

На правах рукописи



Уклонская Дарья Викторовна

**СИСТЕМА ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

5.8.3 – коррекционная педагогика

Автореферат диссертации на соискание учёной степени
доктора педагогических наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»

Научный консультант

Орлова Ольга Святославна
доктор педагогических наук, профессор

Официальные оппоненты

Лопатина Людмила Владимировна
доктор педагогических наук, профессор
ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»
заведующая кафедрой логопедии

Исаева Елена Рудольфовна
доктор психологических наук, профессор
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
заведующая кафедрой
общей и клинической психологии и реабилитации

Грачёв Николай Сергеевич
доктор медицинских наук, доцент
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева»
заместитель генерального директора;
директор института детской хирургии и онкологии; заведующий отделением онкологии и детской хирургии

Ведущая организация

Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет»

Защита состоится 23 марта 2023 года в 11.00 на заседании диссертационного совета Д 33.1.001.01 при ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» по адресу: 119121, Москва, ул. Погодинская, д.8, корп.1.

С диссертацией можно ознакомиться в ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» и на сайте https://ikp-rao.ru/wp-content/uploads/2022/11/DISSERTACIYa_UKLONSKAYa-D.V.pdf

Автореферат разослан « _____ » _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Н.В. Бабкина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования и постановка проблемы. В последние годы произошли значительные изменения в методических подходах к абилитации/реабилитации, которая приобретает в современном мире ключевое значение вследствие значительного прогресса в сфере оказания медицинской помощи. Приоритетным становится комплексный (медико-психолого-педагогический) подход к абилитации/реабилитации не только детей, начиная с первых лет жизни, но и взрослых (Е.Ф. Архипова, А.В. Закрепина, Г.Е. Иванова, О.И. Кукушкина, Е.В. Лаврова, С.Б. Лазуренко, И.Ю. Левченко, Л.В. Лопатина, Н.Н. Малофеев, О.С. Орлова, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова Е.А. Стребелева, В.М. Шкловский и др.).

Согласно Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. №3711-р), комплексная реабилитация трактуется как персонифицированное сочетание оптимальных направлений реабилитации с целью полной реализации реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности, достижения максимального уровня социализации/ресоциализации, а также повышения качества жизни.

Тенденция к росту показателей инвалидности взрослого населения, где 12,6% занимают злокачественные новообразования (ЗНО), диктует острую необходимость определения места и роли психолого-педагогического направления в комплексной реабилитации и ресоциализации лиц с грубыми расстройствами функций организма и выраженными психологическими реакциями.

Среди всех локализаций ЗНО следует отметить группу опухолей головы и шеи, которые занимают особое место в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности наиболее трудоспособной части населения во всём мире. Органы головы и шеи участвуют в произношении, голосообразовании, голосооформлении, а также отвечают за ряд жизненно важных функций организма (дыхание, жевание, глотание). Хирургические вмешательства в этой области приводят к анатомо-физиологическим дефектам периферического отдела речевого аппарата, которые затрагивают произносительную и голосовую функцию при сохранном понимании обращенной речи, то есть к расстройствам внешнего оформления речевого высказывания.

С учетом сложнообусловленной природы этих расстройств, затрудняющих коммуникацию человека как на уровне собственно речевого обеспечения этого

процесса, так и на уровне реализации связанных с ним социальных функций, оптимальным представляется именно комплексный – медико-психолого-педагогический – подход к речевой реабилитации пациента после перенесенных им хирургических вмешательств в указанной области. Подобный подход вполне соотносится с основными положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF), принятой в Женеве в 2001 году.

В онкореконструкции восстановление нарушенных функций часто начинается только после успешного излечения основного заболевания. Однако грубые их нарушения, возникающие, в частности, после хирургического лечения опухолей головы шеи, требуют незамедлительного применения специальных реабилитационных средств.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №778н от 31 июля 2020 года, с 01 января 2021 года процесс реабилитации на всех этапах должен осуществляться на основе клинических рекомендаций междисциплинарной реабилитационной командой (МДРК), а первый этап рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, в том числе и по профилю «Онкология». Для достижения максимально возможного эффекта реабилитации в состав команды необходимо включение специалистов психолого-педагогического звена, а именно логопеда и психолога.

В коррекционной педагогике научно-теоретические основы и технологии логопедической помощи лицам после хирургического лечения опухолей головы и шеи представлены недостаточно. Требуется адресная разработка диагностический инструментарий для выявления актуальных и потенциальных возможностей речевой реабилитации, для определения условий ее реализации, применения персонифицированного/персонализированного подхода к психолого-педагогической работе в рамках комплексной реабилитации. Нуждаются в разработке вопросы ресоциализации этого контингента лиц. Неполно представлены аспекты междисциплинарного взаимодействия специалистов в процессе психолого-педагогической реабилитации, а также участие самого пациента и его ближайшего окружения.

Следует признать, что отечественный и мировой опыт по оказанию помощи в области онкореконструкции в целом отвечает потребностям успешного восстановления нарушенных функций, однако, на практике далеко не каждый пациент после хирургического лечения опухолей головы и шеи может получить её вовремя, в необходимом объёме и соответствующего качества. Это можно объяснить рядом **противоречий**:

- значительное, с тенденцией к увеличению, число пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи и отсутствие в коррекционной педагогике системы логопедической помощи в структуре комплексной реабилитации;
- трудности предоставления пациенту полного и непрерывного курса логопедических занятий и отсутствие содержания, организации и алгоритма логопедического воздействия на разных этапах комплексной реабилитации;
- необходимость активного включения членов семей и ближайшего окружения пациентов в коррекционно-педагогический процесс, систематизации информации по вопросам педагогической реабилитации для специалистов, членов семьи пациента и их низкая информационная, мотивационная и методическая компетентность;
- потребность в формировании профессиональных компетенций логопеда для успешного осуществления процесса речевой реабилитации лиц с приобретенными расстройствами внешнего оформления речевого высказывания и дефицит специальных обучающих программ по оказанию помощи этому контингенту лиц и, как следствие, недостаточное обеспечение этими знаниями специалистов психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, можно констатировать, что существует противоречие между потребностью в новых возможностях психолого-педагогической реабилитации и ресоциализации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи и отсутствием системы логопедической работы, включающей современные технологии педагогического воздействия при приобретенных нарушениях речи, а также неэффективным использованием возможностей уже существующих средств решения этой проблемы.

Проблемное поле исследования определяется поиском путей решения глобальных трудностей, связанных с улучшением качества жизни и ресоциализацией лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью для уменьшения экономических затрат государства на поддержку лиц, страдающих онкологическими заболеваниями. **Проблема** разработки системы логопедической помощи в рамках комплексной реабилитации лиц со злокачественными новообразованиями в области головы и шеи, обеспечивающей восстановление речи, а также ресоциализацию и улучшение качества жизни, имеет высокую социальную значимость.

Степень научной разработанности проблемы исследования. История вопроса о восстановлении постоперационных расстройств речи педагогическими методами насчитывает более века, с тех пор как Н. Gutzman (1910) впервые изложил методику обучения внегортанному механизму

озвучивания, который был назван эзофагеальным. Современные зарубежные научные исследования посвящены проблемам восстановления голоса после удаления гортани с помощью пластико-хирургических методов (E. Mozolewski et al.); а также исследованиям взаимосвязи речевых нарушений и расстройств акта приема пищи (L. Chi-mei, J.A. Logemann, B.R. Paulosky, A.W. Rademaker, V. Wing-Hei). В России широко известны работы Л.Н. Балацкой, Е.В. Лавровой, О.С. Орловой, С.Л. Таптаповой, Г.П. Шимкуса, внёсших значительный вклад в развитие этого направления логопедии.

В настоящее время в правовом поле Российской Федерации появляются новые понятия, такие как «междисциплинарная команда специалистов», «стандарты (порядки) оказания реабилитационных (абилитационных) услуг», требующие разработки содержания, объёмов, периодичности и качества предоставления реабилитационной помощи. Постоянно развивающиеся возможности хирургии злокачественных опухолей расширяют круг лиц, нуждающихся в комплексной реабилитации. Остро стоит вопрос о незамедлительной реабилитации дыхания и глотания, для функционирования которых также необходима полноценная работа органов ротовой полости, глотки и гортани; обнаруживается неразрывная связь витальных функций, обеспечиваемых органами периферического речевого аппарата, и механизмов речевой деятельности. Все вышеперечисленное определяет потребность в разработке **системы логопедической работы в структуре комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи.**

Объект исследования – содержание и организация логопедической работы в комплексной реабилитации лиц, перенесших хирургическое лечение опухолей головы и шеи.

Предмет исследования – психолого-педагогические условия и специальные технологии нормализации речевой функции после хирургических вмешательств в зоне органов периферического речевого аппарата.

Цель исследования – теоретико-методологическое обоснование, проектирование и верификация системы логопедического воздействия в структуре комплексной реабилитации лиц, перенесших хирургическое лечение опухолей головы и шеи.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что результативность проектируемой системы логопедической работы в комплексной реабилитации онкологических пациентов, перенесших хирургическое лечение в области головы и шеи, должна связываться не только с тяжестью его анатомо-физиологических последствий, но и с определением

содержания и созданием особых условий организации коррекционно-педагогической работы с пациентами:

- использованием общей стратегии логопедической работы с опорой на ее базовые принципы, сформулированные в отечественной дефектологии (этиопатогенетический принцип и принцип обходного пути);

- тактической вариативностью содержания и приоритетов логопедических воздействий с учетом специфики речевого статуса пациента, а также факторов небиологической природы, определяющих его реабилитационный ресурс (психологические особенности и особенности социального функционирования);

- пререабилитационными логопедическими мероприятиями, ранним началом, непрерывностью и соблюдением последовательности этапов реализации логопедического воздействия, выделенных в соответствии с общей логикой реабилитационного процесса и верифицированных результатами проведенного эмпирического исследования;

- использованием ассистивных возможностей современных информационных технологий на разных этапах речевой реабилитации.

В соответствии с поставленной целью и гипотезой исследования были определены **задачи**:

1. Определить научно-теоретические основы логопедической помощи лицам после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

2. Разработать дифференцированную программу логопедического обследования, оптимально учитывающую особенности, оказывающие влияние на процесс речевой реабилитации.

3. Выявить основные факторы и особые условия, определяющие вариативность тактики логопедического воздействия и психолого-педагогического сопровождения пациентов на разных этапах реабилитационного процесса.

4. Разработать логопедические технологии нормализации приобретенных нарушений речи, апробировать и оценить их эффективность.

5. На основе полученных экспериментальных данных разработать и апробировать систему логопедической коррекции приобретённых нарушений внешнего оформления речевого высказывания в рамках комплексной реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

6. Предложить рекомендации для специалистов педагогического звена МДРК по организации логопедической работы и психолого-педагогического сопровождения пациентов, способствующие повышению эффективности реабилитационного процесса.

Методологической основой исследования являются: диалектика, рассматривающая процессы и явления во всеобщей связи, целостности и взаимообусловленности; этиопатогенетический подход, позволяющий построить педагогическое воздействие в зависимости от причины и патогенеза речевого расстройства; биопсихосоциальный подход, направленный на достижение согласованного взгляда на различные стороны здоровья одновременно с биологической, личностной и социальной позиций; персонификация/персонализация реабилитации, где основной фокус максимально сосредоточен на пациенте; междисциплинарный и комплексный подходы, как общеметодологические принципы науки, позволяющие сформировать целостную картину и решить проблему с привлечением разносторонних знаний; культурно-деятельностная методология (А.Г. Асмолов, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, М.Ш. Магомед-Эминов, С.Л. Рубинштейн), в частности, деятельностно-смысловой подход, предполагающий особую смысловую работу личности человека, оказавшегося в экстремальной, неповседневной жизненной ситуации существования (М.Ш. Магомед-Эминов); представления о компенсаторно-приспособительных механизмах и закономерностях восстановления нарушенных функций (Т.Г. Визель, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.М. Шкловский и др.).

Теоретическую базу исследования составляют представления о системном строении высших психических функций (Л.С. Выготский); о системно-динамической организации психических процессов (А.Р. Лурия); о деятельностном подходе к развитию личности (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин); положения о единстве и сложном взаимодействии биологических и социальных факторов в онтогенезе и дизонтогенезе (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, Е.Е. Дмитриева, И.А. Коробейников, К.С. Лебединская, И.Ю. Левченко, В.И. Лубовский, Е.А. Медведева, У.В. Ульенкова, Л.М. Шипицына и др.); учение о патофизиологических механизмах формирования речевых и двигательных актов (Н.А. Бернштейн); положение о восстановительном обучении в коррекции приобретенных речевых дефектов у взрослых, формировании новой функциональной системы в обход пострадавшего звена (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, Е.Н. Винарская, А.Р. Лурия, Ю.В. Микадзе, Л.С. Цветкова и др.); положение о необходимости индивидуализированного подхода к психолого-педагогической абилитации и реабилитации (Л.С. Выготский, О.А. Денисова, Е.А. Екжанова, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, О.С. Орлова, Е.А. Стребелева, Т.В. Туманова, У.В. Ульенкова, Т.Б. Филичева и др.); структурно-динамический подход к изучению мотивации (М.Ш. Магомед-

Эминов); научные разработки в области этиопатогенеза, клиники и психолого-педагогического сопровождения лиц с приобретенными речевыми расстройствами, в том числе и расстройствами голосовой функции (Л.И. Балацкая, А.Ф. Иванов, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова, Г.П. Шимкус, Н. Gutzman , М.Seeman и др.).

Для решения поставленных задач в соответствии с целью исследования, а также учитывая специфику его предмета и объекта, были выбраны следующие **методы исследования.**

В теоретической части работы для формулировки концептуальных положений диссертации использованы теоретический анализ, обобщение результатов современных исследований в области комплексной реабилитации. В эмпирической части исследования использованы методы наблюдения, анкетирования, авторские методики исследования речевого статуса и глотательной функции, а также оценка параметров речевой функции, в том числе при помощи шкал МКФ. Была применена авторская дифференцированная система педагогического воздействия в процессе речевой реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи, основанная на учёте локализации, индивидуальных особенностей анатомо-физиологических нарушений и степени тяжести расстройств речевой функции.

Для оценки психологического состояния и качества психологического сопровождения пациентов применялись стандартизированные опросники, а также методика смысловнарративного интервью, разработанная М.Ш. Магомед-Эминовым (2009).

Для обработки данных использованы методы математической статистики (программа IBM SPSS Statistics 22): дескриптивная статистика (среднее, стандартное отклонение), непараметрический U-критерий Манна-Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена, непараметрический критерий Вилкоксона.

Организация и основные этапы исследования. Эмпирическую базу составили результаты исследований 344 человек от 23 до 82 лет с расстройствами речевой функции после хирургического лечения опухолей головы и шеи, наблюдавшихся в онкологическом отделении №2 (опухолей головы и шеи) ЧУЗ ЦКБ «РЖД-МЕДИЦИНА», а также других профильных отделениях системы «РЖД-МЕДИЦИНА», и в отделении онкологии хирургического профиля №1 (опухолей головы и шеи) Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России (ФГАУ НМИЦ «ЛРЦ» Минздрава России) в период с 2011 по 2022 годы.

Исследование психологических факторов, оказывающих влияние на процесс речевой реабилитации, проводилось совместно с кафедрой психологической помощи и ресоциализации факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (зав. каф. – д.пс.н., проф. М.Ш. Магомед-Эминов).

На первом, подготовительно-аналитическом, этапе была определена стратегия и тактика исследования; проанализирована специальная литература по рассматриваемой проблеме; сформулированы цель, задачи, гипотезы, выбраны методы исследования. На основном, экспериментальном, этапе были осуществлены сбор и анализ эмпирического материала, проведена апробация предложенных методик в рамках дифференцированной системы речевой реабилитации. На заключительном этапе были систематизированы и обобщены результаты проведенного исследования, определена эффективность предложенной системы коррекционной работы, подведены итоги, сформулированы выводы и оформлен текст диссертационной работы.

Для исследования были отобраны 4 категории пациентов с приобретенными речевыми нарушениями, обусловленными: А) дефектами и деформациями орофарингеальной зоны; В) утратой гортани; С) ограничениями подвижности гортани; D) ограничениями подвижности мимических мышц. Внутри каждой категории были выделены экспериментальная и контрольная группы. Группа, участвующая в эксперименте (ЭГ), получала логопедическую помощь по предложенной нами системе; группа контроля (КГ) была сформирована из пациентов, которые в силу разных причин не имели возможности заниматься с логопедом. Речевой статус оценивался до начала мероприятий (скрининг I) и после их окончания (скрининг II). Для КГ – через 3-6 месяцев. Прежде всего, углубленно изучались состояние произносительной стороны речи, голоса, дыхания и глотания, поскольку анатомические дефекты были локализованы в органах периферического речевого аппарата. Кроме стандартных для логопедии методов аудитивной оценки были использованы шкалы МКФ (оценка производилась коллегиально членами МДРК при участии двух логопедов). Также учитывались результаты клинических методов исследования (фибrolарингоскопия, рентгеновские исследования, в том числе с контрастированием, электромиография).

Научная новизна исследования заключается в том, что:

– впервые разработана и эмпирически обоснована авторская концепция, раскрывающая факторы, оказывающие влияние на реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, а также способы повышения эффективности реабилитации приобретенных расстройств внешнего

оформления речевого высказывания у взрослых с учетом взаимодействия этих факторов;

- впервые предложена авторская система логопедической работы для лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи: теоретически обоснованы и эмпирически апробированы логопедические технологии, дифференцированно применяемые с учетом этиопатогенеза приобретенных нарушений речи и этапа комплексной реабилитации, что позволяет осуществлять последовательное и непрерывное педагогическое воздействие;

- впервые разработана профилированная модель пререабилитации, предписывающая начало логопедической работы в интервале между постановкой основного диагноза и началом хирургического лечения. Кроме того, в логике реализации данной модели доказана возможность гибкого планирования пропедевтического содержания речевой реабилитации в интервалах между этапами последующих хирургических вмешательств;

- впервые использованы домены МКФ как унифицированный инструмент взаимодействия специалистов междисциплинарной реабилитационной команды для оценки речевого статуса, состояния глотания и дыхания.

Теоретическая значимость исследования состоит в следующем:

- расширены научные представления об особенностях речевых расстройств и влиянии биологических и психосоциальных факторов на процесс реабилитации и ресоциализации пациента после хирургического лечения опухолей головы и шеи;

- выделены факторы и условия, оказывающие влияние на динамику и качество процесса речевой реабилитации, оценку реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала, что в совокупности обеспечивает возможность целенаправленного и гибкого управления процессом речевой реабилитации;

- сформулированы теоретические положения о необходимости раннего начала реабилитационного процесса в системе логопедической работы при приобретенных расстройствах внешнего оформления речевого высказывания;

- представлены теоретические положения о пререабилитации как этапе логопедической работы в интервале между диагностикой и началом лечения, а также в промежутках между различными этапами хирургического лечения, который предваряет основные мероприятия по коррекции речи и направлен на формирование функционального базиса произношения и фонации, а также облегчение вербального общения, в том числе с помощью средств альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК);

– теоретически обоснована и эмпирически подтверждена возможность повышения качества реабилитационного процесса при условии не только раннего начала логопедической работы, но и при использовании пропедевтических свойств пререабилитации, содержание которой определяется с учетом реабилитационного прогноза и ожидаемых результатов логопедической работы;

– показана продуктивность использования теоретических представлений о механизмах этиопатогенеза приобретенных нарушений и «принципе обходного пути» для обоснования разработанной системы логопедической работы. Речевая реабилитация представлена как непрерывный, поэтапный и многофакторный процесс, коллективным субъектом которого являются члены междисциплинарной реабилитационной команды, пациент и его ближайшее окружение;

– определены требования к профессиональной деятельности логопеда, выделены профессионально значимые компетенции, необходимые для эффективной коррекционной работы с пациентами после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Практическая значимость исследования определяется тем, что:

– показана целесообразность максимально раннего начала речевой реабилитации, включая мероприятия по пререабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи;

– в рамках исследования были разработаны логопедические технологии восстановления речи у лиц с ограничениями подвижности мимических мышц, нормализации звучной речи при трахеопищеводном шунтировании с протезированием (ТПШ и П), уточнены и дополнены методики нормализации речи при периферических парезах и параличах гортани, удалении гортани и нарушениях произношения после операций на орофарингеальной зоне; разработаны дифференцированные логопедические технологии диагностики и коррекции нарушений акта приема пищи, которые обладают потенциалом применения не только в логопедии, но и в медицине, а также в социальной работе;

– предложено использование мобильного приложения-коммуникатора Vocaliру как уникального инструмента пререабилитации и ранней реабилитации, демонстрирующего положительные связи с психологическим благополучием и качеством жизни пациента, начиная с ранних этапов.

Результаты исследования могут быть применены на практике не только при работе с пациентами после хирургического лечения опухолей головы и шеи, но и при сосудистой патологии и нейродегенеративных расстройствах.

Полученные в работе новые данные о факторах, условиях и организации педагогического воздействия могут быть включены в программы подготовки логопедов, психологов, врачей, социальных работников и других специалистов, работающих с онкологическими пациентами, использоваться в практике специалистов психолого-педагогического сопровождения организаций образования, здравоохранения и социальной защиты, в системе повышения квалификации коррекционных педагогов, в методических пособиях для лиц, перенесших хирургическое лечение опухолей головы и шеи, а также их ближайшего окружения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Пациенты с анатомо-физиологическими нарушениями периферического отдела речевого аппарата после хирургического лечения опухолей головы и шеи составляют особый контингент лиц с приобретенными расстройствами внешнего оформления речевого высказывания и нуждаются, помимо логопедической работы, в дифференцированном психолого-педагогическом сопровождении в рамках комплексной реабилитации.

2. Структура речевого дефекта представлена различными вариантами сочетаний нарушений артикуляции, фонации, фонационного дыхания и глотания, что определяет вариативность тактики логопедического воздействия.

3. Стратегия логопедической работы в рамках комплексной реабилитации должна выстраиваться в соответствии с этиопатогенетически обусловленной последовательностью этапов: этап пререабилитации, подготовительный послеоперационный, основной этап и этап закрепления речевых навыков в самостоятельной речи. Важность роли этапа пререабилитации обусловлена его направленностью на минимизацию эффекта ожидаемых ограничений реализации речевого высказывания и преднастройку периферического речевого аппарата к прогнозируемым анатомо-физиологическим изменениям.

4. Объективными факторами, оказывающими влияние на успешность логопедической работы, являются степень выраженности анатомо-физиологических расстройств, субъективными – мотивация к включению в реабилитационный процесс как самого пациента, так и его ближайшего окружения.

5. Среди условий, способствующих повышению эффективности речевой реабилитации, следует выделить раннее начало и непрерывность педагогического воздействия, а также наличие психолого-педагогической поддержки пациента.

6. Психологические особенности личности и модус реагирования пациента на тяжелую жизненную ситуацию, наряду с мотивационной установкой на реабилитацию, рассматриваются как факторы, влияющие на эффективность логопедической работы.

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечена опорой на методологические принципы и фундаментальные исследования в области абилитации/реабилитации речевой функции у детей и взрослых, теоретической обоснованностью авторской концепции, репрезентативностью выборки, использованием апробированного инструментария, взаимодополняемостью исследовательских процедур, а также сочетанием количественного и качественного анализа данных с использованием статистических методов обработки значительного массива эмпирических данных.

Апробация работы и внедрение результатов исследования осуществлялись в ходе обсуждения на заседаниях лаборатории образования и комплексной абилитации детей с нарушениями речи, Проблемной комиссии и Ученого совета ФГБНУ «ИКП РАО». Результаты исследования были внедрены в содержание комплексной реабилитации взрослых после хирургического лечения опухолей головы и шеи онкологического отделения №2 (опухолей головы и шеи) ЧУЗ ЦКБ «РЖД-МЕДИЦИНА» и других профильных отделений системы «РЖД-МЕДИЦИНА»; отделения онкологии хирургического профиля №1 (опухолей головы и шеи) Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России (ФГАУ НМИЦ «ЛРЦ» Минздрава России); а также неврологических отделений Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр неврологии» (ФГБНУ НЦН). Материалы исследования использовались при обучении бакалавров по направлению 44.33.03 «Специальное (дефектологическое) образование», а также в профессиональной переподготовке и повышении квалификации логопедов Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный университет» (ФГБОУ ВО КГУ) и Негосударственного образовательного частного учреждения высшего образования «Московский институт психоанализа» (НОЧУ ВО «МИП»).

Основные положения исследования докладывались на Международных конгрессах: 19th (14-18 августа 2017, Берлин, Германия), 20th (31 октября – 02 ноября 2018, Гонконг) и 22th (26-29 мая 2021, Киото, Япония) World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy; 29th Congress of Union of the European Phoniaticians (13-16 июня 2018, Хельсинки, Финляндия); 5th Congress of European

ORL – Head&Neck Surgery (29 июня – 03 июля 2019, Брюссель, Бельгия); 31th World Congress of International Association of Logopedics and Phoniatrics (18-22 августа 2019, Тайвань); 22nd European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine (19-23 сентября 2020, Белград, Сербия); 30th European Congress of Psychiatry (4-7 июня 2022, Будапешт, Венгрия); IX, X, XII, XIV Международных конгрессах «Нейрореабилитация»; VII, X Международных междисциплинарных конгрессах по заболеваниям головы и шеи «Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи»; VI, VII, VIII ежегодном Конгрессе Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, а также на научно-практических конференциях, в том числе, с международным участием.

Публикации. Ключевые идеи и научные результаты исследования отражены в 47 публикациях общим объёмом 37,5 п.л., объемом авторского вклада 18,8 п.л., в том числе 15 статей в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, 2 статьи в журналах, индексируемых в Scopus, 1 статья в журнале, индексируемом в Scopus и Web of Science, 4 патента на изобретение, 2 главы коллективной монографии.

Структура и объем диссертации. Текст диссертации изложен на 326 страницах и состоит из введения, 4-х глав, заключения, перечня сокращений, списка литературы и приложений. Список литературы составляет 315 наименований, из них 101 на иностранных языках. В работе содержится 73 таблицы, 29 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении определены актуальность исследования, его цель, объект, предмет, задачи, гипотеза, методы исследования, раскрыта научная новизна и практическая значимость, представлены положения, выносимые на защиту.

В первой главе «*Логопедическая работа как аспект комплексной реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи: история и современность*» рассматриваются современные взгляды на проблему комплексной реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи; определяется место звена психолого-педагогической реабилитации в процессе восстановления функций, нарушенных в результате агрессивного лечения, повреждающего органы артикуляции и фонации.

В параграфе 1.1. «Проблемы и перспективы организации комплексной реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи» представлены актуальные тенденции развития комплексной реабилитации. Отражены статистические данные о растущей численности контингента взрослых, нуждающихся в улучшении качества жизни после инвалидизирующего лечения. Обозначены задачи эффективной реабилитации

как системы медицинского, психолого-педагогического и социального воздействия, направленного на сохранение или восстановление не только здоровья, но и личностного и социального статуса пациента.

Необходимость повышения эффективности реабилитационных мероприятий в последнее время рассматривается с позиций не только Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ; ICD), но и МКФ. Среди условий эффективной реабилитации, указывается междисциплинарное взаимодействие специалистов реабилитационной команды. Особое значение приобретают понятия «реабилитационный потенциал» (РП) и «реабилитационный прогноз», которые позволяют не только уточнить сложные взаимодействия между биопсихосоциальными факторами, но и оценить их влияние на процесс реабилитации, что позволяет более надежно прогнозировать ее результат (Л.Н. Балацкая, Г.Е. Иванова, А.С. Кадыков, А.А. Матчин, С.А. Немкова, А.А. Скоромец, О.С. Орлова, С.В. Прокопенко и др.).

В параграфе 1.2. «Реабилитация в онкологии. Исторический аспект и современность» рассматривается роль и место реабилитации в лечении злокачественных опухолей головы и шеи. Проблема затрагивает многие аспекты социальной жизни общества и стоит особенно остро в отношении лечения новообразований видимых локализаций, когда обширные анатомические постоперационные дефекты находятся на открытых участках тела и, в частности, в зоне головы и шеи. Специалисты, изучающие особенности восстановления речи при приобретенных анатомо-физиологических дефектах органов головы и шеи, подчеркивают крайне важное значение правильной организации процесса психолого-педагогической реабилитации, обеспечивающей оптимальные сроки начала реабилитации, и должное качество оказания логопедической помощи (Л.Н. Балацкая, Л.З. Вельшер, В.Н. Герасименко, Е.Р. Исаева, Т.К. Дудицкая, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, А.И. Пачес, С.Л. Таптапова).

В параграфе 1.3. «Становление методов коррекционно-педагогической работы после хирургического лечения опухолей головы и шеи» рассматриваются вопросы коррекции приобретенных расстройств внешнего оформления речевого высказывания в историческом аспекте. Этот вопрос изучается с момента проведения первого хирургического вмешательства по удалению гортани (Т. Viroth (1873), П.Я. Мультиановский (1873)). Работы Н. Gutzman и М. Zeeman на заре становления научной логопедии дали старт развитию метода педагогического воздействия в комплексной реабилитации речи после удаления гортани. С этого момента продолжается поиск наиболее эффективных путей речевой реабилитации.

Исследователями предложен ряд хирургических методов реабилитации (В.В. Виноградов, Е.Н. Новожилова, В.О. Ольшанский, И.В. Решетов, С.С. Решульский, Е.Л. Чойнзонов), описаны методы физиотерапевтического лечения (Т.И. Грушина), однако методики логопедической помощи взрослым с приобретенными расстройствами внешнего оформления речевого высказывания представлены фрагментарно. Наиболее разработанными являются направления речевой реабилитации при утрате звучной речи после удаления гортани и голосовых расстройствах при ограничениях её подвижности. Практически нет указаний на расстройства витальных функций, в том числе акта приема пищи. Скучно описаны методы педагогического воздействия, направленного на нормализацию речевой функции при анатомо-физиологических дефектах орофарингеальной зоны. Недостаточно представлены как в отечественной, так и в зарубежной литературе современные методы восстановления речи при постоперационных ограничениях подвижности мимических мышц. Незавершенными остаются педагогические аспекты реабилитационного процесса, включая организационно-методические, а также информационную составляющую комплексной реабилитации.

Современный этап развития междисциплинарных аспектов реабилитации требует от специалиста осведомленности в вопросах медицины и психологии (А.А. Алмазова, Л.В. Лопатина, О.С. Орлова, О.Г. Приходько, С.Л. Таптапова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др.); недостаточная представленность в научной и учебно-методической литературе современных технологий речевой реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи, а также отсутствие упорядоченной системы логопедической работы, является основной причиной недостаточного уровня компетентности специалистов педагогического звена.

В параграфе 1.4. «Психологические особенности личности и их влияние на процесс речевой реабилитации в онкологии головы и шеи: история вопроса» уделено внимание изучению специфической роли психики в развитии болезни, вопросам исследований личности человека, болеющего раком, его позиции в системе взаимоотношений с миром, с другими людьми, с собой. Многие авторы (В.Н. Герасименко, А.В. Гнездилов, В.В. Николаева, М.С. Попова, Г.А. Ткаченко) отмечают, что в процессе онкорехабилитации необходимо придавать значение психологическим особенностям пациентов, поиску факторов, оказывающих влияние на процесс реабилитации, поскольку на практике специалисты сталкиваются с рядом проблем, обусловленных остротой индивидуальных психологических реакций на тяжелую болезнь, препятствующих эффективному процессу реабилитации.

Отношение к факту лечения онкологического заболевания как экстремальной жизненной ситуации предполагает многовариантность отношения больного к болезни, к себе самому и к процессу восстановления. Вопреки традиционному пониманию экстремального опыта и психологической травмы (как последствия онкозаболевания, ожиданий неблагоприятного прогноза, утраты жизненно важных функций человека), мы исходили не только из негативной трактовки, но и из возможности позитивной трансформации последствий жизненного бедствия (М.Ш. Магомед-Эминов). При таком понимании травматический опыт в результате внутренней работы личности пациента может открывать для человека горизонты преодоления страдания, стойкости в несчастье, героизма, духовного роста, сострадания к другим, взаимопомощи. Выделяются позиции самого человека и его усилий как определяющие его готовность к восстановлению и развитию собственных ресурсов.

Многими отечественными авторами мотивация пациентов выделена как важный фактор успешной речевой реабилитации. Зарубежные исследователи обращают особое внимание на комплексную реабилитацию и необходимость психологической и психосоциальной поддержки пациентов, на разработку специальных программ, позволяющих им вернуться к обычной жизни. Тем не менее, неизученными остаются вопросы возникновения, формирования и развития реабилитационной мотивации. Понимание психологических особенностей пациента, направленная поддержка его мотивационных усилий должны оказывать положительное влияние на процесс психолого-педагогической реабилитации и сделать его управляемым.

Таким образом, проблема реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи разработана недостаточно, особенно в звене психолого-педагогической помощи. Кроме очевидных проблем организации педагогической реабилитации в условиях стационара, особенно на ранних ее этапах, существуют нерешенные задачи психолого-педагогического сопровождения ресоциализации пациентов; приобретения ими новых социальных навыков, расширения возможностей не только для восстановления утраченных функций, но и для развития новых личностных ресурсов.

Одним из направлений логопедической работы становится также нормализация жизненно важных функций – дыхания, глотания, что актуализирует задачи дополнительной профессиональной подготовки специалистов педагогического направления, работающих в составе МДРК.

Вторая глава *«Логопедические технологии исследования речевого статуса лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи»* посвящена описанию организации и технологий исследования, построенных на основе

анализа современных теоретико-экспериментальных исследований, системного, комплексного, биопсихосоциального и персонифицированного подходов с использованием шкал МКФ.

В параграфе 2.1. «Организационно-методический инструментарий оценки речевого статуса лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи» описан организационно-методический инструментарий диагностики речи и изложены критерии оценки его применения. Для этого были использованы следующие методы: логопедическое обследование (Д.В. Гамова, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова и др.); анализ анамнестических данных и заключений специалистов МДРК; изучение видео- и фотоматериалов клинических исследований, а также данных фиброларингоскопии (ФЛС), рентгеноскопии, в том числе с использованием контрастных веществ, электромиографии (ЭМГ) для определения показателей биологических факторов; анкетирование и беседы с пациентами и их ближайшим окружением. Количественный и качественный анализ результатов проводился в общей группе из 344 человек. Для уточнения состояния речи и биопсихосоциальных факторов, оказывающих влияние на процесс реабилитации, проводились дополнительные исследования внутри каждой из 4-х групп; так, при ограничениях подвижности гортани протоколы исследования речевого статуса были дополнены тестами на оценку двигательной активности гортани, а при ограничениях подвижности мышц лица оценивалось их состояние в покое и при выполнении артикуляционных и мимических движений. Оценка роли психологических и социальных факторов включала регистрацию сроков начала логопедического воздействия и организационных условий речевой реабилитации, определение степени участия ближайшего окружения, а также мотивационной включенности самого пациента в процесс реабилитации. В результате анализа показателей, выявленных в общей группе и внутри подгрупп, сформированных согласно локализации анатомо-физиологических расстройств, определены взаимосвязи между исследуемыми параметрами и предварительный прогноз реабилитационных мероприятий.

Параграф 2.2. «Исследование речевого статуса при приобретенных дефектах и деформациях орофарингеальной зоны» отражает результаты оценки речевого статуса с учетом специфики анатомо-физиологических нарушений органов артикуляции (n=87). Были подробно изучены состояние подвижности органов орофарингеальной зоны, произносительные возможности и качество разборчивости речи, а также нарушения акта приема пищи. Для оценки влияния тяжести речевых нарушений и возраста пациентов на показатели РП был проведен простой регрессионный анализ. Было установлено, что при более тяжёлых расстройствах речи и глотания наблюдался более низкий уровень РП

вне зависимости от возраста пациента. То есть, тяжесть расстройств речи и глотания напрямую зависит от объема приобретенных анатомических дефектов и деформаций орофарингеальной зоны, а выраженность нарушений определяет уровень РП.

Согласно данным сравнительного анализа, наиболее тяжелые расстройства разборчивости речи, равно как и акта приема пищи, также наблюдались при комбинированных оральных дисфагиях, то есть, чем обширнее анатомический дефект, тем более выражены нарушения. Это позволяет утверждать, что степень нарушений разборчивости речевого потока также зависима от объема и места анатомического дефекта, и наиболее выраженные расстройства разборчивости речи наблюдаются при комбинированных оральных структурных дисфагиях. Таким образом, степень проявления дисфагии и нарушений разборчивости речи значимо выше у пациентов с комбинированной фазой дисфагии по сравнению с другими оральными фазами. Тяжесть проявления дисфагии усугубляется по мере увеличения объема дефекта, что оказывает отрицательное влияние на РП.

Применённые логопедические технологии диагностики позволили углубить данные о структуре дефекта и констатировать, что степень нарушений речевой функции и нарушения глотания у лиц с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области находится в прямой зависимости от топографии дефекта, его протяженности, а также двигательной активности сохранившегося нервно-мышечного аппарата и проявляется в нарушениях артикуляции звуков и голосооформления.

Нарушения акта приёма пищи проявляются «доглотательными» расстройствами во время орально-подготовительной или орально-трансферной фазы, либо в сочетании этих фаз, что усугубляет тяжесть дисфагии. Поскольку процесс приёма пищи – витальная функция, преодоление нарушений питания в послеоперационном периоде является неотъемлемой частью логопедической коррекции и должно начинаться в максимально ранние сроки, чтобы предотвратить нежелательные последствия в виде явлений кахексии/анорексии и дегидратации, оказывающих отрицательное влияние на комплексную реабилитацию. В этой связи содержание логопедического воздействия должно включать в себя технологии, направленные не только на улучшение произносительной стороны речи, но и на нормализацию дыхания и глотания.

В параграфе 2.3. «Исследование речевого статуса после ларингэктомии» представлена оценка состояния речевого статуса пациентов после удаления гортани. Расстройства вербальной коммуникации после удаления гортани, навсегда лишаящие пациента возможности дышать через естественные пути и пользоваться голосом гортанного происхождения, безусловно являются особой проблемой для логопедии. С учетом специфичности речевого нарушения,

исследование речевого статуса, одновременно подчиняясь законам традиционных логопедических технологий диагностики, все же имеет свои отчетливые особенности, кроме того, необходимо определить оптимальный метод восстановления звучной речи и составить эффективную программу речевой реабилитации.

Неугасающие дискуссии по поводу выбора метода восстановления вербальной коммуникации после ларингэктомии побудили нас предпринять попытку сравнения эффективности двух основных методов речевой реабилитации – трахеопищеводного шунтирования с протезированием (ТПШ и П) и эзофагеальной речи (ЭР), а также факторов, оказывающих влияние на реабилитационный процесс, с целью определения преимущественного пути реабилитации вербальной коммуникации индивидуальной для конкретного пациента в каждом конкретном случае.

Сравнение методов речевой реабилитации проводилось на выборке лиц после ларингэктомии (n=110). В случае проведения ТПШ и П (n=50) пациентам были установлены голосовые протезы PROVOX VEGA (ATOS MEDICAL, Швеция) одномоментно – 2 человека (4%), отсроченно – 48 человек (96%). Остальные участники исследования сделали выбор в пользу восстановления речи с использованием педагогических технологий. Внутри КГ (n=42) выделены две подгруппы: 22 человека, предполагавшие восстанавливать речь педагогическими методами, и 20 человек после ТПШ и П. ЭГ (n=68) также была разделена на две подгруппы: педагогические методы (n=38) и пластико-хирургические методы (n=30). Оценивались РП, состояние глотания в глоточно-пищеводном сегменте, состояние реализации речевого высказывания, состояние речевого выдоха, время максимальной фонации (ВМФ) гласных. На этапе первого скрининга подгруппы не различались по исследуемым признакам: у всех наблюдалось абсолютные затруднения реализации речевого высказывания и речевого выдоха.

Грубые ограничения возможности вербальной коммуникации из-за афонии вынуждали пациентов использовать невербальные средства общения. Это ограничивало круг общения, затрудняло процесс социальной адаптации. Треть из группы пациентов после ларингэктомии испытывала ограничения процесса приёма пищи, связанные с трудностями прохождения твердой пищи через глоточно-пищеводный сегмент структурного характера из-за особенностей процесса рубцевания швов глотки. Негативным прогностическим фактором являлось расширение объемов хирургического лечения до ларингофаринготомии, поскольку сохранность мышц глотки имеет стратегически важное значение для успешности восстановления звучной речи не только в случае выработки заместительных механизмов фонации

педагогическими методами, но оказывает влияние и на акустические характеристики звучной речи после ТПШ и П.

В параграфе 2.4. «Исследование речевого статуса при ограничениях подвижности гортани» описаны особенности речевых расстройств при приобретенных ограничениях подвижности гортани периферического генеза у 87 человек после операций на щитовидной железе и органах средостения. Для уточнения влияния особенностей анатомо-физиологических нарушений на процесс речевой реабилитации подробно оценивали такие параметры, как сторона поражения гортани и позиция голосовой складки на стороне поражения. Также оценивали взаимосвязь степени выраженности нарушений акта приема пищи и других исследуемых параметров, их влияние на РП.

Ведущая жалоба в раннем послеоперационном периоде – нарушения приёма пищи (трудности при питье жидкостей). Исследования с помощью предложенной нами запатентованной методики фиброларингоскопии с глотательными пробами позволили утверждать, что фарингеальные дисфагии, связанные с нарушениями подвижности гортани периферического генеза, проявляются расстройствами скоординированной работы мышц глотки и гортани, и приводят к интраглотательным расстройствам. Это не только является причиной недостаточности питания, но может представлять опасность для жизни пациента из-за высокой вероятности развития аспирационной пневмонии. Самые грубые расстройства акта приёма пищи наблюдались при двусторонних поражениях, где тяжёлые нарушения глотания были зафиксированы в 38,4% случаев.

Исследование ВМФ показало, что речевой выдох при ограничениях подвижности гортани (среднее значение – 7,8 с) значительно короче средних показателей в норме. При расположении парализованной голосовой складки ближе в средней линии коэффициенты С/З и Ш/Ж были значительно меньше единицы и приближались к 0,5, в то время как расположение голосовой складки ближе к латеральной позиции давало значения в 2 и даже 3 раза больше 1. Маленькие значения коэффициентов сопровождалось низкими показателями ВМФ, что позволяет сделать вывод о том, что при ограничениях подвижности гортани периферического генеза эти тесты являются маркерами позиции паретичной голосовой складки. Неоспоримым преимуществом является простота процедуры исследования и ее неинвазивность.

Таким образом, у пациентов с ограничениями подвижности гортани периферического генеза зарегистрированы нарушения внешнего оформления речевого высказывания, выраженные в расстройствах голосовой функции и фонационного дыхания, а также нарушения акта приема пищи по типу интраглотательных расстройств, которые можно классифицировать как

нейрогенные периферические дисфагии. Вышеуказанные расстройства резко снижали возможности речевого общения и оказывали отрицательное влияние на РП.

В параграфе 2.5. «Исследование речевого статуса при приобретённых ограничениях подвижности мимических мышц» описаны расстройства речи и других функций полости рта при ограничениях подвижности мышц лица. Было исследовано 54 пациента с односторонним ограничением подвижности мимических мышц; из них с поражением маргинальной ветви лицевого нерва – 35 человек (64,8%). Дополнительно к ранее описанным параметрам проводилась визуальная оценка подвижности мимической и артикуляционной мускулатуры и аудитивное исследование состояния произносительной стороны речи, а также проба *трех глотков*.

В результате простого регрессионного анализа был сделан вывод, что состояние функции глотания и степень нарушений тонуса лицевых мышц оказывают значимое влияние на выраженность расстройств произносительной стороны речи и реализации высказывания. Причем, при уменьшении выраженности глотательных расстройств, а также нарушений тонуса мимических мышц, в прямой последовательности уменьшается степень выраженности артикуляционных расстройств и нарушений реализации высказывания.

Приобретённые нейропатии лицевого нерва, возникающие после хирургического лечения новообразований в плоскости ветвей лицевого нерва, приводят к периферическим дизартрическим расстройствам, в структуру которых входят нарушения артикуляции звуков и акта приема пищи в орально-подготовительной, орально-трансферной фазах либо в сочетании этих фаз. Степень выраженности артикуляционных расстройств и нарушений реализации высказывания находится в прямой зависимости от состояния функции глотания и тонусных нарушений лицевых мышц. Такие нарушения способствуют психологической травме, что определяет необходимость мероприятий по психолого-педагогической реабилитации. Негативным прогностическим фактором, осложняющим логопедическую работу, является повреждение всех ветвей лицевого нерва или доказанное вынужденное пересечение его в ходе операции.

В параграфе 2.6. «Общая характеристика речевого статуса лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи» представлены результаты исследования всех участников эксперимента. Всего под нашим наблюдением находилось 344 человека. Исключены 11 человек по причине отказа заниматься реабилитацией голоса/речи, связанной с экономическими факторами либо

необходимостью продолжать лечение основного заболевания. Двое из них отказались без объяснения причин.

Таким образом, в исследовании участвовало 333 человека. Среди них: А) 82 человека (24,7%), перенёвшие операции на орофарингеальной зоне; В) 110 пациентов (33,0%) после удаления гортани; С) 87 человек (26,1%) с послеоперационными парезами и параличами гортани после хирургических вмешательств на щитовидной железе и органах средостения; D) 54 человека (16,2%) с послеоперационными ограничениями подвижности мимических мышц (рис. 1).



Рис. 1. Распределение исследуемых в зависимости от области хирургического вмешательства

Критерий вхождения – наличие приобретённых расстройств внешнего оформления речевого высказывания из-за анатомо-физиологических нарушений после хирургического лечения опухолей головы и шеи при сохранном понимании обращенной речи. Алгоритм исследования: оценка состояния реализации высказывания (шкала МКФ); оценка состояния глотания (шкала МКФ); оценка состояния дыхания (шкала МКФ); выявление уровня РП.

Все участники исследования, с целью оценки эффективности проводимых мероприятий, были распределены на две группы – КГ (n=135), и ЭГ (n=198). В результате статистического анализа полученных данных были установлены положительные корреляционные взаимосвязи между возрастом и гендером по отношению к исследуемым показателям. Так, у пациентов женского пола, по сравнению с пациентами мужского пола, были отмечены более благоприятные показатели по шкалам РП, реализации речевого высказывания и менее выраженные нарушения дыхательной функции. Отрицательное влияние на

уровень РП оказывает возраст пациента, что важно для прогнозирования успешности реабилитационных мероприятий.

Были выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между возрастом и РП ($r=0,24$ при $p=0,00001$); реализацией высказывания ($r=0,22$ при $p=0,0001$); речевым выдохом ($r=0,18$ при $p=0,001$), что служит убедительным доказательством того, что при увеличении возраста ухудшается способность к реабилитации, а также отмечаются более выраженные расстройства внешней стороны высказывания и речевого дыхания. Положительные связи также выявлены между РП и реализацией высказывания ($r=0,78$ при $p=0,0001$) и степенью нарушения дыхательной функции ($r=0,80$ при $p=0,0001$).

Таким образом, после проведения хирургического лечения опухолей головы и шеи, затрагивающего зоны, важные для осуществления речевой деятельности, отмечаются нарушения функционирования периферического речевого аппарата. Характер и степень выраженности речевых нарушений определяется местом и объемом послеоперационных анатомо-физиологических расстройств. В структуре речевого дефекта наблюдаются нарушения артикуляции звуков и фонации при сохранном понимании речи, сопровождающиеся расстройствами функций дыхания и глотания. Речевой дефект можно классифицировать как расстройства внешнего оформления речевого высказывания, поскольку они локализованы в области периферического речевого аппарата и не затрагивают центральных механизмов речевой деятельности. Наиболее тяжелые проявления речевых расстройств отмечали при утрате одного или нескольких органов периферического речевого аппарата.

Приобретенные расстройства внешнего оформления речевого высказывания ограничивают способность к речевому общению; причем обнаруживается прямая корреляция между степенью выраженности речевого расстройства, местом и объемом анатомо-физиологических расстройств и уровнем РП.

Нарушения глотания в послеоперационном периоде выявлены у 226 человек описываемой группы, что составило 67,8% исследуемых с речевыми нарушениями после хирургического лечения опухолей головы и шеи. Фаза дисфагии и степень ее выраженности также определяются приобретенными анатомо-физиологическими изменениями. Наличие дисфагии коррелирует с тяжестью нарушений речи и снижает показатели РП.

Гендерные и возрастные факторы влияют на речевой статус исследованных пациентов. С увеличением возраста ухудшается способность к речевой реабилитации и отмечаются более выраженные расстройства внешнего оформления речевого высказывания. Более благоприятные показатели

реализации речевого высказывания диагностировали у лиц женского пола. Психологические особенности личности также могли оказывать влияние на успешность речевой реабилитации.

Таким образом, прогнозировать степень выраженности и характер послеоперационных речевых расстройств можно еще до проведения операции с учетом данных о предполагаемом месте и объеме хирургического лечения, а также гендерных и возрастных характеристик. Негативным прогностическим фактором будет расширение объемов хирургического лечения, к наиболее тяжелым последствиям будет приводить утрата одного или нескольких органов периферического речевого аппарата, имеющих стратегически важное значение для произношения, голосообразования и голосооформления.

В третьей главе *«Система логопедической работы в комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи»* изложены основные подходы и организационно-методические составляющие процесса речевой реабилитации.

В параграфе 3.1. «Принципы и основные подходы к коррекционно-педагогической работе как аспекту комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи» описаны основные подходы к логопедическому воздействию. Процесс онкорезабилитации крайне сложен и слишком масштабен, чтобы изучаться одной научной дисциплиной. Для определения нового инструментария исследований необходим **междисциплинарный подход**, способствующий выявлению интегративных тенденций и выходу за рамки сложившихся стереотипов, норм и традиций исследований в области коррекционной педагогики. Логопедическое воздействие в данном случае может и должно осуществляться в рамках междисциплинарного взаимодействия, когда каждый из участников МДРК решает реабилитационные задачи в рамках своей компетенции в постоянном взаимодействии с коллегами, пациентами и их родными.

Комплексный подход объединяет в себе медицинский, педагогический, социальный и психологический аспекты реабилитации. Целью комплексного, интегрального изучения является получение целостной картины исследуемого объекта.

Биопсихосоциальный подход базируется на интеграции медицинской и социальной моделей реабилитации, стремится к достижению согласованного взгляда на различные стороны здоровья одновременно с биологической, личностной и социальной позиций (МКФ).

Персонализированный (индивидуализированный, персонализированный, пациент-ориентированный) подход в широком смысле подразумевает индивидуальный подход к реабилитации с учетом всех

особенностей личности пациента (персоны). Персонализация должна проходить «красной нитью» через весь процесс диагностики, лечения и реабилитации. Этот подход предполагает принятие решений МДРК в отношении пациента на основе оценки полного спектра его уникальных клинических, средовых характеристик и индивидуальных особенностей личности (Г.Е. Иванова; О.С. Орлова, Е.С. Бердникович; Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева).

Наш многолетний опыт наблюдений за пациентами, перенесшими хирургическое лечение опухолей головы и шеи, позволяет утверждать, что они представляют собой весьма разнородную категорию, где речевые расстройства во многом детерминированы постоперационным анатомическим дефектом. Локализация и обширность анатомических дефектов и деформаций органов головы и шеи определяется течением основного заболевания, объёмом опухоли, наличием метастазов. Исходя из этого, одним из определяющих принципов является принцип учета этиологии и структуры речевого дефекта (**этиопатогенетический принцип**). Тот факт, что речевые нарушения возникают у взрослых, в момент, когда речевая функция сформирована, предполагает поиск компенсаторных механизмов, которые позволили бы перестроить деятельность речевой функциональной системы. В логопедической работе при приобретенных речевых нарушениях актуальным будет также **принцип обходного пути**, который с успехом используется, например, при выработке заместительных механизмов фонации при утрате гортани.

Вошедшие в повседневную практику работы хирургических стационаров протоколы fast track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции), где одним из методов признана ранняя мобилизация и активизация пациентов в сочетании с дыхательной гимнастикой, достоверно улучшают функциональные возможности пациента, уменьшают длительность пребывания в стационаре и снижают количество осложнений. В русле этих рекомендаций, безусловно, может и должна находиться деятельность логопеда, который, руководствуясь **принципом ранней реабилитации**, вносит большой вклад в улучшение качества жизни.

Пререабилитация также значительно ускоряет функциональное восстановление после операции. Прогнозируемые расстройства речи, глотания и дыхания диктуют необходимость участия логопеда уже на этапе диагностики, еще до начала, либо в промежутках между различными этапами хирургического лечения. Основной задачей специалистов педагогического звена будет не только профилактика нарушений дыхания, глотания и формирование функционального базиса речи, но и мероприятия по облегчению предполагаемых расстройств речевого общения, например с помощью систем альтернативной и

дополнительной коммуникации (АДК). Профилированная модель пререабилитации, построенная с учетом прогноза вероятных послеоперационных расстройств, предполагает начало речевой реабилитации до начала хирургического лечения, а также возможность гибкого планирования пропедевтического содержания логопедической работы в интервалах между этапами последующих хирургических вмешательств. Использование пропедевтических свойств пререабилитации как на начальном, так и на последующих этапах реабилитационного процесса, реализуемого с учетом прогностических оценок и ожидаемых (вероятных) результатов логопедической работы позволяет ускорить восстановление речевой функции.

Особо следует отметить работу с семьей и ближайшим окружением пациента. Логопед на начальном этапе коррекционно-педагогического воздействия должен ориентироваться на проблемы, возникающие в семье: принятие самого факта заболевания; изменение межличностных отношений и внутрисемейной атмосферы; переструктурирование иерархии системы жизненных ценностей; изменение привычного уклада жизни в связи с организацией ухода и участия в реабилитационных мероприятиях; преодоление психологических сложностей, связанных с изменением социального статуса; возможное предвзятое отношение социума.

В параграфе 3.2. «Организация логопедической помощи лицам после хирургического лечения опухолей головы и шеи» изложены организационные составляющие педагогического воздействия. Деятельность логопеда по нормализации речевой функции и нивелированию расстройств витальных функций (глотание, дыхание) должна строиться с учетом новых требований к медицинской реабилитации. Ранее привычный для онкорезабилитации последовательный порядок восстановления постепенно уходит в прошлое и на смену приходят новые технологии и подходы к реабилитации, в том числе и в области педагогического воздействия.

На рисунке 2 представлена система логопедической работы, состоящая из диагностическо-прогностического и коррекционного блоков речевой реабилитации. Диагностический блок предполагает выявление факторов, оказывающих влияние на процесс реабилитации, и определение предполагаемого варианта речевой реабилитации. На основе этих данных составляется индивидуальный маршрут, который осуществляется в тесном взаимодействии с другими членами МДРК.

Особое внимание уделяется пререабилитации, где предложены приемы логопедической работы по формированию функционального базиса речи, а также приемы, способствующие облегчению предполагаемых расстройств

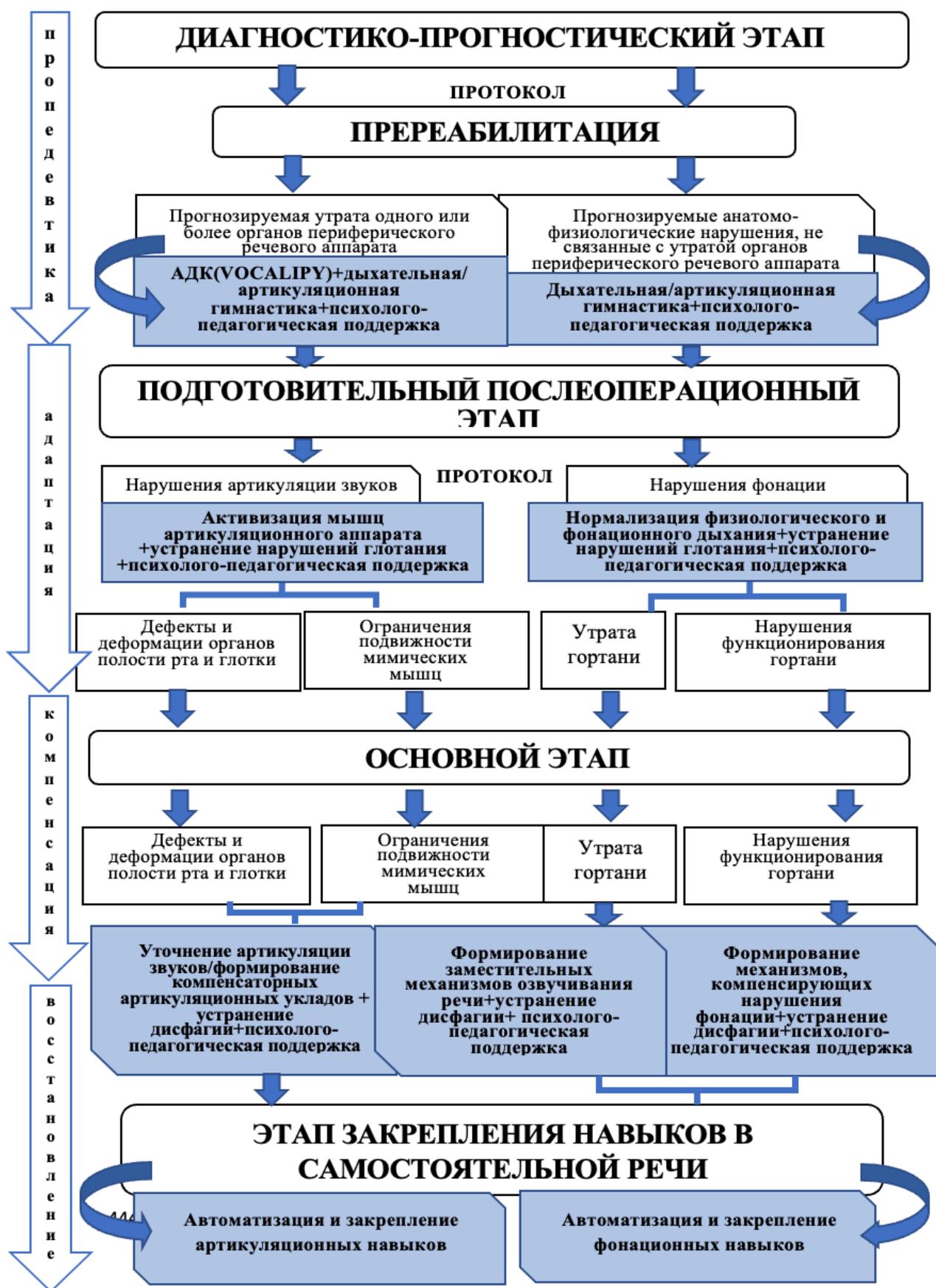


Рис. 2. Система логопедической работы в комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи

речевого общения, в том числе, с помощью инновационного приложения-коммуникатора для смартфонов Vocalipy.

Блок педагогического воздействия предполагает коррекционную работу, начинающуюся с мероприятий по пререабилитации и продолжающуюся непрерывно в послеоперационном периоде с целью адаптации пациента к новым условиям функционирования нарушенных органов, прежде всего, функций дыхания и глотания. По мере адаптации основными задачами логопедической работы становятся компенсация нарушенных функций и(или) их восстановление. Организация речевой реабилитации пациентов с расстройствами внешнего оформления высказывания после хирургического лечения опухолей головы и шеи построена с учетом порядка оказания медицинской реабилитации взрослых, согласно Приказу Минздрава РФ №788н от 31 июля 2020.

В параграфах 3.3. «Организация логопедической помощи лицам после хирургического лечения опухолей головы и шеи» и 3.4. «Основные направления логопедической работы при нарушениях артикуляции звуков после хирургического лечения опухолей головы и шеи» подробно изложены логопедические технологии нормализации речи, а также глотания и дыхания для лиц с приобретёнными нарушениями артикуляции и фонации. Логопедическая работа при утрате органов строится по принципу поиска обходного пути и выработки заместительных механизмов фонации и артикуляции, обеспечивающих достаточную для осуществления вербальной коммуникации разборчивость речи. При менее обширных анатомических дефектах логопедическое воздействие направлено на компенсацию и/или восстановление нарушенных функций.

Таким образом, эффективная стратегия логопедической работы строится с учетом этиопатогенеза послеоперационных анатомо-физиологических нарушений по принципу обходного пути. Поскольку речевой дефект вариативен и может быть представлен нарушениями артикуляции, голосообразования и/или голосооформления, то тактика реализации стратегии персонифицирована и строится не только с учетом биологических (объективных), но и психосоциальных (субъективных) факторов, в том числе, мотивации к реабилитации.

Система логопедической работы представлена этиопатогенетически обусловленной последовательностью этапов и включает пререабилитационный, подготовительный послеоперационный, основной и завершается этапом закрепления речевых навыков в самостоятельной речи. Речевой дефект сопровождается нарушениями витальных функций – дыхания и глотания, для функционирования которых необходима полноценная работа органов

периферического речевого аппарата. Неразрывная связь витальных функций и механизмов речевой деятельности определяет содержание логопедической работы на госпитальном этапе комплексной реабилитации.

Особое значение приобретает пререабилитация как этап логопедической работы, который реализуется в интервале между диагностикой и началом лечения, при необходимости продолжается между этапами последующих хирургических вмешательств и предваряет основные мероприятия по коррекции речи. Содержание пререабилитационного этапа включает мероприятия по формированию функционального базиса фонации и артикуляции, а также мероприятия по облегчению вербального общения (мобильный коммуникатор Vocalipy) в случаях, когда последствия хирургического лечения резко ограничивают возможности речевых контактов.

Система логопедического воздействия предполагает работу логопеда в тесном взаимодействии с другими членами МДРК. На каждом из этапов последовательно решаются коррекционные задачи, а процесс речевой реабилитации развивается от адаптации через компенсацию к восстановлению нарушенных функций. В целях осуществления непрерывности логопедического воздействия коррекционно-педагогическая работа начинается в стационаре, продолжается амбулаторно, при необходимости в дистанционном формате. Среди условий, обеспечивающих эффективность системы логопедической работы, следует выделить пререабилитационные мероприятия, раннее начало и непрерывность этапного педагогического воздействия, осуществление психолого-педагогической поддержки, междисциплинарное взаимодействие специалистов, а также активное участие самих пациентов и членов их семей.

В четвёртой главе «Результаты логопедического воздействия при приобретенных расстройствах внешнего оформления речевого высказывания после хирургического лечения опухолей головы и шеи» изложены основные результаты коррекционно-педагогической работы. Параграфы 4.1. «Результаты логопедического воздействия при приобретённых нарушениях артикуляции звуков» и 4.2. «Результаты логопедического воздействия при нарушениях фонации после хирургического лечения опухолей головы и шеи» посвящены описанию результатов коррекционно-педагогической работы по нормализации артикуляции, фонации, а также дыхания и глотания. Сравнение исследуемых параметров до и после проведенной логопедической работы с помощью статистических методов подтверждает высокую эффективность проведенного педагогического воздействия.

Результаты сравнения альтернативных методов восстановления звучной речи после удаления гортани позволили констатировать, что для овладения звучной речью достаточного для вербальной коммуникации качества,

необходимо логопедическое сопровождение в послеоперационном периоде вне зависимости от выбранного метода речевой реабилитации. Своевременная диагностика и коррекционно-педагогическое воздействие являются неотъемлемым этапом реабилитации. Несмотря на выявление более высоких показателей при ТПШ и П, применение логопедических технологий является более выгодной альтернативой в силу своей неинвазивности. Особенно это востребовано для пациентов, которые находятся в отдаленных регионах и не имеют возможности регулярно наблюдаться.

Поскольку каждый из описанных методов обладает своими недостатками и преимуществами, выбор наиболее оптимального для каждого пациента должен быть максимально персонифицирован. Решение должно приниматься МДРК совместно с пациентом и его родственниками, с учетом всех возможных объективных и субъективных факторов, оказывающих влияние на процесс речевой реабилитации, а также с учетом социальной активности пациента.

Параграф 4.3. «Результаты логопедической работы после хирургического лечения опухолей головы и шеи» посвящен описанию основных результатов логопедического воздействия среди всей исследуемой группы.

Несмотря на то, что и в контрольной, и в экспериментальной группах наблюдается значимое улучшение показателей на этапе второго скрининга, в ЭГ после проведения курса речевой реабилитации наблюдаются более выраженные изменения по всем исследуемым параметрам, что является убедительным доказательством эффективности педагогической реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи (*рис. 3*).

Для всех обследуемых на этапе второго скрининга обнаружено, что улучшение состояния реализации речевого высказывания, дыхания и глотания положительно влияет на показатели РП. Корреляционный анализ Спирмена показал, что улучшение реализации речевого высказывания будет сопровождаться отсутствием нарушений акта приема пищи.

Оценивая временные значения продолжительности занятий до достижения желаемого результата реабилитации при непрерывных занятиях и занятиях с перерывами, мы обнаружили, что средняя продолжительность занятий при непрерывном психолого-педагогическом воздействии составляет 72 дня, при прерывании курса возрастает в 3,2 раза (до 230 дней). Сравнительный анализ выявил, что длительность занятий в этом случае занимает значимо меньший срок, чем при занятиях курсами ($U=7,3$ при $p<0,00001$).

По данным сравнительного анализа, значимых различий между пациентами, проходившими реабилитацию непрерывно и курсами, выявлено не было. Однако была отмечена выраженная тенденция к преобладанию более высокого уровня РП у пациентов, занимающихся непрерывно.

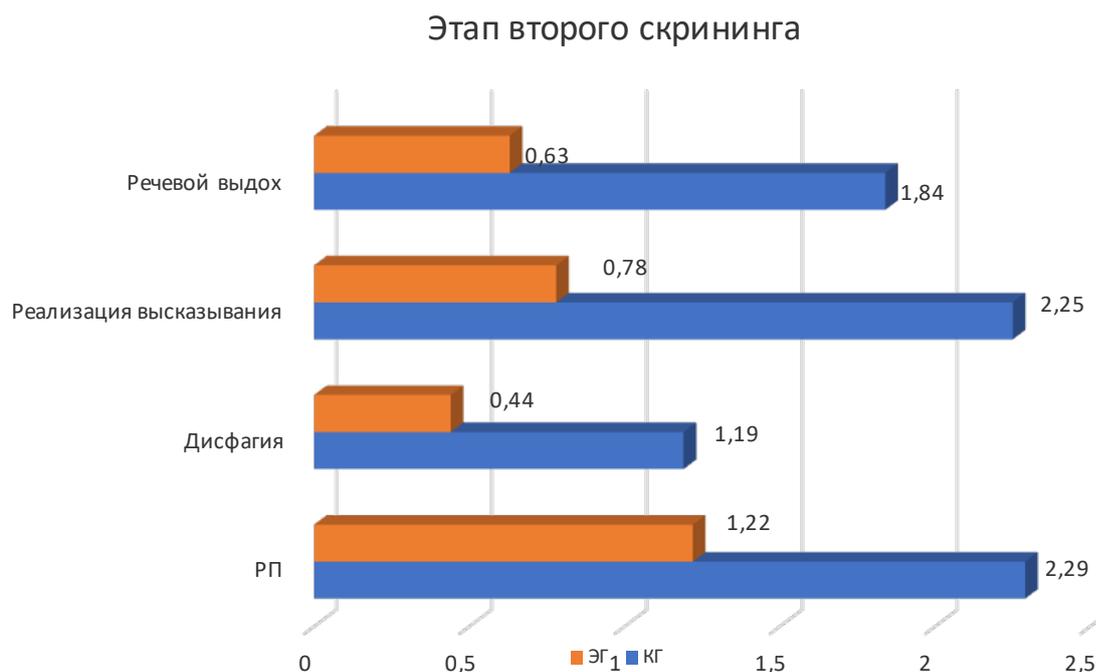


Рис. 3. Результаты сравнения показателей на этапе второго скрининга между КГ и ЭГ

Простой регрессионный анализ показал, что длительность занятий оказывает значимое влияние на состояние произносительной стороны речи после окончания логопедического воздействия ($F=7,3$ при $p=0,008$). При условии, если пациенты занимаются непрерывно, показатели способности к реализации речевого высказывания после проведения логопедических занятий повышаются. (рис. 4)

Таким образом, можно утверждать, что уровень РП при возникновении анатомо-физиологических расстройств после хирургического лечения опухолей головы и шеи напрямую зависит от состояния дыхательной и речевой функции, а также детерминирована состоянием акта приема пищи. Логопедическое воздействие, направленное на реабилитацию речи, дыхания и глотания, оказывает благоприятное воздействие на РП, улучшая качество жизни. Спонтанное восстановление нарушенных функций протекает в более длительные сроки и не позволяет достичь высоких показателей РП и достойного качества жизни. Логопедическое воздействие должно быть организовано непрерывно на всех этапах комплексной реабилитации, как в стационаре, так и амбулаторно. В целях оптимизации процесса речевой реабилитации для пациентов, проживающих в отдаленных регионах, на поздних этапах реабилитации возможно дистанционное сопровождение, повышающее ее эффективность и уменьшающее финансовые затраты.

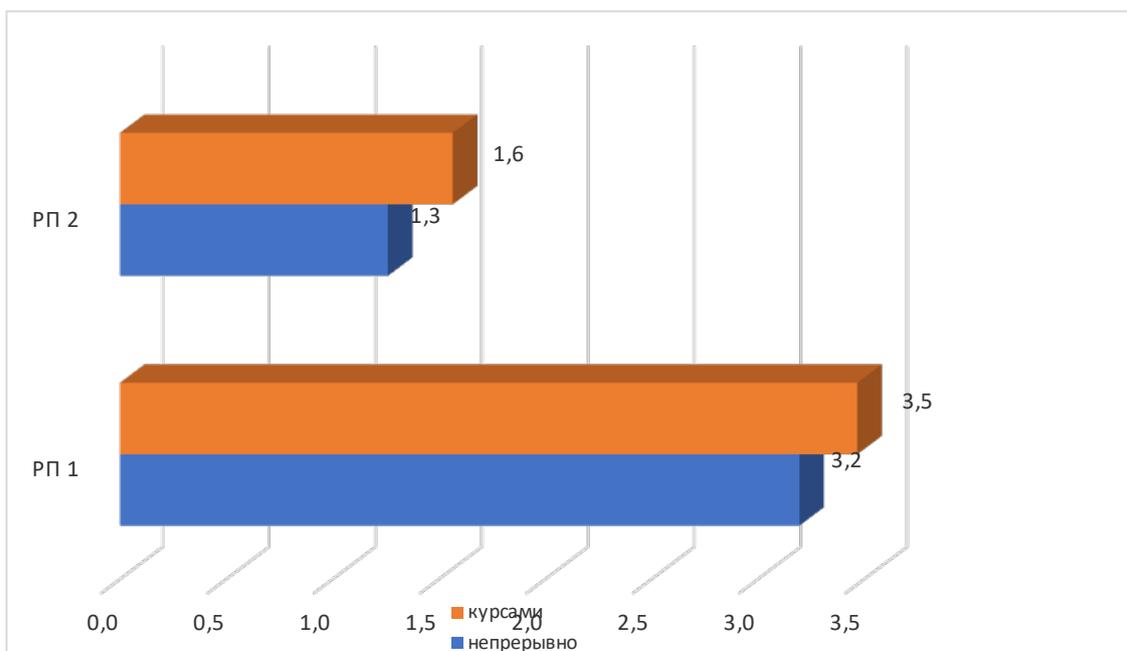


Рис. 4. Среднегрупповые значения реабилитационного потенциала I и II скрининга

В параграфе 4.4. «Результаты психологического сопровождения логопедического воздействия после хирургического лечения опухолей головы и шеи» изложены основные значимые для процесса реабилитации психологические особенности пациентов. Исследования проводились совместно с кафедрой психологической помощи и ресоциализации факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

Исследование психологических особенностей с 2015 по 2022 гг. проведено у 128 пациентов (69 мужчин (54%) и 59 женщин (46%) в возрасте от 23 до 82 лет. 89 человек (69%) прошли полный курс речевой реабилитации; 34 человека (27%) отказались от продолжения занятий, либо не вернулись к занятиям; занятия с 5 пациентами (4%) были приостановлены в связи с рецидивом опухоли.

Ориентируясь на гипотезу о том, что одним из значимых факторов может быть уровень интеллектуальной лабильности больных, их способность к освоению нового вида деятельности, мы применили методику «Интеллектуальная лабильность» для взрослых испытуемых (В.Т. Козлова). Полученные данные позволили нам сделать вывод, что высокая интеллектуальная лабильность, способность к освоению нового вида деятельности играет важную роль в эффективности восстановления коммуникативной функции речи, однако, не относится к ведущим факторам успешности речевой реабилитации.

В составе реабилитационных мероприятий немаловажное значение имеют: отношение самого больного к реабилитационной программе; усилия, которые он

прилагает; психологическая работа, которую он проводит для эффективности восстановления (М.Ш. Магомед-Эминов). В целях выявления эффективной мотивации пациентов к речевой реабилитации нами было использовано смысловнарративное интервью с последующим качественным анализом. Оценивалась вербальная продуктивность (объем рассказа) и две мотивационные тенденции: избегание неудачи и стремление к успеху.

Наиболее высокие показатели успешности речевой реабилитации наблюдались у пациентов с высокой вербальной продуктивностью в рассказах, высоким индексом стремления к успеху и низкой выраженностью избегания неудачи. Результаты позволили сделать вывод о важной роли мотивации стремления к успеху как универсальной личностной диспозиции человека, а также внутренней смысловой работы личности в ситуации тяжёлой болезни.

В целях выявления психологических факторов невозвращения к занятиям без уважительных причин, на основе смысловнарративных интервью, проведённых с пациентами, мы предположили, что прохождение пациентами полного курса реабилитации может детерминироваться, в том числе, особенностями мотивации аффилиации. Для подтверждения нашего предположения параллельно с проведением логопедического воздействия мы проводили с пациентами смысловнарративное интервью (М.Ш. Магомед-Эминов) и методику «Тест мотивации аффилиации» А. Мехрабиана (адаптация М.Ш. Магомед-Эминова). Полученные данные привели к выводу, что мотивационная комбинация высокого стремления к принятию и низкого страха отвержения детерминирует активную позицию пациента в работе над восстановлением речи, прохождение им полного курса занятий и становится важным фактором успешности.

Восстановление речевой функции – длительный процесс, который часто осложняется постепенным угасанием первоначального стремления пациента вернуть утраченную речь. Одним из важных условий психологического сопровождения процесса речевой реабилитации является формирование особой реабилитационной мотивации, позволяющей пациенту сохранить направленность на высокий результат восстановления.

В целях исследования влияния семьи на успешность проведения логопедических занятий, мы провели ряд интервью с пациентами и их близкими родственниками, качественный анализ которых показал необходимость корректного формирования мотивации к восстановлению и возвращению к обычному образу жизни. Полученные данные в общих чертах выявляют тенденции влияния микросоциального окружения на успешность ресоциализации лиц, нуждающихся в восстановлении вербальной

коммуникации. Наблюдаемое отношение членов семьи, демонстрирующих спектр реакций от отчуждения и пассивности до агрессивности и отчаяния, снижает эффективность полноценной реабилитации и, как следствие, ресоциализации пациента, которая тем успешнее, чем более опирается на укрепление социальных связей, уважение, эмоциональную поддержку, человеческую заботу. Недостаток информации в области организации работы с ближайшим окружением пациента не позволяет специалистам психолого-педагогического сопровождения полноценно реализовать потенциал семьи для оказания помощи. Для повышения результативности логопедической помощи в систему реабилитации необходимо включать психолого-педагогическую составляющую работы с семейным окружением.

В параграфе 4.5. «Рекомендации для специалистов педагогического звена и ближайшего окружения пациента» приведены рекомендации для специалистов и лиц, осуществляющих уход за пациентами. Поскольку специалисты педагогического звена, в силу особенностей своей работы, имеют наиболее плотные рабочие контакты с семьей и ближайшим окружением пациента, то именно педагог (логопед) наиболее эффективно донесет до них информацию, которая позволит повысить эффективность комплексной реабилитации. Так, с целью обеспечения пациентов ориентировочной схемой реабилитационных мероприятий необходимо предоставлять полную информацию о механизмах послеоперационных нарушений и способах их нивелирования, о программе логопедических занятий и их результате. Логопеду необходимо осуществлять сдвиг от конечной цели, от смысла как результата к смыслу как процессу и оценке каждого шага на пути к речевой реабилитации.

В **заключении** отражены итоги диссертационного исследования и сформулированы выводы:

1. Теоретический анализ современного состояния проблемы комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи выявил недостаточную разработанность психолого-педагогического звена реабилитационной работы.
2. Дифференцированная программа психолого-педагогического обследования реализуется, начиная с этапа пререабилитации (с момента постановки основного диагноза), и содержит предпосылки для прогнозирования и предупреждения вероятного речевого нарушения.
3. В структуре речевого дефекта лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи наблюдаются приобретенные расстройства внешнего оформления высказывания: изолированные или сочетанные нарушения

артикуляции звуков, расстройства голосообразования и голосооформления. В большинстве случаев отмечаются нарушения дыхания и глотания.

4. Основными факторами, определяющими стратегию логопедического воздействия, являются не только послеоперационные анатомо-физиологические дефекты, но и психологические особенности личности, степень участия семьи, что позволяет с высокой долей вероятности прогнозировать его результат и выбор наиболее эффективных технологий для достижения максимально возможного варианта речевой реабилитации в кратчайшие сроки.

5. Условиями повышения эффективности будут раннее начало логопедического воздействия, психолого-педагогическая поддержка пациента с целью формирования у него устойчивой реабилитационной мотивации на протяжении всего курса речевой реабилитации, непрерывность и поэтапность многофакторного педагогического процесса, коллективным субъектом которого являются члены МДРК, пациент и его ближайшее окружение.

6. Эффективные логопедические технологии по нормализации внешнего оформления речевого высказывания включают не только восстановление произносительных и голосовых нарушений, но и нивелирование дефектов дыхания и глотания, причем мероприятия по восстановлению витальных функций проводятся на ранних этапах комплексной реабилитации. Тактика логопедического воздействия предусматривает составление персонализированной программы речевой реабилитации с учетом этиопатогенетического принципа и принципа обходного пути.

7. Система педагогического воздействия в рамках комплексной реабилитации развивается от пререабилитации и адаптационных мероприятий через компенсаторные технологии к восстановлению нарушенных функций. Педагогический процесс начинается в стационаре еще до проведения хирургического лечения и продолжается амбулаторно вплоть до достижения максимально возможного результата реабилитации. Для пролонгации коррекционной работы возможно проведение дистанционных занятий.

8. Профилированная модель пререабилитации предполагает гибкое планирование содержания логопедической работы в зависимости от изменений состояния речевой функции в интервалах между этапами хирургического лечения; сокращает сроки педагогического воздействия.

9. Одним из условий эффективности логопедического воздействия является формирование особой реабилитационной мотивации пациента, поэтому в числе рекомендаций для специалистов педагогического звена МДРК предложено дробление процесса речевой реабилитации на короткие этапы, позволяющие

смещать мотивацию от направленности на достижение конечного результата на последовательное преодоление каждого этапа обучения.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Монографии

1. Уклонская, Д.В. Логопедические технологии преодоления дисфагии при приобретенных нарушениях глотания периферического генеза / **Д.В. Уклонская** // Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии. Коллективная монография. – М.: Логомаг, 2020. – С.68-81. (1,2 п.л.).

2. Уклонская, Д.В. Рекомендации для пациентов онкологического профиля с приобретенными нарушениями глотания периферического генеза в стационаре и домашних условиях / Е.В. Косова, **Д.В. Уклонская** // Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии. Коллективная монография – М.: Логомаг, 2020. – С.95-102 (0,7 п.л.) – Доля участия автора 50%.

Научные статьи в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

3. Уклонская, Д.В. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области / **Д.В. Уклонская**, В.Е. Агаева// Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 218-221. (0,4 п.л.). – Доля участия автора 50%.

4. Уклонская, Д.В. Восстановление голосовой функции после удаления гортани: новые возможности и альтернативы / **Д.В. Уклонская** // Педагогика и психология образования. – 2016. – № 1. – С. 37-43. (0,4 п.л.).

5. Уклонская, Д.В. Психологические особенности лиц с удаленной гортанью как фактор успешности реабилитации речевой функции / **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3. – С.353. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 50%.

6. Уклонская, Д.В. Логопедические технологии диагностики речевых расстройств при приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области /**Д.В. Уклонская** // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 109. (0,6 п.л.)

7. Уклонская, Д.В. Факторы успешности речевой реабилитации после операций по удалению опухолей головы и шеи / **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова //Педагогика и психология образования. – 2017. – № 1. – С. 162-168. (0,4 п.л.). – Доля участия автора 50%.

8. Уклонская, Д.В. Нормализация глотания как путь оптимизации логопедического воздействия при челюстно-лицевых дефектах / **Д.В. Уклонская**, В.Е. Агаева //Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – № 55-10. – С. 190-196. (0,4 п.л.) – Доля участия автора 50%.

9. Орлова, О.С. Оптимизация методов коррекционно-педагогического воздействия при нарушениях речи и глотания у лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи /О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская** //Специальное образование. – 2017. – № 3 (47). – С. 122-130. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 50%.

10. Магомед-Эминов, М.Ш. Проблемы и перспективы комплексной психолого-педагогической реабилитации и ресоциализации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова // Специальное образование. – 2018. – № 2 (50). – С. 50-62. (0,7 п.л.). – Доля участия автора 25%.

11. Уклонская, Д.В. Основные направления логопедического воздействия по коррекции нейрогенной дисфагии при парезах и параличах гортани периферического генеза / **Д.В. Уклонская**, Ю.А. Покровская, В.Е. Агаева // Специальное образование. – 2019. – № 3 (55). – С. 92-103. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 33%.

12. Магомед-Эминов, М.Ш. Реабилитационный потенциал пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи: Психолого-педагогический аспект / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Современные наукоемкие технологии. – 2019. – № 11-1. – С. 189-194. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 25%.

13. Уклонская, Д.В. К вопросу об эффективности оказания логопедической помощи лицам после хирургического лечения опухолей головы и шеи / **Д.В. Уклонская**, В.Е. Агаева // Специальное образование. – 2020. – № 1 (57). – С. 84-95. (0,8 п.л.) – Доля участия автора 50%.

14. Уклонская, Д.В. Логопедическая работа по улучшению акустических характеристик звучной речи после трахеопищеводного шунтирования с протезированием у лиц с удаленной гортанью / **Д.В. Уклонская**, Е.В. Косова // Дефектология. – 2020. – 4. – С. 66-74. (0,6 п.л.) – Доля участия автора 50%.

15. Орлова, О.С. Применение мобильного приложения Vocaliру для альтернативной и аугментивной коммуникации в системе реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, О.Д. Минаева // Дефектология. – 2022. – 2. – С. 3-12. (0,6 п.л.) – Доля участия автора 33%.

16. Орлова, О.С. Персонифицированный подход в речевой реабилитации: фокус на пациенте / О.С. Орлова, Е.С. Бердникович, **Д.В. Уклонская** // Специальное образование. – 2022. – 1(65). – С. 20-35. (0,7 п.л.) – Доля участия автора 33%.

17. Уклонская, Д.В. Современные подходы к восстановлению речи при приобретенных расстройствах внешнего оформления высказывания у взрослых: курс на пререабилитацию / **Д.В. Уклонская** // Дефектология. – 2022. – № 5. – С. 70-79. (0,76 п.л.).

Статьи в журналах, индексируемых в международных базах данных научного цитирования

18. Уклонская, Д.В. Некоторые аспекты комплексной реабилитации пациентов с приобретенными дефектами и деформациями орофарингеальной зоны / **Д.В. Уклонская**, Е.В. Косова, М.В. Неклюдова, Д.Н. Решетов, А.А. Уклонская // Бюллетень сибирской медицины. – 2020. – Т. 19. – № 3. – С. 95-100. (0,8 п.л.). – Доля участия автора 20%.

19. Кочурова, Е.О. Применение адаптационного тренинга в ближайший послеоперационный период у пациентов с приобретенными дефектами челюстно-лицевой области / Е.О. Кочурова, Е.О. Кудасова, В.Н. Николенко **Д.В. Уклонская**, О.И. Панферова // Опухоли головы и шеи. – 2021. – 11(4). – С. 35-40. (0,8 п.л.). – Доля участия автора 25%.

20. Орлова, О.С. Ранняя комплексная реабилитация пациента с послеоперационной дисфагией / О.С. Орлова, М.Ш. Магомед-Эминов, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Медицина экстремальных ситуаций. – 2022. – Т. 24. – № 2. – С. 101-105. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 25%.

Статьи в других научных изданиях

21. Уклонская, Д.В. Современные подходы к проблеме восстановления речи у лиц с приобретенными челюстно-лицевыми деформациями / **Д.В. Уклонская**, Е.И. Скворцова // Мир специальной педагогики и психологии: научно-практический альманах. – М., 2016. – С. 151-160 (0,4 п.л.). – Доля участия автора 50%.
22. Magomed-Eminov, M. Psychological factors of success in speech rehabilitation after removal surgeries of head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, D. Reshetov, **D. Uklonskaya**, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya, Yu. Khoroshkova, A. Guretc // *Psycho-Oncology*. – 2017. – Vol. 26. - № S3. – P. 324 (0,04 п.л.). – Доля участия автора 15%.
23. Магомед-Эминов, М.Ш. Направленность мотивации пациентов как фактор успешности речевой реабилитации после операций по удалению опухолей головы и шеи / М.Ш. Магомед-Эминов, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова // *Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы IX Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2017»*, 1–2 июня 2017 г. – М., 2017. – С. 120-123 (0,18 п.л.). – Доля участия автора 33%.
24. Magomed-Eminov, M. Role of affiliative motivation in effectiveness of speech rehabilitation after removal surgeries of head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, D. Reshetov, **D. Uklonskaya**, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya, Yu. Khoroshkova, A. Guretc // *Psycho-Oncology*. – 2018. – Vol. 27. – № S3. – P. 148 (0,048 п.л.). – Доля участия автора 15%.
25. Магомед-Эминов, М.Ш. Восстановление речи в комплексной реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова // *Злокачественные опухоли*. – 2018. – Т. 8. – № 3. – С. 168-169 (0,068 п.л.). – Доля участия автора 25%.
26. Magomed-Eminov, M. Speech therapy in comprehensive rehabilitation and resocialization of patients with head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, O. Orlova, D. Reshetov, **D. Uklonskaya**, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya, V. Agaeva, Yu. Khoroshkova, A. Gurets // *Abstract Book of 29th Congress of Union of the European Phoniaticians*, 13–16 June 2018. – Helsinki, 2018. – P. 222 (0,045 п.л.). – Доля участия автора 15%.
27. Orlova, O. Speech therapy in early stages of rehabilitation after removal surgeries of head and neck tumors / O. Orlova, M. Magomed-Eminov, D. Reshetov, **D. Uklonskaya**, Yu. Khoroshkova // *31th World Congress of the IALP: the Abstarct Book of Poster Presentations*, 18–22 August, 2019. – Taipei, 2019. – P. 124 (0,077 п.л.). – Доля участия автора 20%.
28. Kalinin, M. Comprehensive pedagogical and psychological rehabilitation and resocialization of patients after laryngectomy / M. Kalinin, O. Orlova, M. Magomed-Eminov, D. Reshetov, **D. Uklonskaya**, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya, Yu. Khoroshkova // *5th Congress of European ORL-HNS 2019: poster abstracts*, 29 June–03 July 2019. – Brussels, 2019. – P. 27-28 (0,07 п.л.). – Доля участия автора 15%.
29. Орлова, О.С. Роль реабилитационного потенциала в комплексной психолого-педагогической реабилитации и ресоциализации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / О.С. Орлова, М.Ш. Магомед-Эминов, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Хорошкова // *Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи: тезисы V Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием*, 19–20 сентября 2019 г. – М.: ФГБУ НКЦО ФМБА России, 2019. – С. 127-128 (0,1 п.л.). – Доля участия автора 25%.
30. Магомед-Эминов, М.Ш. Психолого-педагогическая помощь на раннем этапе комплексной реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи /

М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9. - № 3 (S1). – С. 111-112 (0,1 п.л.). – Доля участия автора 25%.

31. Орлова, О.С. Проблемы и перспективы голосовой реабилитации после удаления гортани на постгоспитальном этапе / О.С. Орлова, М.Ш. Магомед-Эминов, **Д.В. Уклонская**, Д.Н. Решетов, А.А. Уклонская, Ю.М. Зборовская // Третий международный форум онкологии и радиологии: материалы форума, 21-25 сентября 2020 г. – М., 2020. – С. 89-90 (0,07 п.л.). – Доля участия автора 20%.

32. Orlova, O. Optimization of methods of voice restoration after larynx removal at post-hospital stage / O. Orlova, **D. Uklonskaya**, D. Reshetov, Yu. Zborovskaya, A. Uklonskaya // Abstract Book of ESPRM Congress, 01-06 May, 2020. – Belgrade, 2020. – P. 408 (0,043 п.л.). – Доля участия автора – 20%.

33. Орлова, О.С. Пути повышения реабилитационного потенциала пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / О.С. Орлова, М.Ш. Магомед-Эминов, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Четвёртый международный форум онкологии и радиотерапии: материалы форума, 20-24 сентября 2021 г. – М., 2021. – С. 104-106 (0,09 п.л.). – Доля участия автора (25%).

34. Magomed-Eminov, M. Rehabilitation potential in verbal communication disorders after surgery of head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, **D. Uklonskaya**, D. Reshetov, A. Uklonskaya, Yu. Zborovskaya, Yu. Pokrovskaya // Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice. – 2021. – Vol. 3. – № S1. – P. 110-111 (0,045 п.л.). – Доля участия автора 20%.

35. Кудасова, Е.О. Методические рекомендации по улучшению адаптивности пациентов с приобретенными дефектами челюстно-лицевой области / Е.О. Кудасова, **Д.В. Уклонская**, Е.В. Кочурова, В.Н. Николенко // Российский стоматологический журнал. – 2020. – Т. 24. – № 6. – С. 416-423 (0,6 п.л.). – Доля участия автора 25%.

36. Уклонская, Д.В. Логопедические технологии улучшения акустических характеристик звучной речи при трахеопищеводном шунтировании с протезированием / **Д.В. Уклонская**, Е.В. Косова // Злокачественные опухоли. – 2020. – Т. 10. – № 3 (S1). – С. 102-103 (0,04 п.л.). – Доля участия автора 50%.

37. Uklonskaya, D. Professionalism of speech pathologist as a member of multidisciplinary team: competence in dysphagia correction / **D. Uklonskaya**, V. Agaeva, Yu. Pokrovskaya // SHS Web of Conferences. – 2020. – Vol. 87. – Art. № 00066. (0,6 п.л.). – Доля участия автора 33%.

38. Магомед-Эминов, М.Ш. Логопедическая работа как значимый аспект ранней комплексной реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Современный ученый. – 2020. – № 4. – С. 35-40. (0,6 п.л.). – Доля участия автора (25%).

39. Уклонская, Д.В. Актуальные проблемы и современные тенденции восстановительного обучения при ограничениях подвижности гортани после хирургического лечения опухолей головы и шеи / **Д.В. Уклонская** // Modern Humanities Success / Успехи гуманитарных наук. – 2021. – 5. – С. 76-83. (0,7 п.л.).

40. Магомед-Эминов, М.Ш. Роль речевой реабилитации в ресоциализации пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, **Д.В. Уклонская**, Ю.М. Зборовская // Злокачественные опухоли. – 2021. – Т. 11. – № 3 (S1). – С. 68-69 (0,075 п.л.). – Доля участия автора 25%.

Учебно-методические пособия

41. Лаврова, Е.В. Нарушения голоса: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Логопедия». Серия: Высшее профессиональное образование. Педагогические специальности / Е.В. Лаврова, О.Д. Коптева, **Д.В. Уклонская**. М., 2006. – 128 с. (7,3 п.л.). – Доля участия автора 33%.

42. Уклонская, Д.В. Восстановление речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области: учебно-методическое пособие / **Д.В. Уклонская**. М., 2017. – 104 с. (5,3 п.л.).

43. Лаврова, Е.В. Нарушения голоса: диагностика, коррекция, профилактика: учебно-методическое пособие / Е.В. Лаврова, **Д.В. Уклонская**, О.Д. Минаева. – М.: ЛОГОМАГ, 2022. – 148 с. (8 п.л.). – Доля участия автора 33%.

Патенты

44. Лелюк, С.А., **Уклонская, Д.В.**, Решетов, Д.Н., Соколова, О.Б., Тимченко, И.В., Хохлов, И.А., Матвеева, С.П. Способ диагностики нейрогенной периферической дисфагии при ограничениях подвижности гортани под контролем трансназальной эндоскопической ларингоскопии Пат. 2748545 С1 Российская Федерация, (51) МПК А61В 1/00 (2006.01); А61В 1/055 (2006.01). / С.А. Лелюк, Д.В. Уклонская – 2020135914; заявл. 02.11.2020., опубл. 26.05.21, Бюл. №15. – 15 с.

45. Калинин, М.Р., **Уклонская, Д.В.**, Решетов, Д.Н., Соколова, О.Б., Агаева, В.Е., Покровская, Ю.А. Способ коррекции нейрогенных нарушений процесса приема пищи периферического генеза при послеоперационных парезах и параличах гортани. Пат. 2723604 С1 Российская Федерация, (52) СПК А61Н 1/00. / М.Р. Калинин, **Д.В. Уклонская**, Д.Н. Решетов. – 2019121109; заявл. 05.07.2019; опубл. 16.06.2019, Бюл. №17. – 16 с.

46. Орлова, О.С., **Уклонская, Д.В.**, Минаева О.Д., Решетов, Д.Н., Косова, Е.В., Матвеева, С.П., Романова, Е.С., Соколова, О.Б., Федина, М.С. Способ реабилитации пациентов с нарушением речевой функции после хирургических вмешательств на гортани и органах артикуляции. Пат. 2775884 С1 Российская Федерация, (51) МПК А61В 5/00 (2006.01); А61Н 1/00 (2006.01) / **Д.В. Уклонская**, О.Д. Минаева – 2022102370; заявл. 02.02.2022; опубл. 11.07.2022, Бюл. № 20. – 17 с.

47. Праздников, Э.Н., Горчак, Ю.Ю., Стаханов, М.Л., Генс, Г.П., Федина, М.С., Овчаров, С.Э., Решетов, Д.Н., Романова, Е.С., **Уклонская, Д.В.**, Матвеева, С.П., Соколова, О.Б. Способ резекции языка и дна полости рта при их опухолевом поражении. Пат.2782328 С1 Российская Федерация, (51) МПК А61Н 5/067 (2006.01); А61В 17/24 (2006.01) / Э.Н. Праздников, Ю.Ю. Горчак, М.Л. Стаханов, Г.П. Генс, М.С. Федина – 2021139669; заявл. 29.12.2021; опубл. 25.10.2022, Бюл. №30. – 8 с.