивості голосу, а й на його морфологічні особливості. Однак у осіб, що використовують голос у своїй професії (співачи, актори, диктори та ін.), гортань, в основному її мускулатура, отримує значний розвиток. Морфологічні та фізіологічні характеристики гортані можна пояснити дією активної функції блукаючих нервів. Імпульси, що надходять із ядер блукаючих нервів індукуються вразі з гіпоталамуса, точніше – з верхнього відділу передньої долі гіпофіза. В результаті цього посилено виділяються соматотропні гормони, які діючи на загальний фізичний розвиток гортані при підвищених вимогах до цього органу.

Резонатори підсилюють звук (теоретично нескінченно!), формують голосні, надають співочий тембр і польотність голосу, захищають зв'язки і гортань від перевантажень, вони є індикатором правильного співу (через вібрацію), активізують роботу всього вокального апарату і, в першу чергу, зв'язок.

Фізіологи розрізняють 7 функцій співочих резонаторів:

- 1) енергетична,

- 2) генераторна;
- 3) фонетична;
- 4) естетична;
- 5) захисна;
- 6) індикаторна;
- 7) активізуюча.

Таким чином, розглянуто сім найважливіших функцій співочих резонаторів: енергетична (посилення голосу), генераторна (резонатори виступають у якості согенераторів співочого звуку), фонетична (формування естетичних властивостей співочого голосу), захисна (захист гортані від перевантажень), індикаторна (відчуття вібрації резонаторів – служать співакові засобом самоконтролю їх активності та налаштування) та активізуюча (вібрація резонаторів підвищує тонус голосового апарату). Пояснюються акустико-фізіологічні механізми взаємодії резонаторів із роботою гортані та співочого дихання. Велику увагу приділено психологічним основам резонансного співу та сформульовано п'ять основних принципів резонансної техніки видатних майстрів вокального мистецтва. Резонансна теорія мистецтва співу – науково-практична теорія. Її основні положення взято з практики видатних співаків і педагогів, науково обґрунтовано та спрямовано на вдосконалення практичних методів роботи над голосом. РТМС не тільки пояснює феномен резонансного співу, а й вказує шляхи до оволодіння резонансною співочою технікою.

Дослідження проведено із застосуванням сучасних методів акустики, фізіології, психології та новітніх комп'ютерних технологій. Застосування зазначених методів дозволяє зробити детальний аналіз співочого голосу та виявити його характерні акустичні властивості, що зумовлюють його високі естетичні якості: наявність високої й низької співочих формант та інше.

Дослідження виявили найважливішу роль високої співочої форманти (ВСФ) в забезпеченні таких цінних якостей співочого голосу, як дзвінкість,

яскравість, а також польотність. Це вперше було доведено автором шляхом видалення ВСФ, спираючись на зразки співу видатних співаків і виділення ВСФ в ізольованому вигляді.

В останні роки автором встановлено, що в забезпеченні польотності голосу важлива роль належить не тільки ВСФ, а й низькій співочій форманті (НСФ). Саме гармонійне поєднання ВСФ і НСФ надає голосу співака здатність прорізати звукову потужність оркестру й добре звучати у найвіддаленіших місцях великої акустичної зали. Важливо відзначити, що добре виражені як ВСФ, так і НСФ, є результатом високої системи голосового апарату, тобто показником резонансної техніки співу.

На зв'язки несприятливо впливають:

- несподівані щоденні вокальні навантаження, яких раніше не було (призводять до перевантаження голосу);
- використання твердої атаки, форсованого звуку;
- спів у невластивій певному голосу теситурі (як дуже високій, так і дуже низькій);
- спів без вібрато. Вібрато сприяє зняттю м'язової напруги при утриманні звуку. Плоский звук без вібрато накопичує статичну напругу;
- невідпрацьована вокальна техніка: спів без належного діафрагмально-нижньореберного дихання, особливо у вокалістів, які практикують класичний спів;

Невірна зміна грудного та головного регістрів, використання фальцетного режиму: низькоенергетичного рівня, при якому працюють лише края голосового м'яза замість всієї товщі м'язової маси. При співі в такому режимі спостерігається швидке стомлення та «незмикання» зв'язок.

Спів без техніки правильного дихання веде до гіпертонусу допоміжної мускулатури шиї та верхніх відділів грудної клітини і порушення змикання зв'язок.

У різні періоди, які характеризують фізіологію гінекологічної сфери, у жінок спостерігаються відповідні голосові зміни.

Вагітність: розлади голосу під час вагітності дуже індивідуальні. У мовленнєвому голосі може бути зниження від 2 до 6 тонів, тоді як у вокальному голосі тільки на 1-2 тони. Голос, особливо мовленнєвий стає більш темним, низьким і сильним. Може з'явитись гіпотонія вокального і поперечного м'язів, захриплість.

Із віком зміни в гортані та голосі пов'язані з морфологічними, ендокринними, біохімічними, нервово-м'язовими та корковими факторами.

Велике значення для голосу має відпочинок. Повне відновлення голосової функції у вокаліста-професіонала настає через 6-12 годин голосового спокою.

Найважливішим засобом профілактики захворювань голосового апарату у співаків є досконала вокальна техніка. Тому питання про те, що є досконала вокальна техніка, знаходиться у числі найважливіших науково-практичних завдань.

Усі вади голосу у співі пов'язані з роботою дихання, гортані, резонаторів. Оволодіння резонансною технікою співу має стати одним із головних напрямків у роботі вокального педагога. Оскільки це найбільш ефективний метод не тільки для розвитку голосу та для позбавлення від вад голосоутворення, але є профілактичним і запобіжним хворобам голосового апарату.

За допомогою резонансної техніки співу можливо відновлювати, повертати до життя практично втрачені голоси. Роботу над виправленням вокальних вад необхідно вести комплексно, з глибоким розумінням того, що співочий апарат – це цілісна функціональна система. Теорія резонансного співу є науково обґрунтованою відповіддю на питання, як зберегти співочий голос здоровим.

Резонансна теорія співу має на меті об'єднання знань про співочий голос, які базуються на основі спільних інтересів різних наук: акустики та фізіології, психології та вокальної педагогіки, медицини та мистецтвознавства. Цим спільним інтересом є **досконалість звучання**

співочого голосу, чим вона визначається, як її досягти і, головне, як її зберегти.

Відновленням голосу займається цілий ряд фахівців: логопеди, фоніатри, отоларингологи, психотерапевти, вокалісти й інші фахівці. Розробка корекційно-педагогічних методик щодо усунення порушень голосу є важливою проблемою сучасних досліджень.

Список літератури:

1. Гребенюк Н.Є. Вокально-виконавська творчість: психолого-педагогічний та мистецтвознавчий аспекти: монографія. Київ : НМАУ імені І.П. Чайковського, 1999. 271 с.
2. Гребенюк Н.Є. Вокальна педагогіка: зміст, структура, специфіка // Проблеми взаємодії мистецтва, педагогіки та теорії і практики освіти: зб. наук. ст. / Харк. нац. ун-т мистецтв імені І.П. Котляревського. Вип.9. Харків: Науковий світ, 2002. С. 25-38.
3. Гребенюк Н.Є. До проблеми вокально-виконавської діяльності як вида художньої творчості // Актуальні проблеми музичного і театального мистецтва: мистецтвознавство, педагогіка та виконавство: збірник матеріалів науково-методичної конференції. Вип. 2. Харків, ТОВ «Стиль», 2000. С.19-24.
4. Гребенюк Н.Є. До проблеми творчої дослідницької роботи викладача вокалу (шляхи розвитку) // Актуальні проблеми музичного і театального мистецтва: мистецтвознавство, педагогіка та виконавство: збірник матеріалів науково-методичної конференції. Вип. 3. Харків, ТОВ «Стиль», 2001. С.21-28.
5. Гребенюк Н.Є. Концепція розвитку творчих особливостей співака-професіонала // Проблеми взаємодії мистецтва, педагогіки та теорії і практики освіти: зб.наук. ст. / Харк. нац. ун-т мистецтв імені І.П. Котляревського. Вип. 2. К.: Науковий світ, 1995. С. 48-51.
6. Дорошенко В.О. Сольний спів як засіб виховання студента-актора: навч.-метод. посіб. Харків: Колегіум, 2010. 151 с.
7. Дрожжина Н.В. Вокальне мистецтво естради: історія, теорія, практика [Текст]: підручник / ХНУМ імені І.П. Котляревського. Харків: Видавництво «Естет Принт», 2019. 336 с.
8. Дрожжина Н.В. Гігієна голосу естрадного співака: метод. розробка для ВНЗ III-IV рівнів акредитації. Харків: ХНУМ, 2017. 43 с.

9. Дрожжина Н.В. Теоретико-методичні засади естрадно-джазового співу: навч.-метод. посібник / ХНУМ імені І.П. Котляревського. Харків: Видавництво «Естет-Принт», 2019. 148 с.
10. Єрошенко О.В. Вокально-стильовий аспект у співацькій підготовці студента // Культурологія та соціальні комунікації інноваційної стратегії розвитку: матеріали міжнар. наук. конф. (22-23 листоп.2018 р.) / М-во освіти і науки України, Харків. Держ. акад. культури, Нац. Акад. мистецтв України: [редкол.: В.М. Шейко та ін., відп. за вип. Н.М. Кушнарєнко]. Харків, 2018. С.261-263.
11. Єрошенко О.В. Творчо-організаційна складова вокальної підготовки студентів-акторів (на прикладі ХДАК) // Культура України. Серія: Мистецтвознавство: зб.наук.пр. / М-во культури України, Харків. держ. акад. культури, [редкол.: В.М. Шейко (відп. ред.) та ін.], за заг. ред. В.М. Шейка. Харків, 2018. Вип. 59. С.9-19.
12. Оганезова-Григорєнко О.В. Генезис і розвиток вокальної методології: трансформації та синтез: навч.-метод. посіб.. Одеса: Астропринт, 2015. 83 с.
13. Томчук Т.М. Загальні та специфічні аспекти методики постановки голосу на деригентсько-хорових факультетах музичних ВУЗів: метод. посіб. / [авт.-упоряд. Томчук Т. М.]. Харків: ХДІМ, 2002. 40 с.