

Д. В. Уклонская **D. V. Uklonskaya**
Ю. А. Покровская **Yu. A. Pokrovskaya**
В. Е. Агаева **V. E. Agaeva**
Москва, Россия Moscow, Russia

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ
ПО КОРРЕКЦИИ
НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФАГИИ
ПРИ ПАРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ
ГОРТАНИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

**LOGOPEDIC INTERVENTION
AIMED AT CORRECTION
OF NEUROGENIC
DYSPHAGIA IN PARESES
AND PARALYSES
OF THE LARYNX
OF PERIPHERAL GENESIS**

Аннотация. Статья посвящена одному из актуальных направлений комплексной реабилитации — логопедической коррекции дисфагии при приобретенных нарушениях вербальной коммуникации. В рамках исследования освещаются проблемы раннего этапа коррекционно-педагогического воздействия при нейрогенных нарушениях подвижности гортани периферического генеза, которые не только влекут за собой патологию голоса и речевого дыхания, но и нарушают защитную функцию гортани, приводя к расстройствам глотания. Особенности проявления и характер нейрогенных нарушений приема пищи у пациентов онкологического профиля после хирургического лечения опухолей головы и шеи требуют особых подходов к педагогическому воздействию и представляют определенные сложности для коррекции. Целью исследования было выявление характера трудностей, возникающих при нейрогенной периферической дисфагии, и определение пу-

Abstract. The article deals with one of the urgent areas of complex rehabilitation – logopedic correction of dysphagia in acquired disorders of verbal communication. The study highlights the problems of the early stage of rehabilitation-educational intervention in cases of neurogenic disorders of larynx mobility of peripheral genesis which do not only bring about pathology of voice and phonic breathing but also impair the protective function of the larynx, which leads to problems with swallowing. The specific symptoms and the nature of neurogenic disorders of eating in the patients of oncological profile after surgical treatment for head and neck tumors need special approaches to the pedagogical intervention and are difficult for correction. The aim of the study was to find out the problems encountered by patients with neurogenic peripheral dysphagia and to determine the ways of rehabilitation of these disorders in the structure of logopedic work. The fact that the majority of the patients under observation have problems with eating

тей коррекции вышеуказанных расстройств в структуре логопедической работы. Тот факт, что большинство обследованных в послеоперационном периоде испытывает трудности при приеме пищи, убедительно свидетельствует в пользу необходимости коррекции расстройств глотания на раннем этапе комплексной реабилитации. Основные направления коррекционно-педагогического воздействия — активизация глоточных мышц и восстановление координации движений глотки и гортани с опорой на длительный опыт нормального функционирования мышц, участвующих в глотании, дыхании и фонации. Педагогическое воздействие по коррекции нейрогенной дисфагии при периферических парезах и параличах гортани является необходимым направлением логопедической работы в раннем послеоперационном периоде, увеличивает ее эффективность, позволяет добиться стойкого положительного результата, улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: нейрогенная дисфагия; парезы гортани; параличи гортани; комплексная реабилитация; психолого-педагогическая реабилитация; речевые дефекты; нарушения речи; логопедия; взрослые; дисграфия; логопедическое воздействие.

Сведения об авторе: Уклонская Дарья Викторовна, кандидат педагогических наук, доцент.

Место работы: логопед онкологического отделения № 2 (опухолей головы и шеи) негосударственного учреждения здравоохранения «Центральная клиническая больница № 2 имени Н. А. Семашко ОАО „РЖД“» (Москва).

in the post-surgical period bears out the need to restore normal swallowing at the early stage of complex rehabilitation. The main areas of rehabilitation-educational intervention are activation of pharyngeal muscles and coordination of the movements of the pharynx and the larynx falling back on the long experience of normal functioning of the muscles participating in swallowing, breathing and phonation. Pedagogical intervention aimed at rehabilitation of neurogenic dysphagia in cases of peripheral pareses and paralyzes of the larynx is an obligatory part of logopedic work in the early post-surgical period. It increases rehabilitation effectiveness and makes it possible to achieve stable positive results and improves the patient's quality of life.

Keywords: neurogenic dysphagia; pareses of the larynx; paralyzes of the larynx; complex rehabilitation; psychopedagogical rehabilitation; speech defects; speech disorders; logopedics; adults; dysgraphia; logopedic intervention.

About the author: Uklonskaya Dar'ya Viktorovna, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Place of employment: Logopedist, Oncological Department No 2 (Head and Neck Tumors) of the Non-Governmental Healthcare Institution "Central Clinical Hospital No 2 named after N. A. Semashko", Moscow, Russia.

Контактная информация: 128129, Россия, г. Москва, ул. Будаевская, д. 2.
E-mail: d_uklonskaya@mail.ru.

Сведения об авторе: Покровская Юлия Александровна.

Место работы: старший преподаватель кафедры логопедии, Институт специального образования и комплексной реабилитации, Московский городской педагогический университет.

Контактная информация: 119261, Россия, г. Москва, ул. Панфёрова, д. 8, стр. 2.
E-mail: visna@yandex.ru.

Сведения об авторе: Агаева Виктория Евгеньевна.

Место работы: старший преподаватель кафедры логопедии, Институт специального образования и комплексной реабилитации, Московский городской педагогический университет.

Контактная информация: 119261, Россия, г. Москва, ул. Панфёрова, д. 8, стр. 2.
E-mail: vik-2310@yandex.ru.

Периферические парезы и параличи гортани составляют неотъемлемую часть осложнений в хирургии щитовидной и паращитовидных желез, хирургии опухолей головы и шеи, торакальной хирургии. Ведущими причинами ограничений подвижности гортани являются различные виды травм возвратных гортанных нервов [4; 6; 9].

Д. Д. Долидзе, исследуя характер осложнений после хирургического лечения заболеваний щитовидной железы, приводит следующие данные: 3 % нарушений двигательной функции гортани возникают при удалении щитовидной железы. Случаи вы-

About the author: Pokrovskaya Yuliya Aleksandrovna, Senior Lecturer.

Place of employment: Department of Logopedics, Institute of Special Education and Complex Rehabilitation, Moscow City Pedagogical University, Moscow, Russia.

Контактная информация: 119261, Россия, г. Москва, ул. Панфёрова, д. 8, стр. 2.
E-mail: visna@yandex.ru.

About the author: Agaeva Viktoriya Evgen'evna, Senior Lecturer.

Place of employment: Department of Logopedics, Institute of Special Education and Complex Rehabilitation, Moscow City Pedagogical University, Moscow, Russia.

явления злокачественных опухолей щитовидной железы составляют 5,7 %, при последующих операциях по поводу рецидива — 9 %. Растет число двусторонних поражений — параличей обеих половин гортани и сочетаний паралича одной половины с парезом другой [6]. При подобных осложнениях страдает голос, иногда до полной афонии; пациенты жалуются на нарушения дыхания, голосовую утомляемость, поперхивание, различные парестезии в области гортани, першение и постоянное желание откашляться [6; 9], что создает для них трудности не только в процессе вербальной коммуника-

ции, но и зачастую ограничивает трудоспособность. Именно поэтому наряду с задачами эффективного лечения онкологических заболеваний остро встают вопросы психолого-педагогической реабилитации утраченных функций для возвращения пациентов к привычной социальной активности и обеспечения достойного уровня качества жизни [8; 10; 11; 13; 14].

Органы головы и шеи имеют определенные в процессе эволюции биологические функции, а также отвечают за речеобразование. Так, гортань обеспечивает важнейшие для организма дыхательную и разделительную функции; осуществляет голосовую функцию, продуцируя звук; участвует в акте глотания. В послеоперационном периоде у лиц рассматриваемой категории одновременно с речью нарушаются физиологическое и фонационное дыхание, процесс приема пищи. И если большинство специалистов указывает на нарушения физиологического и фонационного дыхания, а также голоса, возникающие при нейрогенных парезах и параличах гортани периферического генеза [4; 5; 6; 9], то на расстройства акта глотания и нарушения защитной функции, сопровождающие ограничения подвижности гортани, практически нет указаний в специальной литературе. Особо отметим, что подробных методических реко-

мендаций по поводу их устранения с использованием методов педагогического воздействия в доступной нам литературе также нет, в то время как основной целью коррекционно-педагогической работы является стимулирование возможностей организма компенсировать дефект. Преимущество такого рода восстановительного обучения пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи очевидно и привлекают неинвазивностью и простотой в использовании.

Наблюдая пациентов онкологического отделения № 2 (опухолей головы и шеи) НУЗ ЦКБ № 2 им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД» в послеоперационном периоде, мы в большинстве случаев отмечали жалобы на трудности при приеме пищи. Это побудило нас провести исследование характера нарушений этого процесса у данного контингента лиц и наметить пути коррекции вышеуказанных расстройств в структуре логопедической работы.

Группу исследуемых составили 56 пациентов с ограничениями подвижности гортани после хирургического лечения новообразований щитовидной железы. Односторонние нарушения были отмечены в 85,7 % случаев (48 пациентов), двусторонние — 14,3 % случаев (8 человек). Все пациенты предъявляли жалобы на различные расстройства акта приема

пищи (неприятные ощущения в процессе приема пищи, боль, поперхивание жидкостью, особенно при увеличении объема глотка, кашель), а также расстройства голосовой функции и дыхания, возникшие в раннем послеоперационном периоде.

Методы коррекционно-педагогического воздействия по устранению расстройств голосовой функции и дыхания при периферических ограничениях подвижности гортани описаны в специальной литературе, однако, как было уже отмечено выше, казалось бы, очевидные нарушения процесса приема пищи продолжают оставаться без внимания [5; 9]. Также достаточно подробно в зарубежной и отечественной литературе описаны методы диагностики и коррекции дисфагии центрального генеза после острых нарушений мозгового кровообращения и травм головного мозга [1; 2; 3; 7; 15]. Но особенности проявления и характер нейрогенных нарушений процесса приема пищи периферического генеза у пациентов онкологического профиля после хирургического лечения опухолей головы и шеи требуют особых подходов к педагогическому воздействию и составляют определенные сложности для коррекции.

Диагноз «злокачественная опухоль», к сожалению, диктует ряд ограничений в применении методов преодоления дисфагии, ши-

роко используемых в логопедической работе с пациентами после ОНМК [11; 12]. Так, мы с осторожностью применяем логопедический массаж (после обсуждения с хирургом-онкологом) и вынуждены отказаться от активной стимуляции, в том числе и с помощью аппаратных методик.

В рамках обследования с учетом современных подходов к комплексной реабилитации были проведены: осмотр оториноларинголога, невролога, логопедическое обследование с аудитивной оценкой голоса и речевого дыхания с использованием шкалы оценки степени голосового расстройства, предложенной Союзом европейских фонiatров (UEP), анкетирование, включающее вопросы на оценку характера нарушений процесса приема пищи, фиброларингоскопия (ФЛС) с оценочной пробой акта глотания, рентгеноскопия глотки и пищевода с барием.

Анкетирование проводилось в раннем послеоперационном периоде (на 2—4 день после проведения хирургического вмешательства) с целью оценки степени проявления дисфагии (трудности жевания или глотания твердой пищи и жидкостей: поперхивания, ощущение «застревания» в глотке, болевые ощущения; эмоциональные ощущения во время еды; изменения веса; консистенция принимаемой пищи; состоя-

ние полости рта и зубного ряда).

После завершения логопедической коррекции акта глотания с целью оценки эффективности проведенных мероприятий подобный диагностический блок исследований проводился повторно.

Большинство из опрошенных в раннем послеоперационном периоде придавали первостепенное значение именно проблемам с приемом пищи, что убедительно доказывает необходимость коррекционно-педагогической работы по восстановлению глотания в рамках комплексной психолого-педагогической реабилитации этой категории пациентов, причем на самых ранних этапах послеоперационного периода.

Бригадой специалистов для каждого из пациентов был разработан план реабилитации, где одним из ведущих направлений является логопедическое воздействие. В индивидуальную программу речевой реабилитации были включены не только мероприятия по нормализации голоса и речевого дыхания с использованием модифицированной методики Е. В. Лавровой [5; 9], но и специальная коррекционно-педагогическая работа, направленная на нивелирование нарушений глотания при приобретенных нейрогенных расстройствах процесса приема пищи периферического генеза.

Основной целью педагогиче-

ского воздействия была активизация глоточных мышц и восстановление координации движений глотки и гортани. Коррекция приобретенных нарушений проводилась с опорой на длительный опыт нормального функционирования мышц, участвующих в акте глотания, что позволяло строить восстановительное обучение с учетом ранее закрепленных, стойко упроченных навыков.

Активная деятельность в послеоперационном периоде позволяет больному отвлечься от тяжелых мыслей, а достигнутые улучшения вселяют уверенность в себя, надежду на успех, корректируя тем самым эмоциональную сферу пациента. Тем не менее на протяжении всего курса логопедических занятий мы считаем необходимым проводить беседы, направленные на оказание эмоциональной поддержки и формирование стремления к скорейшей реабилитации утраченных функций. Основной лейтмотив проводимых бесед — установка на сокращение сроков реабилитации, возможное быстрое включение в активную жизнь, возвращение к выполнению привычных обязанностей или приближение к ним.

Известно, что у соматически ослабленного организма снижены возможности к спонтанной компенсации, и это ведет к формированию патологических стереотипов. Несмотря на то, что раннее

проведение занятий сопряжено с некоторыми трудностями, обусловленными течением процесса заживления послеоперационной раны, необходимо начинать их в возможно ранние сроки, чтобы предотвратить формирование патологических привычек, а также помочь больному адаптироваться к новому состоянию, приспособиться к питанию через естественные пути и добиться скорейшего восстановления утраченных навыков.

Одним из важных принципов, на котором строится работа с данным контингентом, является дозировка нагрузки. Поскольку астенизация больного после перенесенной операции еще более углубляется по мере усложнения степени дисфагии, мы проводили занятия в щадящем режиме, давая нагрузку дробно, постепенно увеличивая время занятий, одновременно усложняя материал и осуществляя преемственность этапов восстановления нарушенных функций. Так, в день проводили 2—3 коротких занятия по 3—7 минут с перерывами не менее 30 минут.

Учитывая сложность дефекта и его прямую зависимость от объема хирургического вмешательства, а также психологические особенности обучающегося, мы работали с каждым пациентом индивидуально, осуществляя строго дифференцированный подход

при коррекции нарушений в каждом конкретном случае. Следует отметить, что первые успехи пациента и видимые доказательства эффективности проделанной работы стимулируют дальнейшее желание работать и значительно улучшают психологическое состояние.

Нивелирование нейрогенных нарушений процесса приема пищи периферического генеза методами педагогического воздействия осуществлялось посредством следующих этапов.

1. Подготовительный:

– предоперационный (установление контакта, оценка речевого статуса, тренировка физиологически обусловленного фонационного дыхания, беседы, направленные на формирование мотивации к реабилитации);

– послеоперационный (анкетирование, логопедическое обследование, дальнейшая тренировка физиологически обусловленного фонационного дыхания и дифференциации ротового и носового выдоха, рекомендации по питанию (консистенция пищи) и беседы, направленные на оказание поддержки и формирование мотивации пациента к реабилитации).

2. Этап активных тренировок (восстановление функциональной активности мышц, участвующих в акте глотания, с помощью статической и динамической артикуляционной гимнастики; бесе-

ды, направленные на дальнейшее улучшение мотивации к реабилитации).

3. Закрепление восстановленных навыков и формирование устойчивого стереотипа «безопасного» глотания (координация глотания, фонации и дыхания), вокальные упражнения с применением гласных первого ряда изолированно и в сочетаниях (при выраженных голосовых нарушениях предлагалось беззвучное артикулирование), беседы, направленные на улучшение мотивации к реабилитации.

Для нормализации фонационного дыхания в предоперационном периоде предлагаются упражнения для развития брюшного типа дыхания (на вдох — стенку живота следует выдвигать вперед, «надуть живот»; на выдох — живот втягивается).

Комплекс упражнений рекомендуется выполнять 2—3 раза в день. Каждое упражнение — 4 раза за прием.

1. Вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный).

2. Вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно).

3. Вдох через одну половину носа, выдох через другую (попеременно).

Также рекомендуется контролировать дыхание при ходьбе. Во время ходьбы в среднем темпе дышать только через нос, выпол-

няя на каждые 3 шага один вдох и на каждые 4 шага — выдох. Постепенно следует удлинять продолжительность выдоха.

В послеоперационном периоде, продолжая закреплять навык физиологически обоснованного дыхания, следует увеличить количество подходов для выполнения до 5—6 в день и добавить упражнения на дифференциацию ротового и носового выдоха:

- 1) вдох через нос, выдох через рот;
- 2) вдох через рот, выдох через нос.

Одновременно с дыхательными упражнениями рекомендуется до 12 раз в день выполнять «сухой» глоток (рот открыт, язык поднят вверх, прижат к переднему участку твердого нёба; зубы сжать, проглотить слюну, фиксируя положение языка). Упражнение рекомендуется для повторения до 5 раз за прием. Глотательное движение необходимо совершать с тактильным контролем ладони на передней поверхности шеи.

С целью уменьшить физический и психологический дискомфорт пациента в процессе приема пищи на первых этапах речевой реабилитации активно используется диетический метод, представляющий собой разработку индивидуальных рекомендаций касательно консистенции пищи.

На этапе активных тренировок (после снятия швов) приступаем к нормализации тонуса мышц мягкого нёба, глотки и гортани. Из-

вестно, что мягкое небо, глотка и гортань функционально тесно связаны. Благодаря богатой афферентной иннервации небная занавеска и задняя часть глотки являются центральным вокальным рефлекторным возбудителем, а малейшее изменение положения мышц мягкого неба влияет на положение голосовых складок. Поэтому для активизации мышц глотки и гортани мы использовали следующие упражнения.

Упражнения для активизации глоточных мышц и мышц мягкого неба

Комплекс упражнений выполнялся 5—6 раз в день, каждое из упражнений повторялось по 4 раза.

1. Рот открыт, максимально высушить язык изо рта, зафиксировать позицию, отпустить.

2. Рот открыт, язык максимально отодвинуть назад, к глотке, удержать позицию, отпустить.

3. Имитация зевания.

4. Имитация полоскания горла (без жидкости).

5. Имитация свиста.

Параллельно с вышеуказанной работой проводились мероприятия по активизации мягкого неба и мышц глотки путем проговаривания гласных А и Э изолированно и в сочетаниях. Нагрузку также определяли индивидуально, совместно с лечащим врачом, опираясь на данные о соматическом состоянии паци-

ента. В среднем рекомендовали повторение этого упражнения 2—3 раза за прием, возобновляя тренировки 8—12 раз в день.

Содержанием этапа закрепления восстановленных навыков и формирования устойчивого стереотипа «безопасного» глотания (координация глотания, фонации и дыхания) было повторение упражнения «сухой» глоток на задержке дыхания с последующими вокальными упражнениями (возможно как звучное произнесение гласных первого ряда изолированно и в сочетаниях, так и беззвучная артикуляция при выраженных голосовых нарушениях). В упражнениях рекомендовалось использовать ранее выработанный навык брюшного дыхания. Чтобы расширить диапазон, увеличить силу голоса, развить интонацию, упражнения модифицируют: меняют тональность, поют тихо, громко (при наличии звучного голоса).

В результате проведенной в течение 1—2 месяцев работы большинство пациентов (48 человек, т. е. 85,7 %) отметили восстановление процесса глотания. Это подтверждено данными контрольного обследования, проведенного по ранее описанной схеме. У 8 человек (14,3 %), среди которых было 6 человек с двусторонними ограничениями подвижности гортани, было отмечено значительное улучшение

акта глотания.

Надо отметить, что логопедическая работа по устранению нарушений голоса занимала более длительное время и на момент устранения дисфагии лишь 24 человека (42,9 %) достигли нормальных показателей голосовой функции, причем 16 из них за счет восстановления подвижности гортани и 8 — в результате компенсации дефекта за счет активизации здоровой стороны гортани, частично восполнившей функции риновоположной.

Таким образом, коррекционно-педагогическая работа по устранению нарушений акта глотания, сопутствующих голосовым расстройствам в результате нейрогенных ограничений подвижности гортани периферического генеза, является необходимым направлением логопедической коррекции при устранении вышеуказанного речевого дефекта. Педагогическое воздействие, проведенное на ранних этапах, позволяет добиться стойкого положительного результата, повысить уровень качества жизни, а также улучшить психологическое состояние пациента, его настроение, вселить надежду на успех продолжающейся логопедической коррекции нарушений голоса и фонационного дыхания.

Литература

1. Авдюнина, И. А. Нарушения глотания при заболеваниях нервной системы /

И. А. Авдюнина // Реабилитация неврологических больных / под ред. А. С. Кадыкова, Л. А. Черниковой, Н. В. Шахпорновой. — М., 2008. — С. 393—445.

2. Балашова, И. Н. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации / И. Н. Балашова, А. А. Белкин, Д. Н. Зуева. — М., 2013.

3. Быкова, К. М. Современные подходы к пониманию дисфагии / К. М. Быкова, Ю. А. Покровская // Мир специальной педагогики и психологии : науч.-практ. альм. — 2015. — Вып. 4. — С. 29—45.

4. Василенко, Ю. С. Голос. Фонологические аспекты / Ю. С. Василенко. — М. : Дипак, 2013.

5. Дмитриев, Л. Б. Фонология и фонопедия / Л. Б. Дмитриев, Л. М. Телелева, С. Л. Тапталова, И. И. Ермакова. — М. : Медицина, 1990. — С. 272.

6. Долидзе, Д. Д. Хирургическое лечение больных с заболеваниями щитовидной железы (специфика, методы, оптимизация результатов лечения) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / Долидзе Давид Джонович. — М., 2005.

7. Камаева, О. В. Мультидисциплинарный подход ведения и ранней реабилитации неврологических больных : метод. пособие. Ч. 3. Логопедия. Глотание / под ред. проф. А. А. Скоромца. — СПб., 2003.

8. Кицманюк, З. Д. Реабилитация больных после хирургического лечения опухолей области головы и шеи / З. Д. Кицманюк, Л. Н. Балацкая // Сиб. мед. журн. — 1998. — Т. 1. — № 3—4. — С. 29—31.

9. Лаврова, Е. В. Логопедия. Основы фонопедии / Е. В. Лаврова. — М. : Академия, 2007.

10. 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.

11. Уклонская, Д. В. Восстановление речи при приобретенных анатомических

дефектах и деформациях челюстно-лицевой области / Д. В. Уклонская. — М. : ЛОГОМАГ, 2017.

12. 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.

13. 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. — Issue Supplement S3. — P. 148. — DOI: 10.1002/pon.4875.

14. Magomed-Eminov, M. Psychological factors of success in speech rehabilitation after removal surgeries of head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, D. Uklonskaya, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya, V. Agaeva, Yu. Khoroshkova, A. Guretc // *Psycho-oncology*. — 2017. — Vol. 26. — Issue Supplement S3. — P. 324. — DOI: 10.1002/pon.4477.

15. Logemann, Jeri A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. — Austin, Tex : PRO-ED, 1998.

References

1. Avdyunina, I. A. Narusheniya glotaniya pri zabolevaniyakh nervnoy sistemy / I. A. Avdyunina // *Reabilitatsiya nevrologicheskikh bofnykh / pod red. A. S. Kadykova, L. A. Chernikovoy, N. V. Shakhporonovoy*. — M., 2008. — S. 393—445.

2. Balashova, I. N. Diagnostika i lechenie disfagii pri zabolevaniyakh tsentral'noy nervnoy sistemy. Klinicheskie rekomendatsii / I. N. Balashova, A. A. Belkin, D. N. Zueva. — M., 2013.

3. Bykova, K. M. Sovremennye podkhody k ponimaniyu disfagii / K. M. Bykova, Yu. A. Pokrovskaya // *Mir spetsial'noy pedagogiki i psikhologii : nauch.-prakt. al'm.* — 2015. — Vyp. 4. — S. 29—45.

4. Vasilenko, Yu. S. Golos. Foniatricheskie aspekty / Yu. S. Vasilenko. — M. : Dipak,

2013.

5. Dmitriev, L. B. Foniatriya i fonopediya / L. B. Dmitriev, L. M. Teleyaeva, S. L. Taptapova, I. I. Ermakova. — M. : Meditsina, 1990. — S. 272.

6. Dolidze, D. D. Khirurgicheskoe lechenie bofnykh s zabolevaniyami shchitovidnoy zhelezy (spetsifika, metody, optimizatsiya rezul'tatov lecheniya) : dis. ... d-ra med. nauk : 14.00.27 / Dolidze David Dzhonovich. — M., 2005.

7. Kamaeva, O. V. Mul'tidisciplinarnyy podkhod vedeniya i ranney reabilitatsii nevrologicheskikh bofnykh : metod. posobie. Ch. 3. Logopediya. Glotanie / pod red. prof. A. A. Skoromtsa. — SPb., 2003.

8. Kitsmanyuk, Z. D. Reabilitatsiya bofnykh posle khirurgicheskogo lecheniya opukholey oblasti golovy i shei / Z. D. Kitsmanyuk, L. N. Balatskaya // *Sib. med. zhurn.* — 1998. — T. 1. — № 3—4. — S. 29—31.

9. Lavrova, E. V. Logopediya. Osnovy fonopedii / E. V. Lavrova. — M. : Akademiya, 2007.

10. Orlova, O. S. Optimizatsiya metodov korrektsionno-pedagogicheskogo vozdeystviya pri narusheniyakh rechi i glotaniya u lits posle khirurgicheskogo lecheniya opukholey golovy i shei / O. S. Orlova, D. V. Uklonskaya // *Spetsial'noe obrazovanie*. — 2017. — № 3 (47). — S. 122—130.

11. Uklonskaya, D. V. Vosstanovlenie rechi pri priobretennykh anatomicheskikh defektakh i deformatsiyakh chelyustno-litsevoy oblasti / D. V. Uklonskaya. — M. : LOGOMAG, 2017.

12. Uklonskaya, D. V. Normalizatsiya glotaniya kak put' optimizatsii logopedicheskogo vozdeystviya pri chelyustno-litsevykh defektakh / D. V. Uklonskaya, V. E. Agaeva // *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*. — 2017. — № 55—10. — S. 190—196.

13. 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. — Issue Supplement S3. — P. 148. — DOI: 10.1002/pon.4875.

14. Magomed-Eminov, M. Psychological factors of success in speech rehabilitation after removal surgeries of head and neck tumors / M. Magomed-Eminov, D. Uklon-skaya, O. Sokolova, Yu. Pokrovskaya,

V. Agaeva, Yu. Khoroshkova, A. Guretc // Psycho-oncology. — 2017. — Vol. 26. — Issue Supplement S3. — P. 324. — DOI: 10.1002/pon.4477.

15. Logemann, Jeri A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. — Austin, Tex : PRO-ED, 1998.