

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**імені В.Г. КОРОЛЕНКА**

**ВІДНОВЛЕННЯ ЗВУКОВОГО МОВЛЕННЯ**  
**І ГОЛОСУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ**  
**АБО ВИДАЛЕННЯ ГОРТАНІ**

**ББК – 74.37**

**УДК - 616.21 – 616.22 – 089.85**

Навчальний посібник із спецкурсу «Відновлення звукового мовлення і голосу у хворих після резекції або видалення гортані» для студентів IV курсу психолого-педагогічного факультету спеціальності “Логопедія. Дефектологія” / Упорядники О.В.Харченко, О.О.Григор’єва. – Полтава, 2004. – 57 с.

*Рекомендовано до друку вченою радою Полтавського державного педагогічного університету імені В.Г. Короленка, протокол № 12 від 29.04 2004*

**Рецензенти:**

**О. М. Проніна** – доктор медичних наук, професор кафедри топографічної анатомії і оперативної хірургії Української медичної стоматологічної академії.

**Е.Ф. Палажченко** – кандидат медичних наук, доцент кафедри природничих і математичних дисциплін Полтавського державного педагогічного університету ім. В.Г. Короленка.

Літературний редактор **О.О.Григор’єва**

## ЗМІСТ

Пояснювальна записка	4
Історичний аспект вивчення проблеми відновлення звучного голосу після видалення гортані	5
Рентгенологічне дослідження механізму стравохідного голосу	8
Деякі фізичні характеристики звуків мовлення при стравохідному голосі	11
Спектральний аналіз голосних звуків стравохідного голосу	13
Особливості зовнішнього дихання після тотального видалення гортані	15
Психічні порушення, які виникли після ларінгектомії або резекції гортані	20
Методика відновлення звучного мовлення після ларінгектомії	37
Особливості зовнішнього дихання і відновлення голосу після резекції гортані	46
Соціальна адаптація хворих, що перенесли ларінгектомію або резекцію гортані	50
Висновок	57
Література	57

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Відновлення голосу після резекції або видалення гортані є одним із важливих заходів реабілітації здоров'я і повернення людини до повноцінного життя.

Навчальний посібник із спецкурсу «Відновлення звукового мовлення і голосу у хворих після резекції або видалення гортані» призначений для підготовки майбутніх педагогів-дефектологів.

У посібник включені основні модифікації методів відновлення голосу і варіанти їх застосування. Рекомендовані спеціальні вправи в залежності від характеру хірургічного втручання, соматичного і психічного стану пацієнтів. Розглянуто реабілітаційні заходи, що до трудової діяльності, а також взаємодії з соціальним середовищем.

Посібник допоможе студентам оволодіти і більш глибоко засвоїти матеріал в процесі спеціального курсу.

## **ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПО ВІДНОВЛЕННЮ ЗВУКОВОГО ГОЛОСУ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ГОРТАНІ**

Рак гортані являє собою порівняно часте захворювання серед злоякісних пухлин. Рання діагностика, своєчасне комплексне лікування (променева терапія, хірургічне лікування, хіміотерапія) дозволяють поліпшити прогноз життя і працездатності хворого.

Хірургічні втручання з приводу раку гортані стали проводитися наприкінці XIX сторіччя. У 1873 р. Т. Бильрот зробив перше тотальне видалення гортані (ларінгектомія). Вперше резекція гортані зроблена Санде в 1863 р. У Росії першу операцію видалення гортані зробив у 1873 р. П. Я. Мультановский (через кілька місяців після Т. Бильрота), а 7 травня 1875 р. Н. В. Склифосовский зробив резекцію гортані.

Усуваючи новоутвір, операція тотального видалення гортані водночас порушує функцію дихання (трахея роз'єднується з глоткою, подих відбувається через трахеостому) і позбавляє хворого голосу при цілості артикуляційного апарату і нейрофізіологічних механізмів вимови.

Питання про можливість відновлення голосу в осіб, що перенесли ларінгектомію, обговорювався наприкінці XIX сторіччя. А. Ф. Іванов у 1910 р. відзначав, що завершальним етапом після тотального видалення гортані є проведення «спеціального навчання в ранньому післяопераційному періоді», тому що «вимова ларінгектомованих може бути доведена до високого ступеня досконалості і близько наближатися до нормального». Під таким навчанням розуміють створення компенсаторного фонаційного органу і радикальної перебудови зв'язків центральної нервової системи, що існували до операції. Цим новим функціональним утворенням є стравохідний голос, який називають псевдоголосом, помилковим голосом або голосом-заступником.

Вивчення проблеми відновлення голосу після часткового і повного видалення гортані знаходиться на стику фізіології і клінічних дисциплін (ЛОР- онкологія, психіатрія, фоніатрія), а також спеціальної педагогіки.

Вперше методику утворення стравохідного голосу запропонував німецький фоніатр Н. Гутцман у 1910 р., а чеський фоніатр М. Зеєман одним із перших у 1922 р. зробив рентгенологічне дослідження з метою вивчення створення стравохідного голосу й у 1924 р. запропонував методику навчання стравохідному голосу. У 1950-1960 р. розвиток рентгенівської техніки дозволив провести більш поглиблені дослідження механізму утворення стравохідного голосу. Багатьма авторами констатовані моменти ковтання повітря в стравохід і встановлена наявність псевдоголосової щілини у всіх володіючих стравохідним голосом. У Радянському Союзі рентгенографічні дослідження механізму утворення стравохідного голосу були початі С.Л. Таптаповою разом з О. С. Антоновим (1962). Встановлено локалізацію псевдоголосової щілини на рівні  $C_v$ — $C_{VI}$  в осіб, що добре володіють стравохідним голосом. Телерентгенокінематографічні дослідження фонації після ларінгектомії проведені Е. И. Рабкіним і С. Л. Таптаповою (1970).

Як указує М. И. Светлаков (1964), утворення стравохідного голосу являє собою «складний компенсаторний акт, у якому головну роль відіграє нервова діяльність». Мова йде про утворення у хворих, що перенесли ларінгектомію, псевдоголосової щілини в стравоході і відтворення її довільного змикання, що є основою появи стравохідного голосу. Складність утворення стравохідного голосу визначається тим, що його створення потребує відтворення нових умовно-безумовних рефлексорних зв'язків і відбувається в умовах складної перебудови функції зовнішнього подиху і впливу на хворих ряду зовнішніх чинників соматогенного і психогенного характеру. До них відносять раковий процес, променеву терапію, хірургічне втручання і хіміотерапію з їхньою побічною дією, психічна травма, обумовлена захворюванням раком і втратою звучного мовлення.

У 1960-1970 р. у Франції, Італії, Канаді, США відкриті спеціальні заклади, де проводяться курси відновлення звучного мовлення. Організуються асоціації ларингектомованих, що видають літературу з цієї тематики.

Однією з фундаментальних робіт є опублікована в 1974 р. у Парижі книга F. Le Nuche «Голос без гортані», що являє собою посібник із відновлення звучного мовлення після ларингектомії. У роботі викладаються класичні методи Гутцмана і Зеємана. Автор описує особливості дихання в цієї групи пацієнтів, а також рекомендує принципи відтворення стравохідного голосу в стилі, коротких слів, що починаються із звуків П, Т, К. Він докладно зупиняється на труднощах при тренуванні, а також на можливих труднощах при переході на спілкування стравохідним голосом. У книзі вказується, що мінімальний термін, необхідний для занять, 6 місяців. Викладаються гігієнічні рекомендації пацієнтам. Ніяких указівок для корекції трахеального дихання не дається. Нарешті автор вказує, що «жодна з наявних електрогортаней не могла дати звуку голосу, схожого з нормальним». Він не рекомендує використовувати електрогортані, тому що, на його думку, вони не можуть замінити вільного спілкування звучним мовленням. Описані автором методи широко застосовуються у Франції, Іспанії, Італії.

G. Nevillet-Martin (1982) надає опис традиційних методів утворення стравохідного голосу, а також результати досліджень механізму стравохідного голосу і його акустичних параметрів. На підставі власних досліджень автор підтверджує у всіх володіючих звучним мовленням наявність на рівні Cv—Cv, іноді Cvii псевдоголосової щілини довжиною до 3. см. На його думку, при стравохідному голосі фонація відбувається за міоеластичним принципом. При акустичних дослідженнях стравохідного голосу встановлене зниження основного тону, неможливість тривалого проголошення гласного звука (до 1/2 хвилини), а також збільшення пауз між словами, тобто уповільнення загального темпу звучного мовлення. При

визначенні формантного складу стравохідного голосу і порівнянні його з нормальним автор відзначає збіг основних гармонік. Він вказує, що 45% хворих для оволодіння стравохідним голосом мали потребу в повторному курсі занять, тому що в ранньому післяопераційному періоді вони знаходилися в депресивному стані, що перешкоджало відновленню звучного мовлення.

Результати дослідження механізмів стравохідного голосу, зовнішнього дихання і його фізичних характеристик, отримані в лабораторії функціональних і інших видів порушень мовлення Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної і судової психіатрії ім. В. П. Сербського, дозволили розробити й обґрунтувати методику відтворення звучного мовлення і запропонувати її модифікації. Як показали 25-літній клінічний досвід і катамнестичні спостереження, комплексна робота фахівця з відновлення звучного мовлення, лікаря лікувальної фізкультури і психіатра дає ефект у 88% випадків. Отримані результати дозволяють вважати за можливе для цієї категорії хворих відновлення особистості до рівня соціальної активності.

## **РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ СТРАВОХІДНОГО ГОЛОСУ**

У 60-70-х роках у дослідженнях механізму стравохідного голосу намітився більш диференційований підхід до досліджуваного питання. Так, М. Van den Berg (1957), М. Mitrovic і Е. Zeitler (1968), поряд із стравохідним, виділяють фарингеальний голос і описують механізм його виникнення, базуючись на даних рентгенокинематографічного дослідження. На їхню думку, фарингеальна фонація виникає при перебільшеній артикуляції: звук фарингеального голосу утворюється внаслідок прилягання м'якого піднебіння до задньої стінки глотки і піднятого положення кореня язика.

С.Л. Таптаповой разом із И.Е. Рабкіним було проведено телерентгенокінематографічне дослідження фонації у хворих, що опанували звучне



мовлення після видалення гортані. Обстежено 15 чоловік, із котрих 3 (перша група) не володіли звучною мовою, 2 (друга група) говорили фарингеальним голосом, 5 (третья група) володіли звучним мовленням задовільно і 5 (четверта група) - вільно. З обстежених четвертої групи двоє перенесли пластичні операції з приводу ушивання фарингостоми і дефекту шийного відділу стравоходу.

Як показало телерентгенокінематографічне дослідження, у хворих псевдоголосова щілина розташована на рівні  $C_v$ — $C_{VI}$ . При фонації добре видно зближення передньої і задньої стінок стравоходу довжиною до 3,5 см. Нижче псевдоголосової щілини виявлений повітряний пухир, особливо чітко виражений при тривалому проголошенні голосних і йотованих звуків. Телерентгенокінематографічні кадри в цих хворих ідентичні кадрам фонації в хворих, що не перенесли додаткових операцій із приводу ушивання фарингостоми. Добре виражений крикофарингеальний сфінктер. При фонації, долаючи його опір, повітря проходить через псевдоголосову щілину.

Рентгенотелевізійне просвічування дозволяє вибрати оптимальну проекцію, при якій чітко видна псевдоголосова щілина, і робить тривале динамічне дослідження, тому що в порівнянні зі звичайною рентгеноскопією доза проникаючого випромінювання в 25 разів нижча. Найбільш важливі моменти фіксуються при рентгенокінозйомці. Дослідження проводилися на рентгенотелевізійній установці голландської фірми «PHILIPS», оснащеної 9-дюймовим електронно-оптичним підсилювачем яскравості зображення (посилення в 3000 разів).

Документація рентгенотелевізійного зображення здійснювалася методом рентгенокінозйомки 35-міліметровою кінокамерою «Ariflex(Австрія)» на флюорографічну плівку РФ-3, сенсibilізовану до жовто-зеленого спектра. Швидкість зйомки 24, а в ряді випадків 48 кадрів у секунду. Рентгенотелевізійне просвічування проводилося при напрузі 35-40 Кв і силі току 0,02-0,1 ма, рентгенокінозйомка у режимі 40-45 кВ і 3-5 мА.

Методика рентгенологічного дослідження полягала в тому, що хворому пропонували проковтнути ковток барієвої суспензії, роздробленої механічним змішувачем системи «Воронеж». Під контролем рентгенотелевізійного екрана встановлювали ретельне обмазування стінок стравоходу. Хворого досліджували в положенні стоячи.

Після ковтання барієвої суспензії хворим, що обстежувалися, пропонували вимовити звуки К, Т, П, Б, Д, Ш, С, потім фрази «Кіт катає клубок», «Кім годує курей», потім сполучення голосного з йотованим звуком («ай-йй-йй», «ой-ей-ей»).

При обстеженні хворих, що не навчалися стравохідному голосу і не оволоділи ним, і тих, що не проходили навчання і володіють мовою пошепки, на кінокадрах видно значні безладні рухи стравоходу, не пов'язані з артикулюванням звуків, слів, фраз.

У хворих, що володіють фарингеальною фонацією, спостерігаються прилягання м'якого піднебіння до задньої стінки глотки і підйом кореня язика при вимові як голосних, так і приголосних звуків.

За даними К. А. Молчановой (1967), для навчання звучним мовленням таких хворих велике значення має створення щілини глотково-стравохідного шляху потрібного діаметра. Звичайно при занадто малому діаметрі щілини не досягається «достатньо резонуючий ефект». Великий діаметр також негативно впливає на створення стравохідного голосу.

Особливо значимою, є та обставина, що в осіб, що тільки задовільно володіли звучним мовленням, основною причиною, що перешкоджає одержанню більш високих результатів, були патологічні зміни психіки, що спостерігалися в період проходження курсу терапії, а не які-небудь анатомо-фізіологічні порушення вазоконстрікторного апарату. У той же час спостерігалися тимчасові психічні аномалії.

Телерентгенокінематографічні дослідження хворих, що володіють шепотним мовленням, фарингеальним і стравохідним голосом, показали, що в осіб, що перенесли тотальне видалення гортані, що володіють шепотним мовленням,

у стравоході псевдоголосова щілина і повітряний пухир не визначаються. При мовленні пошепки на телерентгенокінокадрах чітко видно безладні рухи стравоходу, не пов'язані з артикуляцією мовних звуків, слів.

При обстеженні осіб, що володіють фарингеальним голосом, на телерентгенокінокадрах чітко відзначалися прилягання м'якого піднебіння, піднесеність кореня язика до задньої стінки глотки, ідентичні таким при вимові приголосних і голосних звуків, складів і фраз. При цьому в стравоході не спостерігалось утворення псевдоголосової щілини і повітряного пухиря. Як і при мовленні пошепки мали місце безладні рухи стравоходу, не пов'язані з вимовою звуків, складів, фраз.

В усіх обстежених при підготовці до фонації чітко диференціювалися рухи крикофарингеального сфінктера перед появою звука, тобто перед змиканням псевдоголосової щілини. Як показали дані досліджень, в осіб, що перенесли операції з приводу ушивання фарингостоми й оволодівших стравохідним голосом, на телерентгенокінокадрах чітко фіксуються рухи крикофарингеального сфінктера і псевдоголосова щілина розташовується на рівні  $C_v$ — $C_{vi}$ . Отримані телерентгенокінокадри дозволяють вважати, що при стравохідному голосі фонація здійснюється за міоеластичним принципом.

## **ДЕЯКІ ФІЗИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗВУКІВ МОВЛЕННЯ ПРИ СТРАВОХІДНОМУ ГОЛОСІ**

Акустичне дослідження звуків звичайного розмовного мовлення проведено багатьма авторами. Праці Л. А. Варшавського і И. М. Литвак (1955), Л. А. Варшавського і Л. А. Чистович (1959), Г. Фанта (1964), Д. Фланагана (1968) і ін. дозволили одержати чітке уявлення про акустичну структуру мовних звуків.

Характер звучання стравохідного голосу буває різноманітним. При гарному стравохідному голосі звучне мовлення характеризується достатньою силою, розбірливістю і діапазоном, хоча на трохи і відрізняється від нормального. Звуки ж мовлення характеризують рядом фізичних параметрів:

тривалістю вимови, висотою, силою, тембром. Вивчення деяких фізичних параметрів стравохідного голосу і порівняння їх із відповідними параметрами нормального проводилося Н.Г. Міловановим (1970), а також А. В. Дмитрієвим (1979).

Вони визначали: 1) тривалість звучання окремо вимовлених голосних і приголосних; 2) час проголошення фраз і тривалість пауз у фразах; 3) частоту (висоту) основного тону голосних і деяких дзвінких приголосних звуків, вимовлених як окремо, так і у фразах; 4) інтенсивність кожного звука в словах при спонтанній вимові фраз.

Були записані на магнітофон і проаналізовані голоси 9 хворих, що перенесли тотальне видалення гортані, із котрих 6 володіли стравохідним голосом добре, 3 - посередньо. Для зіставлення був використаний нормальний голос чоловіка 50 років. Програма для всіх, що обстежуються, була однаковою.

Запис проводився на студійному магнітофоні типу МЭЗ-28, що має частотно-амплітудну характеристику 50 Гц - 15 кГц, рівномірну в межах діапазону 2 дБ. Використовувався конденсаторний мікрофон МК-5 із лінійною характеристикою від 40 Гц до 15 кГц. Відстань від пацієнта до мікрофона була постійною - 35 см.

Для аналізу звуків голосу користувалися осцилографом Н-102 із шлейфом, що має резонансну частоту 10 кГц для осцилограми звука і 100 Гц для лінії інтенсивності і лінії прямування основного тону. На осцилограмі реєструвалися три параметри звука: угорі - крива інтенсивності, що обгинає, з середини - осцилограма звука, знизу - крива зміни висоти основного тону, на самому сподові - оцінка часу (кожний розподіл дорівнює 2 мс). Визначення частоти основного тону, тобто першої гармонії, проводилося шляхом підрахунку числа коливань в одиницю часу.

Укорочення голосних звуків у фразах при стравохідному голосі варто зв'язати з тим, що набір повітря під час промови відбувається за рахунок

утягування повітря в стравохід, і його запас, природно, обмежений. Часте поповнення запасу повітря подовжує час пауз.

Зниження звучання стравохідного голосу пояснюється тим, що псевдоголосова щілина збуджує періодичні коливання повітря (тонові звуки) із частотою, звичайно значно більшою, ніж частота звуків, що виникають у результаті вібрації голосових складок. Зниження інтенсивності звука обумовлене обмеженими можливостями створення високого повітряного тиску під псевдоголосовою щілиною.

Дослідження показали, що:

1) співвідношення розподілу часу між вимовою звуків і паузами у фразах при стравохідному голосі відрізняється від норми. Паузи завжди подовжені, а вимова звуків укорочена;

2) якщо час вимови голосних, узятих окремо в нормі, може практично тягтися декілька секунд, то при стравохідному голосі воно дуже укорочене і займає в середньому  $\frac{1}{2}$  с ;

3) при стравохідному голосі завжди відзначається зниження висоти звуків мовлення. Стравохідний голос у середньому нижчий від звичайного на 0,5-1 октаву, часто опускається до звуків контроктави (50-60 Гц);

4) інтенсивність мовних звуків при стравохідному голосі в середньому нижча звичайної на 3-4 дБ;

5) розходження, що відзначається на слух, в осіб, що говорять стравохідним голосом, значною мірою пов'язана зі змінами таких параметрів, як середня частота основного тону, співвідношення часу вимова звуків і часу пауз, а також деяке зниження інтенсивності.

## **СПЕКТРАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ГОЛОСНИХ ЗВУКІВ СТРАВОХІДНОГО ГОЛОСУ**

Акустичні властивості голосних звуків звичайного розмовного мовлення вивчені досить докладно багатьма авторами.

Гортань дає індиферентний звук, що не має форми того або іншого голосного. Характер мовного звука вихідний тон гортані одержує, проходячи по каналу ротоглотки.

Давно відзначено, що голосні звуки різняться за характером спектру, або, інакше кажучи, за формантним складом. Форманти голосних - це області концентрації звукової енергії в спектрі, що надають звуку характеру того або іншого голосного. За ними один голосний звук відрізняють від іншого. Кожний голосний звук характеризується декількома формантами, із яких найбільше значення мають перші дві.

Якщо акустична структура голосних звуків нормального мовлення вивчена, то про структуру голосних звуків стравохідного голосу не було чітких даних. Тим часом чистота звучання голосного звука визначається саме точним дотриманням формантного складу.

С.Л. Таптапова досліджувала спектри голосних, добре і задовільно вимовлених хворими, що опанували стравохідним голосом. Усього нею обстежено 10 хворих, навчених звучної вимови, 6 із яких оволоділи останньою добре. У двох була зроблена резекція гортаноглотки, в одного, крім того, резекція кореня язика. Всі шестеро ніяких утруднень при спілкуванні не відзначали, продовжували працювати, вільно говорили по телефону. Четверо володіючих задовільно звучним мовленням відзначали швидко стомлюваність, утруднення при спілкуванні, тобто їхнє мовлення не завжди було достатньо звучним і зрозумілим для оточення. Вони намагалися уникати телефонних розмов і спілкування зі сторонніми.

Для порівняння досліджувалося проголошення голосних звуків у двох людей із нормальним голосом. Спектри цих звуків цілком відповідають аналогічним спектрам, отриманим і іншими авторами.

Дослідження проводилися П. А. Деревщиковим за запропонованою ним схемою [Деревщиков П. А., Таптапова С. Л., 1971].

Первинний і повторний запис досліджуваних звуків здійснювалися при швидкості прямування звуконосія 19 см/с. Спектри звуків А, О, У, Э

аналізувалися в смузі частот від 60 Гц до 2 кГц протягом 45 с, звука І – в діапазоні від 100 Гц до 5 кГц також протягом 45 с. Тривалість зворотнього прямування променя аналізатора спектра СК 4-3 складала 0,3-0,4 с, час спрацьовування дистанційного засоба - 0. 25-0,3 с, тому практично явищ запізнювання відкриття затвора фотоапарата не спостерігалось.

У результаті дослідження спектрів п'яťох голосних як у добре, так і у володіючих задовільно стравохідним голосом отримані дані, що дозволили дослідникам зробити відповідні висновки: 1) основні формантні області (1-ша і 2-га форманти) голосних при нормальній вимові і при стравохідному голосі практично збігаються; 2) збіг формантних областей голосних при стравохідному голосі з нормою забезпечує ясність їхнього звучання і гарну розбірливість, 3) ті розходження, що відзначаються на слух в характері звучання голосних нормальної вимови і стравохідного голосу, очевидно, пов'язані з неформантною частиною спектра й інших акустичних властивостей звуків (висота основного тону, сила, шумові призвуки й ін.).

### **ОСОБЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ВИДАЛЕННЯ ГОРТАНІ**

У результаті тотального видалення гортані трахея роз'єднана із глоткою, верхні дихальні шляхи укорочуються на 15-18 см, виключається ротове і носове дихання, порушується механізм кашлевого рефлексу, утрачаються клапанні функції гортані, зменшується «мертвий простір», змінюються умови обігрівання повітря, очищення його від механічних домішок, зменшується опір дихання.

При спробі хворого говорити пошепки мовлення заглушується шумом від дихання через трахеостому, тому що найменша артикуляція рефлекторно супроводжується дихальними рухами.

Встановлено, що хворі, позбавлені можливості дихати через верхні дихальні шляхи, страждають неповноцінністю дихальної функції, що є насамперед наслідком вимикання рефлексів, що виникають у верхніх дихальних шляхах при диханні. Дихальна функція в таких хворих дуже

лабільна, невеличке фізичне навантаження дуже збуджує дихання. Відомо, що повернення до вихідного ритму і глибини дихання після фізичної роботи у хворих, позбавлених верхніх дихальних шляхів, відбувається в  $1\frac{1}{2}$  -  $2\frac{1}{2}$  рази повільніше, ніж у здорових людей.

Є дані, що у хворих, які перенесли тотальне видалення гортані, легенева, вентиляція на 20-25 % нижча, ніж у здорових людей того ж віку. Дихальний еквівалент у цих хворих підвищений у 2 –  $2\frac{1}{2}$  рази. Особливо різко підвищується дихальний еквівалент відразу після операції (надалі відзначається його деяке зниження).

Порушення рефлекторних зв'язків між порожниною носа, глотки і гортані, що підтримували діяльність дихального центру на визначеному рівні, робить зрозумілим розлад акту дихання і легеневої вентиляції у хворих, що перенесли ларінгектомію.

Відзначено зниження життєвої ємності легень (ЖЄЛ), проте проведення фізичних вправ у післяопераційному періоді, безперечно, покращує зовнішнє дихання, особливо в осіб, що перенесли операцію у віці молодшому за 60 років.

Експериментальні дані про особливості дихання після ларінгектомії показали, що ритм і дихальна амплітуда в спокої, у до- і післяопераційному періодах варіабельні і залежать від загального стану хворого. Життєва ємність легень у доопераційному періоді значно відрізняється від вікової норми. У післяопераційному періоді вона варіабельна і не може бути зрівняна із середньою фізіологічною нормою. Максимальний вдих і видих у 1 с як до, так і після операції не може бути зрівняний із звичайною віковою нормою. В усіх випадках відзначається незадовільне співвідношення вдиху і видиху. Максимальна вентиляція легень у край варіабельна, що залежить від загального стану, віку хворого й інших причин.

Відтворення нового типу дихання після ларінгектомії вкрай утруднене без відповідного спеціального тренування, яке може полягати в



систематичному застосуванні комплексу лікувально-фізкультурних вправ, розроблених спеціально для цієї групи хворих.

Особливо чітко виражене утруднення адаптації до нового типу подиху в осіб із нервово-психічними порушеннями соматогенно-психогенної природи, що часто спостерігаються в ларингектомованих у післяопераційному періоді.

У хворих, що регулярно займалися лікувальною гімнастикою, клінічно відзначене значне поліпшення загального стану незалежно від віку. Хворі вказують, що в них зникають неприємні відчуття при диханні, які виникли в післяопераційному періоді.

Спірометричні дослідження проводяться дворазово у хворих у віці від 40 до 65 років в умовах, близьких до тих, у яких вивчається основний обмін: натщесерце, у той самий час, на водяному двоциліндровому спірографі, до навчання звучному мовленню і занять лікувальною фізкультурою первинно, а повторно перед завершенням курсу відновлення звучного мовлення. Попередньо хворому пояснюють мета дослідження, указують на можливість неприємних суб'єктивних відчуттів при диханні через апарат (деякий дискомфорт у перші хвилини).

Дихальні шланги спірографа приєднують до стоми за допомогою інтубаційної трубки з надувною манжетою (трубку підбирають індивідуально з урахуванням розміру трахеостоми, щоб вона не травмувала слизовату оболонку трахеї). Герметичність системи легені-спірограф досягається роздуванням манжети інтубаційної трубки. Перед введенням інтубаційної трубки здійснюється анестезія слизової оболонки трахеї 1% розчином дікаїну, а трубка змазується анестезуючою маззю. Переконавшись у відсутності кашлевого рефлексу на введення трубки, її через перехідник приєднують до дихальних шлангів спірографа. Через 3-5 хв. хворий адаптується до дихання через апарат.

Методика запису спірографічної кривої не відрізняється від загальноприйнятої. Визначають такі показники: дихальний об'єм, частоту дихання, ЖЄЛ, пробу Тиффно, глибокий вдих і форсований швидкий видих,

максимальну вентиляцію легень, співвідношення вдиху і видиху. Обчислюють хвилинний об'єм дихання, кількість спожитого кисню, коефіцієнт використання кисню, резерв дихання. З швидкістю 60 мм/с записують максимальну вентиляцію легень, співвідношення вдиху і видиху, пробу Тиффно (форсована ЖЄЛ). Всі інші записи проводять із швидкістю 50 мм/с.

При обчисленні даних приймають за основу монограму для осіб з анатомічно нормальними дихальними шляхами. У досліджуваних вони укорочені, що обумовлює не завжди достатньо точні результати. Проте отримані дані дозволяють судити про стан функції зовнішнього дихання після видалення гортані.

**Дихальний об'єм.** При визначенні дихального об'єму звертають увагу на розмір трахеостоми, діаметр інтубаційної трубки і спроможність хворого пристосовуватися до дихання через трубку й апарат, що, безперечно, не може цілком відповідати фізіологічним нормам. За даними Таптапової, при першому дослідженні дихальний обсяг був різко знижений. При повторному дослідженні в порівнянні з першим деяке зниження відзначене тільки в одного хворого. Дихальний об'єм у досліджуваних був варіабельним.

**Частота дихання** залежить від функціонального стану апарата зовнішнього дихання і дихального центру, що знаходиться під впливом кори головного мозку, рефлексів із периферії і фізико-хімічних змін крові. При першому дослідженні відзначається збільшення тривалості дихальних циклів. Зазначені зміни можуть бути пов'язані з підвищеною вегетативною збуджуваністю.

**Хвилинний об'єм дихання** знаходився в межах вікової норми.

**Життєва ємність легень.** ЖЄЛ знижується при загальній слабості, а також при нервових і психічних захворюваннях. ЖЄЛ коливається в дуже широких межах, що утрудняє оцінку отриманих даних.

Найбільше достовірним є розрахунок ЖЄЛ по Антоні. Варто враховувати залежність ЖЄЛ як функціональної величини від змін маси тіла

і росту досліджуваного. Зменшення ЖЄЛ у більшості випадків свідчить про патологію. Вона може мати місце внаслідок застою в малому колі кровообігу, збільшення кровонаповнення легень і інших причин: зменшення дихальних екскурсій грудної клітки, обмеження спадання легень при видиху, емфіземі легень із втратою еластичності і ретракційної спроможності легеневої тканини. Відомо, що з віком у курців знижуються бронхіальна прохідність і еластичність дихальних шляхів. У доопераційному періоді в них відзначається емфізема легень. В усіх хворих визначається виражене зниження ЖЄЛ. Ступінь її варіабельна. Судячи з цифрових показників, можна вважати, що знижується і фактична ємність легень.

**Поглинання і споживання кисню.** Під цим терміном розуміється тканинний газообмін, тобто фактичне використання кисню тканинами організму. Відомо, що споживання кисню залежить від стану дихального центру, тренування досліджуваного і є одним із показників ефективності легеневого дихання. Результати повторної спірографії свідчать про тенденцію до нормалізації цього процесу.

**Максимальна вентиляція легень** є показником, який найбільш точно характеризує стан зовнішнього дихання з урахуванням впливу центральної нервової системи. Дані першого дослідження говорять про її зниження у всіх хворих. Ступінь зниження варіабельна. Результати повторного дослідження вказують на тенденцію до її збільшення. Ступінь збільшення також різноманітна.

**Співвідношення вдиху і видиху.** При першому дослідженні констатували неглибокий вдих і укорочення тривалості видиху. При повторній спірометрії незалежно від віку співвідношення вдиху і видиху нормалізувалося. Однотипність даних у всіх досліджуваних дозволила не проводити подальших спірографічних досліджень, тим більше що хворі після ларінгектомії тяжко переносять додаткові дослідження (їм здається, що від них приховують рецидив захворювання) .

За даними спірографічних досліджень хворих, що перенесли тотальне видалення гортані, зміна параметрів зовнішнього дихання зводиться до таких: на відміну від фізіологічної норми дихальний обсяг варіабельний, відзначаються підвищення частоти дихання, зменшення життєвої і фактичної ємкості легень, збільшення поглинання кисню, зниження максимальної вентиляції легень, порушення співвідношення вдиху і видиху. Утруднення адаптації до нових (змінених) умов дихання виражаються в погіршенні загального стану хворого і гальмують відновлення звучного мовлення. Особливо важко пристосуватися до нового типу дихання особам із нервово-психічними порушеннями соматогенно-психогенної природи, що часто спостерігається в ларингектомованих у післяопераційному періоді. Методом, що сприяє поліпшенню зовнішнього дихання і коригує його, є застосування спеціалізованого комплексу лікувально-фізкультурних вправ. За даними спірографічних досліджень, проведених у післяопераційному періоді, у результаті занять лікувальною фізкультурою поліпшуються параметри зовнішнього дихання: стабілізується частота дихання, збільшується максимальна вентиляція легень, нормалізується співвідношення вдиху і видиху.

### **ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ АБО РЕЗЕКЦІЇ ГОРТАНІ**

З самого початку відновлювання занять логопеду доводиться зустрічатися з труднощами. У першу чергу - це подолання негативно-емоційних реакцій у більшості хворих навіть у тих випадках, коли відсутні власне патологічні порушення психіки.

Аналіз психічного стану осіб, що надійшли для логовідновлювальної терапії в останнє десятиліття, показав, що число хворих із нервово-психічними розладами в середньому складає 40%. Найбільше поширені неврозоподібні розлади (68%). За клінічними проявами найбільша частка

(50,5%) припадає на астенічні порушення. Астенодепресивні порушення спостерігаються в 25%, астеноіпохондричні - у 17,5% випадків.

Особливе місце займають депресії, що відповідно до даних літератури відносять до реактивно обумовлених (32%). Більш половини з них (19%) мають тенденцію до затяжного перебігу.

За даними Таптапової, унаслідок психічних порушень відновити голос у край важко, а в ряді випадків неможливо. У залежності від психічних проявів повинна будуватися і відтворювальна терапія.

У таких хворих соматичний стан по суті визначається не тільки основним захворюванням, але і проведеною променевою терапією, що залишає після себе глибоку астенізацію, що тривалий час як би затушовує іншу психопатологічну симптоматику. Це веде до недообліку не різко виражених реактивно обумовлених депресивних, депресивно-іпохондричних станів, що є значним гальмом у проведенні курсу відтворюючої терапії. Крім того, при сполученні післяпроменевої астенії навіть із легкими психогенними розладами виникає складний синдром, що також перешкоджає якісному проведенню відтворювальної терапії.

Ретельне клінічне дослідження хворих, що перенесли тотальне видалення гортані, дозволило зробити до висновки, що патогенний вплив у них багатofакторно і послідовно впливає на ряд систем. Спочатку це звістка про важку хворобу, що загрожує життю, потім оперативне втручання і променева терапія.

Видалення функціонально важливого органу і втрата звучного мовлення призводять до штучної ізоляції хворих. Самий факт його втрати з подальшою соціальною дезадаптацією є сильним психотравмуючим чинником.

Психічні порушення в ларингэктомованих хворих виявляються в основному неврозоподібними депресивними розладами.

Неврозоподібні стани, що спостерігаються у хворих, відносяться до астенодепресивно-іпохондричних розладів і характеризуються відомим поліморфізмом у рамках того самого клінічного варіанта.

При «чистій» астенії клінічна картина вичерпується дратівливою слабкістю і психічною виснажливістю. При посиленні моментів виснаження, більш виражені афективні симптоми, пригнічений настрій сполучається з дисфорією. Тривалість подібних станів не перевищує 3 міс., по виході з них стають більш помітним гіперестетична слабкість і інтелектуальна виснажливість.

У більш важких випадках виникає млявість у сполученні з байдужністю і легкими сенестопатичними проявами, епізодами слабого оглушення і завантаженості, тривожними побоюваннями за майбутнє. У цих хворих досить довго зберігається швидка психічна і фізична виснажливість, іноді з нерізко вираженим психоорганічним нальотом. Такі стани спостерігаються біля року.

Варто підкреслити, що в психопатологічній картині астенічних розладів, що виникають у ларінгектомованих хворих, багато загального з астеніями, описаними при інших соматичних захворюваннях, особливо з довгостроковим перебігом і виснажливих, але вони мають також ряд істотних відмінностей. Це насамперед наявність великого поліморфізму: від дратівливої слабості з пасивністю і малою сприйнятливістю до крайньої млявості аж до адінамії. Тим часом ускладнення синдрому в міру наростання астенії відбувається тільки в її рамках. Переходу до більш складних синдромів і більш глибокого рівня враження, як правило, не спостерігається. Афективні порушення також не виходять за рамки астенічних і виявляються в основному зниженим фоном настрою, іноді з елементами дисфорії і незначної тривожності, що незабаром проходить.

Загальна картина і афективна насиченість астенії тільки в окремих випадках залежать від складу характеру. Майже половина хворих, у яких

розвилися астеничні розлади, до захворювання не мали виражених відхилень характеру і були близькі до гармонійних особистостей (норма).

На підставі викладених даних можна констатувати, що астеничні симптоми не мають прямого зв'язку з психогенією (звістка про важке захворювання і подальша соціальна дезадаптація).

Якщо астеничні розлади виникають у ході променевої терапії, то при наявності психічної і фізичної виснажливості їхня симптоматика більш груба. Надалі формується масивне зниження психічної активності й інтелектуальної продуктивності поряд із відчуттями гіперпатичного характеру. Більш важкий стан спостерігався в тих випадках, коли провадилася розширена ларінгектомія, показанням для якої служив великий обсяг поразки тканин пухлиною. У зв'язку з цим і дози опромінення були значно вище.

Кореляція між виразністю психопатологічної симптоматики і соматичним станом не тільки при їхньому виникненні, але і при зворотньому розвитку дає підставу припускати, що головну роль у генезі астеничних розладів відіграють соматичні чинники - гіпоксія, патологічна інтерорецепція від віддаленого органу і післяпроменевої зміни.

При астенодепресивних станах клінічна картина психопатологічних порушень складається із субдепресивних розладів у поєднанні з вираженою слабкістю, стомлюваністю і млявістю. На відміну від астеничного варіанта афективні порушення самостійні, а не ті, що входять у структуру астеничного синдрому.

Незважаючи на те що самий афект носить депресивний характер, переважає пригніченість із похмурістю, а не туга. Основної мотивації зниженого настрою - власна неповноцінність і «каліцтво» у вигляді втрати звучного мовлення. При погіршенні стану можуть розвиватися динамічна депресія з загальмованістю або епізоди тривожної ажитації в залежності від ступеня виразності астенії.

Очевидно, що преморбідним були властиві риси психастенічної тривожності. У відповідь на звістку про захворювання і необхідність операції виникав тривожно-тужливий стан із страхом за майбутнє, що носило короткочасний характер. післяпроменева астенія стала ґрунтом для виникнення більш вираженої депресивної симптоматики. Психічний стан хворих варто розцінювати як астенодепресивний. Депресивні розлади тісно пов'язані з інтенсивністю астенічних і виникли на загальному фоні погіршення загального стану.

Після депресії довгостроково залишається фізична й особливо психічна слабкість. Самий депресивний афект мав характер пригніченості, а не туги. Тужливість на відміну від чистої депресії виявляється епізодично і слабо виражена. Пригнічений настрій сполучається з похмурістю і легкою дісфорією, добові коливання настрою відсутні. Основне мотивування зниженого настрою - відсутність звучного мовлення.

У цілому для астенодепресивних станів характерна хвилюподібність перебігу з переважанням у клінічній картині то астенічних, то депресивних синдромів. Ці коливання залежать від основних патогенних чинників і обумовлені погіршенням фізичного стану (в окремих випадках надалі виявлявся метастаз) або додатковою психогенною ситуацією. У таких хворих відзначається кореляція з преморбідними особливостями особистості. Серед них переважають особи з тривожним думкою і вираженою ефективною лабільністю.

Первинність астенічних розладів, на фоні яких виникають і співіснують депресії, і та обставина, що після зникнення депресивних розладів астенія знову виступає на перший план і довгостроково зберігається, свідчать на користь соматопсихогенного генезу цих порушень у цілому. Виходячи з того, що структура астенічних і депресивних розладів, узятих окремо, достатньо складна і генез їх має деякі особливості, об'єднані в загальний патогенетичний механізм, ми і говоримо про їхню відмінність від чисто психогенних порушень.



Від звичайного депресивного-астенічного синдрому реактивного характеру їх відрізняють первинність астенічних проявів і стереотипність депресивної симптоматики. Коливання психічного стану не залежать від зовнішніх причин, а корелюють переважно із соматичним станом і станом звучного мовлення. Психогенні моменти розцвічували загальну симптоматику, але не визначали психічного статусу.

Правомірність віднесення цих порушень до розряду неврозоподібних, а не депресивних підтверджувалася також їхнім патоморфозом. Зворотній розвиток симптоматики спостерігався при поліпшенні соматичного стану і під впливом малих транквілізаторів. Хворі цієї групи не потребували застосування антидепресантів.

Клінічна картина астеноіпохондричних розладів характеризувалася різноманітними астенічними симптомами, проте не вони визначали психічний стан хворого. Домінують іпохондричні розлади, що виявляються як у численних сенестопатіях, так і в іпохондричному тлумаченні усіх відчуттів або занадто цінних іпохондричних ідей. Всі іпохондричні розлади тісно пов'язані з депресивним афектом, обумовленим афективною переробкою відчуттів. На висоті розвитку хвороби можуть з'являтися також ідеї ревнощів із посиленням на власну неповноцінність іпохондричного утримання.

Спочатку патологічні прояви носять характер як би загострення особливостей особистості преморбіда, що набувають зашкарублості і ригідності: побоювання за здоров'я замінюються страхом смерті, іпохондричність набуває занадто цінного характеру. Відчуття болю афективно переробляється і стає головним у клінічній картині поряд з іншими відчуттями.

Особливість описаного спостереження в тому, що із самого початку були відсутні виражені депресивні розлади. З'явившись в післяопераційний період, вони були короткочасні і характеризувалися вираженими іпохондричними явищами. У даному випадку чітко видно соматогенний

грунт нервово-психічних порушень. Обсяг операції був значним. У післяопераційному періоді виникали ускладнення. Післяпроменева астения призвела до фізичної декомпенсації стану. Більш тривалий безголосовий період також сприяв розвитку патохарактерологічних розладів. Психічний стан варто розцінювати як астеноіпохондричний. Його специфічними рисами були відсутність вираженого депресивного афекту при наявності іпохондричних розладів, відсутність почуттєвого компонента в іпохондричних розладах. Про це ж свідчить легке виникнення ідей відношення і претензії. Із зникненням виражених астеничних розладів виявлялися патохарактерологічні зміни, що нагадують психопатичний іпохондричний розвиток із рентними установками.

При зворотньому розвитку астеноіпохондричні порушення проходять послідовно декілька стадій: насамперед зникають або значно пом'якшуються сензитивність і паранояльність при наявності вираженої іпохондричної фіксації. На перший план виступає почуття власної неповноцінності.

Спостерігаються визначені форми компенсаторного поведіння, прагнення до самоствердження і спроби ігнорування хвороби, у ряді випадків - іпохондричний стан із претензією і своєрідними рентними установками.

Аналіз патогенетичних чинників, що беруть участь у розвитку астеноіпохондричних порушень, показав, що в їхнє число входять усі складові компоненти складного патогенетичного механізму.

Астеничні розлади були результатом променевої терапії. Для виникнення відчуттів типу сенестопатій була реальна основа у виді порушення інтерорецепції від віддаленого органа і зміни протопатичної чутливості. У виникненні депресивного афекту, безперечно, відіграють роль ситуація, що психотравмує, і тісний зв'язок афективних розладів з іпохондричними побоюваннями. Більшість хворих цих груп відрізнялися сполученням тривожно-недовірливих стосовно свого здоров'я рис з

ананкастними і сензитивними, що безсумнівно сприяло розвитку іпохондричних розладів.

Таким чином, психопатологічна структура неврозоподібних розладів складається з астенічних, афективних і іпохондричних симптомів і характеризується вираженим поліморфізмом і хвилеподібністю.

Специфічною ознакою астенії - стрижневого синдрому неврозоподібних розладів - є млявість, що доходить до адінамії, у сполученні з вираженими неприємними і важкими для хворих відчуттями протопатичного характеру, подібними із сенестопатіями.

У результаті операції в ларингектомованих хворих у зовнішньому образі і ряді життєво важливих функцій наступають якісні зміни, не тільки що відчуються, але і зовнішньо видимі. Трахеостомічна трубка, введена в добре інервовану область у перші дні після операції, є патологічним подразником. Саме наявність патологічних відчуттів сенестопатичного характеру сприяє зміні відношення хворих до навколишнього, тому що при цьому обов'язково змінюються афект і мислення.

Афективні порушення в більшості випадків, за винятком астенодепресивного варіанта, не мають самостійного значення і виступають як один із компонентів у загальній структурі астенічного або іпохондричного синдрому. Частіше за все це субдепресія або епізоди тривожно-тужливого і тривожно-фобічного станів. Водночас саме афект є основою для виникнення більш глибоких розладів. Так, іпохондричні понад цінні утворення виникали особливо легко на фоні зниженого настрою, зміненої афективної настроєності. Інтелектуальна переробка відчуттів у більшій мірі залежала від афективної свідомості.

На підставі усього викладеного можна трактувати неврозоподібні порушення в таких хворих як соматопсихогенні.

Незважаючи на те що в оформленні психопатологічної картини різноманітних варіантів (головним чином астеноіпохондричного) мали значення особливості преморбідного стану, не представляється можливим

говорити про те, що ці розлади є результатом реакції особистості на хворобу, трансформованою важкою психогенною ситуацією у виражені психопатологічні порушення.

На перший погляд, це суперечить поширеній думці, що неврозоподібна симптоматика визначається переважно особистісними особливостями хворих. Але в даному випадку ми маємо справу з цілком іншою групою соматопсихогенних розладів, що змінює цю загальну для психогенних невротичних реакцій закономірність.

Діагностична оцінка депресивних синдромів найбільше важка, тому що афективні розлади тією або іншою мірою мають місце майже при всіх психічних порушеннях - від неврозоподібних до важких психотичних станів. Найбільш легкі з них у визначених ситуаціях спостерігаються в нормі. Співвідношення нормальної психологічної реакції, природної пригніченості і клінічної депресії дуже складні.

Феноменологічно між тими й іншими існують не зовсім виражені переходи. У цьому і полягає основна трудність їхнього розмежування. На нашу думку, початком депресивних станів або переходом від природної пригніченості до клінічних проявів варто вважати фрагментарність депресивних проявів, їх «мерехтіння» і приєднання іншої симптоматики. Безперечно, багато чого залежить від особистості хворого, колишніх (до хвороби) установок, своєрідні реакції на хворобу і можливості компенсації і подолання труднощів. Проте виражені депресивні стани спостерігаються не в усіх хворих, а лише при визначеному поєднанні ряду чинників і умов. Самі по собі, в ізольованому вигляді, вони не можуть служити діагностичним критерієм.

Розглядаючи причини депресії у хворих, що перенесли операцію тотального видалення гортані, варто виходити з патогенетичних передумов і особливостей клініки і динаміки. Прості, або чисті, депресії характеризуються переважанням вираженої туги поряд із швидкою стомлюваністю, утрудненням концентрації уваги. Думки хворих зосереджені

на уявленнях, пов'язаних із погрозою для життя, із важким прогнозом хвороби і фізичного каліцтва в результаті утворення трахеостоми. Значно меншою мірою в їхніх переживаннях знаходять висвітлення втрата звучного мовлення і соціальна дезадаптація.

Різко виражених добових коливань настрою в таких хворих не спостерігається, проте виявляється тенденція до деякого ослаблення почуття туги до вечора з одночасним наростанням млявості. Ранкова психічна загальмованість до кінця дня заміняється фізичною слабкістю, і хворі практично весь день знаходяться в ліжку. Занурені у свої переживання, вони не виявляють інтересу до навколишнього, у бесіді з лікарем не висловлюють ніяких побажань, похмуро дивляться на майбутнє. Часом виникають короткочасні епізоди тривоги, що супроводжуються страхом катастрофи, що загрожує. Ідеї власної неповноцінності і безперспективності нерідко сполучаються з прагненням звинуватити в цьому лікарів, можливо, що допустили діагностичну помилку, і іноді призводять до нестійких суїцидних думок. Звичайно після тривожно-тужливих епізодів хворі почувають себе розбитими, скаржаться на головний біль, погано сплять і частіше усього намагаються це сховати.

Початок подібних депресивних станів відноситься до перших післяопераційних днів. У становленні їх відзначається визначена послідовність. Розвитку стійких депресивних розладів передують епізодичні тривожно-фобічні стани, що виникають у відповідь на оголошення хворим діагнозу. Реакція на звістку про загрозливе для життя захворювання і про необхідність видалення гортані виражається в гострому почутті страху, тривоги, що супроводжується вираженими вегетативними розладами. Хворі характеризують цей стан як руйнування, образу, «скам'яніння», що може тривати від декількох годин до декількох днів. Після короткого періоду хиткого настрою і наростаючої астенії виникають стійкі тривожно-тужливі стани в зв'язку з побоюванням за життя і можливістю втрати свого службового положення.

Динаміка зворотнього розвитку психічних розладів може бути подана в такий спосіб. Спочатку зникає тривога, бліднуть тривожно-тужливі епізоди, при їхньому виникненні хворі вже не відчують гострого страху. На перший план виступають пригнічений настрій, похмурість і млявість або напади дратівливості з гнівливістю. Сон тривалий час залишається поверхневим, при засинанні тривожать сумні думки в доопераційному і ранньому післяопераційному періодах. Тривалий час зберігаються песимістична спрямованість думок про майбутнє і явища психічної виснажливості.

Поступово в ході комплексної терапії стан поліпшується, переходячи в затяжний перебіг, або розвиток виражених патохарактерологічних змін після зникнення депресії не спостерігаються. Навпаки, відмітною рисою особистісної реакції у хворих цієї групи є дуже раннє прагнення до дисимуляції. Тривалість депресії не перевищує 3-4 міс.

Як правило, такі стани спостерігаються в молодих хворих (45-50 років) у порівнянні з загальною субпопуляцією. Ці люди добре професійно адаптовані, займають певне положення на роботі. Преморбідно - це в основному активні в житті люди, але схильні до підвищеної емоційної оцінки подій. У несприятливих ситуаціях у деяких хворих поряд із рисами психастенічності легко виникає швидкоминуща тривожність або емоційна реактивність, пов'язана з зовнішніми причинами.

У тих випадках, коли депресія відрізняється складністю і поліморфністю симптоматики, клінічна картина розглядається як своєрідний депресивно-параноїдний стан.

Депресивна симптоматика не знаходиться «на поверхні», активні скарги носять астенічний характер. Але зовнішній вигляд хворих відповідає такому при депресії. Нерідко на прямі запитання про наявність туги і тривоги дається негативна відповідь, проте при наполегливому і делікатному розпитуванні виявляється складна гама переживань.

Тривога про завершення захворювання відзначається меншою мірою. Ці побоювання наче відходять на другий план у порівнянні з майбутньою соціальною дезадаптацією і можливою інвалідізацією.

Пригнічений настрій, туга сполучається з почуттям своєї «нікчемності» у зв'язку з утратою звучного мовлення і втратою фахової спроможності. Майбутнє цим хворим представляється суцільною мукою і «знуцанням над людським існуванням». Вони висловлюють ідеї власної неповноцінності, вважають, що навколишні дивляться на них із жалем і презирством. Нерідко вони звинувачують у тому що сталося лікарів, що «скривдили» їх, вважають, що операція в такому обсязі не була необхідною, а може й був установлений помилковий діагноз. При таких думках їх охоплює гнів і незаслужена образа.

У ранкові часи спостерігаються виражені тривожно-депресивні епізоди: хворі бродять по відділенню, розпитують інших про самопочуття, говорять, що сподіватися ні на що, усе їхнє подальше життя - це тягар для близьких і мука для себе. Свідомість їх заповнена важкими відчуттями тривоги, думками про безвихідність положення, про втрату зв'язку з оточенням.

Подібні епізоди можуть протікати без вираженого рухового компонента. Навпаки, при аналогічних переживаннях хворі загальмовані, туга досягає такої межі, що незмога рухатися (за їхніми словами, начебто щось придавило). Проте у всіх випадках подібні епізоди носять короткочасний пароксизмальний характер і закінчуються відчуттям безсилля, спустошеності. Звичайно після них хворі більш пригнічені і мляві.

Для таких депресій характерна відсутність яскравості навіть на висоті проявів. Навпаки, відзначаються дуже великий елемент дисимуляції і прагнення сховати від сторонніх свої переживання. Поряд із цим чітко виявляються добові коливання настрою з елементами хворобливої анестезії, розлади сну з раннім болісним пробудженням, порушення апетиту.

Для хворих характерне своєрідне відчуття зміни власного «Я», пов'язане з утратою звучного мовлення і зникненням звичного самовідчуття в ході спілкування з навколишніми. За образним висловом хворих, вони

стають схожі на глухонімих («люди тебе не розуміють і сам себе не чуєш, як раніш»). Іноді такі стани супроводжуються зміненим сприйняттям світу, що стає загрозливо незрозумілим.

З появою стравохідного голосу, що утворився в результаті спеціальних занять, відчуття зміненості не зникає, а стає якісно іншим. Наступає сприйняття власного мовлення, голосу, як чужого («чутно себе з боку», «начебто говорить інша людина»). Подібні стани нерідко сприяють виникненню розгубленості й афекту здивування. Ці своєрідні деперсоналізаційні розлади не зустрічаються при інших психічних порушеннях, і їх можна віднести до аллодеперсоналізації.

Поступово почуття безвихідності згладжується, зникають ідеї відношення й елементи деперсоналізації, проте довгостроково зберігаються пригнічений настрій, перекручена суб'єктивна оцінка об'єктивної дійсності і явища астенії. Хворі намагаються нічим не виявляти своїх переживань, добре маскують пригнічений стан, так що навіть близькі не завжди можуть здогадатися про їхнє справжнє самопочуття. У окремих хворих дисимуляція виявляється ще більшою мірою і носить характер безтурботності з прагненням уникнути неприємних спогадів і важких думок. Але і ці хворі, надані самі собі, сумтно сидять на самоті і ніяковіють, якщо їх застають несподівано.

У цілому поліпшення буває нестійким, під впливом додаткових шкідливих впливів (застида, надмірне хвилювання з іншого приводу) легко настає декомпенсація, можуть виникати тривожно-тужливі епізоди, але вони менш виражені.

Відомі випадки, коли до захворювання хворим були властиві нерізно виражені риси емоційної лабільності і самовпевненості. Життя проходило за визначеним стереотипом і професійно було цілком благополучним. На цьому фоні стає відомо про важку, що загрожує життю і дезадаптує, хворобу. Першою реакцією стає виникнення тривожно-тужливого стану зі страхом перед операцією, що нівечить. У перші дні після операції розвивається



виражена депресія із суїцидними спробами, що може бути розцінена як чисто реактивна. Надалі післяпроменева астения і післяопераційні порушення соматичного стану стають фоном, що обумовлює виникнення більш складних психопатологічних утворень. Вмикання сенситивних ідей відношення, деперсоналізація в поєднанні з депресивними розладами створюють більш полиморфну картину. Крім того, депресія набуває вітальних ознак, а її насиченість дещо пом'якшує астеничні розлади.

У більшості хворих клінічна картина характеризується вираженою депресією з добовими коливаннями настрою, ідеями відношення і власної нікчемності, пов'язаними з утратою колишньої фахової спроможності. Все це виявлялося на фоні не різко вираженої фізичної і психічної астенії. Відмінними рисами статусу були наявність поряд із депресивними розладами своєрідних деперсоналізаційних розладів, пов'язаних із порушенням звичного самосприйняття і сприятливого виникнення короточасних станів розгубленості і здивування, а також відсутність демонстративності депресивних проявів, властивих реактивним депресіям, відсутність ідей самозвинувачення. Подібний стан можна кваліфікувати як своєрідну депресивно-параноїдну реакцію, реактивно обумовлену. Ці стани варто віднести до психогенних реакцій зміненого ґрунту.

Терапевтична тактика повинна будуватися з урахуванням прийнятого підрозділу психічних порушень, що спостерігаються після видалення гортані, на різноманітні варіанти, особливостей характеру чинників, що психотравмують, оцінки індивідуальної реакції на них хворого, а також тих умов, у які ці хворі потрапляють незабаром після операції.

На першому етапі проводять активні психотерапевтичні бесіди роз'яснювального і заспокійливого характеру, основна мета яких - корекція патологічних реакцій на хворобу і виховання свідомого ставлення до лікування.

Виходячи з того, що психологічні компоненти легко преформуються в тонкі психопатологічні розлади, акцентуються й одержують розвиток

особистісні характерологічні риси, не можна припускати, щоб хворий втратив усвідомлення своєї соціальної значимості, положення в колективі і сім'ї. Такі бесіди потрібно проводити тільки індивідуально, з урахуванням особливостей психічних розладів і найбільш важливих для даної особистості моментів. Надалі треба залучити хворого до активної участі в процесах логотерапії, оскільки роль особистості позначається не тільки в патогенезі захворювання, але й у його саногенезі, як спонтанному, так і під впливом медико-педагогічних заходів.

Поряд із психотерапією, яка має значення і переважно коригує, такі хворі потребують спеціального психофармакологічного впливу. Досвід показав, що в більшості випадків цілком достатньо використовувати препарати з групи транквілізаторів. Вибір саме транквілізаторів визначається тим, що їхня психотропна активність виявляється специфічним впливом на емоційну збуджуваність і афективну насиченість переживань - знімається гострота реакції на навколишнє. Усунення тривоги, що завжди супроводжує депресивні переживання, сприятливо діє і при афективних розладах.

Як уже вказувалося, вибір дози лікарських засобів відіграє дуже важливу роль.

Основна психотерапевтична підготовка і вибір ліків звичайно проводяться на першому етапі реабілітаційної програми. На цьому ж етапі одним із важливих терапевтичних заходів є спеціальний комплекс лікувальної фізкультури, спрямований на адаптацію до дихання через трахеостому, що сприяє поліпшенню функції зовнішнього дихання і ліквідації вираженої гіпоксемії. На наступних етапах навчання індивідуальний підхід і терапія залежать від головного синдрому в клінічній картині психічних розладів. Медикаментозне лікування поєднується з визначеною модифікацією основної методики навчання, що дозволяє не переривати його.

Картина психічних порушень, що спостерігається у хворих, які перенесли резекцію гортані, відрізняється від описаних вище, так, на

першому етапі хвороби й у предопераційний період виникають різної виразності афективні розлади. Частіше всього це стани тривожного побоювання. Менша виразність афективних розладів у цей період у порівнянні з ларінгектомованими, пояснюється такими обставинами. Хворим не повідомляється точний діагноз, а питання про терміновість оперативного втручання не ставиться ультимативно. Крім того, звичайно вони проінформовані про те, що часткове видалення гортані не призводить до повного зникнення звучного мовлення. Більш того, їм говорять, що голос узагалі не зміниться.

Таким чином, можна думати, що поряд із більш легким діагнозом спочатку відсутній і такий сильний чинник, що психотравмує, як можливість втрати голосу, а отже, і можливість соціальної дезадаптації.

Такі хворі незабаром після операції повертаються до фахової діяльності. Проте в 80% випадків голос самостійно не відновлюється, що призводить до часткової соціальної дезадаптації.

Вже при першому знайомстві з такими хворими в процесі логовідновлювальної терапії звертає на себе увагу їхнє бажання при достатньо задовільному загальному фізичному стані викликати співчуття до своїх страждань і до себе як до особистості.

Їх поки ще шепотне мовлення барвисте і яскраве, вони легко переключаються з однієї скарги на іншу в залежності від напрямку бесіди. Проте частіше вони скаржаться на болі, в основному в області шиї, почуття дискомфорту в горлі, недостачу повітря.

У кожному питанні лікаря вони бачать щось недоговорене, але те, що стосується їхнього здоров'я, якийсь особливий зміст, схильні до негативного трактування, у припущеннях знаходять непряме підтвердження своїх побоювань.

Відсутність голосу при орієнтуванні на його збереження розцінюється хворими як можливу помилку в діагностиці і, отже, як реальну можливість виникнення метастазу. Часом хворі відчувають приступи страху перед

майбутнім, що виникає пароксизмально. Подібні стани виникають 2-3 рази в день і бувають досить короткочасними. Звичайно хворі ретроспективно пов'язують їх із спогадами про операцію і неясністю прогнозу. При цьому вони підкреслюють, що такі стани бувають дуже болісні, заважають працювати і створюють тривогу, з образою говорять про обіцянки, що не збулися, лікарів у плані збереження голосу. Подібні стани варто кваліфікувати як тривожно-фобічні.

Поряд із цим хворим властива дратівливість із відтінком дисфорії; навколишні викликають у них почуття ворожості. Надалі вони схильні обвинувачувати себе в «поганому» поведженні.

Спеціальної уваги заслуговує їхнє поведження на заняттях із логопедом. Одні з них не витримують системи і послідовності, нетерплячі і непосидючі, вперті і недисципліновані. У інших відзначається занадто ціннісне ставлення до занять. Вони пред'являють підвищені вимоги до логопеда, навіть коли тільки з'явився голос, вважають, що звук або тембр його недостатньо гарний, наполягають на нових вправах.

Виходячи з психічного стану, одночасно з логотерапією проводять медикаментозне лікування. Застосовують малі транквілізатори в поєднанні з засобами загальнозміцнювальними засобами. При кожній зустрічі з психіатром проводиться психотерапевтична бесіда.

У процесі комплексної терапії оберненому розвитку насамперед піддається симптоматика, що може вважатися як занадто цінною при наявності істероформних проявів і деякої іпохондричної фіксації. Різноманітні відчуття і висловлення навколишніх трактуються в плані погрозу власного здоров'я і подальших перспективам.

Треба відзначити, що перша поява голосу в цих хворих є переломним моментом у психічному стані. Частина хворих із тривогою очікує, що голос може знову зникнути. На перший план у них виступають сенситивність, прагнення до переключення в бесіді на теми, що не стосуються голосу. У інших хворих спостерігається своєрідна форма компенсаторного

поводження, що виявляється деяким самоствердженням, спробою ігнорувати хворобу.

## **МЕТОДИКА ВІДНОВЛЕННЯ ЗВУЧНОГО МОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ЛАРІНГЕКТОМІЇ**

Ефективність відновлювальної терапії залежить від підготовки хворого до операції. Ще в передопераційному періоді після встановлення діагнозу і прийняття рішення про необхідність хірургічного втручання (екстирпації гортані) він повинний знати про можливість відновлення звучного мовлення. Приступати до відновлювальної логотерапії треба зразу після операції і завершення курсу променевої терапії, оскільки загальна астенизація в період променевої терапії знижує ефективність занять.

Протипоказаннями до створення стравохідного голосу є метастази, а також різке подразнення шкіри навколо трахеостоми, її звуження, гіпертонічна хвороба II-Б і III стадії, нещодавно перенесений інфаркт міокарда.

Весь курс відновлення звучного мовлення, проведений у післяопераційному періоді, ділиться на чотири етапи з урахуванням завдань і особливостей кожного періоду навчання.

Перший етап - підготовчий. Його основна задача - тренування шийної мускулатури, верхнього відділу стравоходу і діафрагми. Особливу увагу варто звернути на заняття лікувальною фізкультурою за спеціальним комплексом для адаптації до нового типу дихання (дихання через трахеостому). Другий етап - створення сприятливих умов для утворення псевдоголосової щілини. Утворений стравохідний голос вводиться в склади, слова, короткі речення. Третій етап - початок спілкування стравохідним голосом, робота над звучністю і виразністю мовлення хворого. Четвертий етап - розширення діапазону і робота над тембром стравохідного голосу.

**Перший етап.** Приступаючи до відбудовного навчання, необхідно враховувати, що його ефективність залежить від стану психіки хворих, тому

що всі вони тяжко травмовані наявністю злякисного новоутворення, втратою звучного мовлення в післяопераційному періоді і погрозою соціальної дезадаптації - порушення працездатності. З огляду на те, що наявність патологічних психічних станів гальмує відновлення звучного мовлення, усіх хворих варто консультувати в психіатра (психоневролога). Психічні відхилення, що відзначаються, є результатом спільного впливу соматогенних чинників і тих, що психогенно травмують.

Порушення зубних рядів заважає навчанню, тому хворі потребують допомоги до стоматолога для завчасного протезування щоб, уникнути подовження курсу відновлення звучного мовлення. Знімні зубні протези, що були зручні до операції, під час занять по утворенню стравохідного голосу нерідко стають погано фіксованими, що також утрудняє відбудовну терапію. На першому занятті проводиться психотерапевтична бесіда з хворим.

З метою тренування шийної мускулатури і залишків м'язів гортаноглотки а також верхнього і середнього відділів стравоходу застосовують нескладну для виконання вправу «гра на губній гармошці». Дути в губну гармошку треба повільно, спокійно. Різко ослабленим хворим попередньо пропонують дути на вату, а коли з'явиться повітряний струм, що коливає шматочок вати, - у губну гармошку протягом 1/2 хв. 10-12 разів у день з інтервалом у 20 хв.

На підготовчому етапі велику увагу приділяють систематичним заняттям лікувальною фізкультурою за спеціальним комплексом.

**Другий етап.** Основна мета - формування псевдоголосової щілини на рівні C v – C VI. Для цього використовується ряд вправ, метою яких є условнорефлекторне посилення першого звуження стравоходу на рівні C VI і створення, таким чином, сприятливих умов для утворення псевдоголосової щілини на оптимальному рівні (C v — C vi ).

*Вправа А.* Стоячи, злегка нагнувши корпус вперед і вільно опустивши руки, хворий із відкритим ротом при напрузі м'язів живота і підйомі діафрагми наслідують блювотне прямування, затримавши дихання.

Дану вправу повторюють не більш 3 разів підряд, після чого з'являється звук стравохідного голосу.

*Вправа Б.* Хворий лягає на кушетку без подушки, спокійно дихає 2-3 хв., а потім приступає до виконання вправи: лежачи, із відкритим ротом утягує живіт, піднімаючи тим самим діафрагму, і намагається зробити подобу блювотного прямування, затримавши подих.

Після триразового повторення протягом декількох днів описаних вправ у хворих, які правильно їх виконують, одно- або дворазово з'являється звук стравохідного голосу, що має і велике психотерапевтичне значення. Вправи А і Б рекомендується пропонувати з урахуванням загального стану хворих, причому більш ослаблені і ті, що виконують вправи з великою напругою повинні виконувати вправу Б. Переконавшись, що хворий правильно виконує вправи А і Б, рекомендують повторювати їх вдома 3 рази в день і відвідувати логопеда через день (при амбулаторних заняттях).

Після того як хворий протягом дня самостійно повторив вправу 3 рази, збільшуючи час дуття в губну гармошку до 1 ½ хв., він приступає до виконання вправи для викликання звуку псевдоголосу 4 рази, а надалі 5 - 6 разів у день. Заняття продовжуються протягом тижня, причому навантаження збільшують через день. Частіше усього на 5 – 7-й день виконання вправи А або Б, а іноді й обох хворі відзначають появу звуку стравохідного голосу і можливість вимови словесного матеріалу.

Одним із принципів відбудовної терапії є поступовість переходу від простого до складного. При навчанні варто вибирати в першу чергу такі приголосні звуки, що утворюються при змиканні артикуляційних органів без участі голосу. Такими вибуховими, миттєвими, глухими звуками є К, Т, П.

Тільки з'явиться звук стравохідного голосу хворі легше вимовляють доступне слово, а не склади і звукові сполучення. Це можна пояснити виробленими з дитинства мовних навичок промови слів, що мають конкретне значення, а не складів і звукосполучень, позбавлених значеннєвого значення.

*Вправа 1.* Вимова слів «як», «Катя», «Капа», «ковзанка», «какао».

*Вправа 2.* Вимова слів «кіт», «ком», «кок», «Коля», «кава».

*Вправа 3.* Вимова слів «там», «так», «тік», «Толя», «таз», «Том».

Виконуючи ці вправи, необхідно додержуватися пауз між словами й інтервалів між вправами.

На початку занять хворі звичайно швидко стомлюються, тому на даному етапі не рекомендується вимовляти стравохідним голосом вправи більш 5-8 разів (що складає від 3 до 5 хв.). Варто враховувати, що заняття тривалістю більш 10 хв. малоефективні. Найбільш раціонально проведення 2-3 занять на день із перервою в 30 хв. Самостійні тренування проводяться 5 - 8 разів на день, тривалість їх 5 - 8 хв.

**Третій етап.** Метою його є вимова найпростіших словосполучень без пауз між словами. Проте з огляду на те, що хворий відчуває труднощі при вимові фрази, кожне речення спочатку розбивають на словосполучення з повторенням одного із слів. Словосполучення складаються зі слів, доступних для навчання. До кожного слова вправ 1 - 3 рекомендується додавати слово «як», уникаючи пауз між словами. Вправу повторюють 4 - 6 разів на день по 2 - 3 хв. Наприклад: «Як кіт», а не «Як (пауза) кіт»; «Як Катя», а не «Як (пауза) Катя».

Далі хворі приступають до аналогічних вправ із звуками П і Т. Затримуватися на вимові окремих слів довго не треба. Рекомендується переходити до фраз, що складені із двох і трьох слів.

*Вправа 4.* Вимова фраз: «Кіт катає, катає клубок», «Кім годує, годує курей», «Кім їв котлети», «Коля їв кисіль», «Катя була в кіно», «Кіра купила какао», «Коля купив кекс».

*Вправа 5.* Вимова фраз: «Толя грає в теніс», «Тімка тягне, тягне таз», «Толя тягне Таню», «Гося катає клубок», «Толя читає товстий том», «Там живе Таня».

Не варто звертати увагу хворого на недостатню гучність і виразність вимовлених ним слів.



Вправи 4 і 5 мають велике психотерапевтичне значення: вони вселяють впевненість в успішності подальших занять і можливість вимовлення довгих фраз.

Хворим важко вимовити фразу, що складається з трьох слів, тому вправи 4 і 5 варто повторювати протягом декількох занять. Після того як вони перестануть викликати утруднення, хворому пропонують поступово переходити на спілкування стравохідним голосом у побуті.

Вимова слів, що починаються із приголосних звуків, на цьому етапі звичайно не утруднено, проте майже у всіх хворих відзначається деякий страх при переході на звучну промову в побуті. Вони бояться бути незрозумілими для навколишніх, спочатку соромляться говорити стравохідним голосом. Велику роль у цей період відіграє загальний стан, а також стан психіки.

У період, коли хворий вже починає в повсякденному житті говорити стравохідним голосом, можна збільшувати час занять із логопедом до 20 хв. Самостійно ж варто рекомендувати тренуватися 5 - 6 разів на день від 10 до 15 хв. У цей період найбільша увага приділяється вимові слів і виразів, що використовуються і т.д.

Як показав досвід, вимова тільки спеціально підібраного, фонетично полегшеного словесного матеріалу, читання його вголос і переказ можуть не стимулювати введення стравохідного голосу в спонтанну промову. Ізольована вимова голосних звуків утрудняє хворих і потребує спеціальних вправ. Їх варто виконувати з підкріпленням емоційно забарвлених і доступних слів або речень.

*Вправа 6:* а) ка-ак, та-ат, па-ап; ко-ок,  
то-от, по-оп; ку-ук, ту-ут, пу-уп; ки-ик, ти-ит, пи-ип;  
кааак, тааат; кууук, тууут; киийк, тиийт і т. д.; б) а-о-у-и (повторювати підряд не більш 2-3 разів).

Відразу ж після виконання частини «а» вправи 6 хворому пропонують вимовити часто вживані в побуті слова «да», «привіт», «дайте», «отримайте»,

«дякую» і т.п. Це дозволяє починати спілкування в побуті і непомітно для хворого тренує можливість вимови слів, що починаються з дзвінких приголосних, а також створює передумови для виконання частини «б» вправи 6, тобто ізольованої вимови голосного звука.

У цей період треба особливо враховувати інтереси хворого, його професію, побутове оточення і необхідність усного спілкування на роботі. Спілкування в побуті з близькими і зустрічі з товаришами по роботі часто стимулюють перехід на звучну промову в побуті.

**Четвертий етап** - розширення діапазону, збільшення сили звука, поліпшення тембру і модуляцій стравохідного голосу. Для цього застосовується спів терції, кварта, квінти малої і першої октави. Як показали проведені дослідження, стравохідний голос нижчий від звичайного на 1/2-1 октаву, часто опускається до звуків контроктави. Визначення акустичних параметрів стравохідного голосу дозволило розробити цілеспрямовані вокальні вправи. Основна увага приділяється тривалому співу першого звука, а потім плавному переходові до другого, що спочатку викликає утруднення.

Спочатку хворі можуть протягнути, проспівати тільки перший звук і лише після 2-3 занять у них з'являється можливість проспівати квінту малої і терцію першої октави. Вокальні вправи не складають труднощів як для логопеда, так і для хворого і дібрані з урахуванням голосових можливостей пацієнтів.

Під час занять через індивідуальні особливості хворих часто змінюється порядок вправ.

### **Вправа для чоловічого стравохідного голосу**

#### *Вправа 7.*

«Соль»    малої октави  
«Сі»        »        »        Терція

#### *Вправа 8.*

« До»    першої октави        Терція  
«Мі»        »        »

Вправи 7 і 8 можна варіювати: почавши із вправи 8, перейти до вправи 7. Вокальні вправи не повинні викликати великої напруги, тобто з двох запропонованих варто вибирати спочатку найбільше доступне для хворого.

Після того як ці дві вправи не будуть викликати утруднень, приступають до наступних вправ.

*Вправа 9.*

«Соль»    малої октави            Тризвук

«Сі»        »                    »

«Ре»    першої октави

«Ре»    першої октави            Тризвук

«Сі»    малої                    »

«Соль»    »                    »

Вправу 9 варто виконувати повільно, роблячи паузи через кожні 2-3 хв. У цей же час рекомендується тривалий спів одного звука в доступному діапазоні. При відсутності утруднень при виконанні зазначених вправ переходять до виконання знайомих мелодій у доступних діапазонах.

Спів музичних фраз із знайомих популярних пісень стимулює повільність і появу модуляцій у стравохідному голосі.

*Вправа 10.* В. Соловйов-Сєдой, «Подмосковные вечера», перша фраза.

*Вправа 11.* И. Дунаєвський, «Широка страна моя родная», перша фраза.

**Вправи для жіночого стравохідного голосу**

При роботі над жіночим стравохідним голосом виникають додаткові труднощі. Відсутність модуляцій і низький тон стравохідного голосу вкрай травмують жінок. Спочатку застосовуються вправи для збільшення модуляцій, а потім для розширення діапазону.

Діапазон жіночого стравохідного голосу повинен бути не меншим кварта, квінти 1-ї октави, тому вправи, а також мелодії варто пропонувати в зазначених діапазонах.

*Вправа 12.*

«До»

«Мі» першої октави

«Соль»

«Мі»

«До» першої октави

«До»

«Мі»

«Соль» першої октави

Необхідно відзначити, що для більшої ефективності і стабільності тембру деяким хворим, у котрих особливо часто погіршується звучання стравохідного голосу в залежності від їхнього настрою і загального стану, рекомендується самостійно повторювати необхідні вправи тривалий час, уже не відвідуючи логопеда.

Курс вокальних управ розрахований на 2-3 тижні при щоденних заняттях.

**Деякі особливості методики навчання стравохідному голосу осіб, що перенесли розширену екстирпацію й операцію по типу операції Крайля з резекцією кореня язика.** Навчання звучному мовленню осіб, що перенесли розширену екстирпацію гортані й операцію по Крайлю (із резекцією кореня язика), у порівнянні з навчанням хворих, що перенесли звичайне видалення гортані, більш тривале. Це пояснюється тим, що після резекції кореня язика втрачається його рухливість, що вкрай утруднює, а часом і унеможлиблює рухи язиком.

Деякі хворі відчувають труднощі при повертанні голови вправо і вліво. Вони не можуть нахилити голову вперед або відвести її, іноді не можуть підняти руки вгору. Заняття з такими хворими починають з пасивних артикуляційних вправ (рухи язиком вправо, уліво, нагору й униз,

потьохкування, піднімання язика до верхнього альвеолярного відростка й Ін.).

Зазначені вправи пацієнт повторює самостійно 5-6 разів у день від 3 до 5 хв. Одночасно він приступає до занять лікувальною фізкультурою. Тільки після 2-3 тижнів занять лікувальною фізкультурою й артикуляційними вправами, коли збільшується обсяг рухів язика, можна починати вправи першого етапу.

У цієї групи хворих відзначається більш швидка стомлюваність, ніж у тих, хто переніс звичайну ларінгектомію, у зв'язку з чим до вправ по викликанню звука варто переходити обережно. Надалі відновлення звучного мовлення проводиться за викладеною методикою.

**Особливості навчання хворих із зниженим слухом.** Серед осіб, що перенесли ларінгектомію, нерідко зустрічаються хворі зі зниженим слухом. Деякі з них чують тільки голосну мову і користуються слуховими апаратами.

Ларінгектомовані з різко зниженим слухом опановують стравохідним голосом у звичайні терміни (від 1 до 1 1/2 міс.), але при їхньому навчанні необхідно звертати увагу на одну істотну обставину. У них часто відсутній контроль гучності викликаного звука, оскільки свій голос вони чують погано або не чують зовсім. Треба застосовувати такий методичний прийом: при виконанні стравохідним голосом управ хворий прикладає руку до передньої поверхні шиї і тактильно відчуває гучність звука. Цей прийом особливо допомагає при вимові великих фраз. Надалі пропонується обходитися без контролю руки, але не відразу, а поступово, щоб уникнути втрати навички спілкуватися стравохідним голосом.

При проведенні відновлення звучної вимови у хворих із зниженим слухом рекомендується притримуватися зазначеної вище методики. Аналіз роботи і катamnестичні спостереження за такими хворими дають підставу рекомендувати описаний прийом.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ І ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ГОРТАНІ**

Завдяки поліпшенню ранньої діагностики, удосконаленню методики і техніки хірургічних втручань, широкому застосуванню антибіотиків ЛОР-онкологи стали розширювати показання до поміркованих хірургічних втручань із приводу новоутворень гортані. За останні десятиліття розроблений ряд модифікацій резекції гортані: екстірпація надгортанника, горизонтальна резекція, діагональна, або сагітальна, геміларінгектомія, хордектомія і розширена хордектомія. Всі ці операції зберігають дихальні функції. Відновлення голосової функції в даній групі хворих набуває великого соціального значення.

Питаннями поміркованих операцій, на гортані займалися багато вітчизняних і закордонних авторів, вони проаналізували стан вентиляційної функції легень у хворих, що перенесли резекцію гортані, але вони не пов'язують питання дихальних функцій у хворих цієї групи з голосо- і мовленнєвим утворенням. Відзначається тільки, що після хірургічного втручання порушуються умови аеродинаміки, зменшується опір верхніх дихальних шляхів. Поява слизу і шкурок на стінках бронхів і трахеї збільшує турбулентність повітряного потоку, і його швидкість знижується. Л.А. Бухман і співавт. (1977) відзначають зміну дихальної і фонаторної функцій у цієї групи хворих, але також не дають рекомендацій щодо нормалізації дихальної функції. Важко погодитися з запропонованими артикуляційними вправами, тому що мовна моторика в хворих цієї групи після операції не змінюється. Стимуляція акцентуованого шепотіння гальмує включення голосу в спонтанну промову.

Як відомо, дихальна система є основним джерелом енергії для утворення звуків мовлення. Характер мовленнєвих дихальних рухів своєрідно змінюється, причому особливості керування ними впливають із необхідності одночасного забезпечення функцій легеневого газообміну і

створення визначених акустичних ефектів. Нормалізація дихання повинна бути одним із найголовніших моментів при проведенні реабілітаційних заходів. Клінічні спостереження багатьох авторів стверджують, що хворі скаржаться на нестачу повітря при шепітному мовленні, задишку при ходьбі. Деякі відзначали постійне відчуття недостачі повітря («стало важко дихати»).

С.Л. Таптаповою проведені дослідження дихальної функції в 102 хворих (із них 8 жінок), що перенесли хордектомію (28), передньобокову (30), правобічну (27), лівосторонню (8) і горизонтальну (9) резекції гортані.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводиться перед початком відновлювальної терапії, в момент обертання, після першої психотерапевтичної бесіди. Визначалися зміни параметрів зовнішнього дихання, що мають значення при мовленні: частота дихання за хвилину, хвилиний обсяг дихання (у літрах за хвилину), ЖЄЛ (у мілілітрах і у відсотках від належного розміру), обсяг форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ у мілілітрах за секунду й у відсотках від ЖЄЛ), співвідношення часу видиху і часу вдиху, час довільної затримки подиху на вдиху в секунду. Дослідження проводилося в ранкові часи. З загального числа 28 хворих були обстежені багаторазово: до реабілітаційної терапії (I), через 2-3 тижні занять лікувальною фізкультурою (II) і після завершення фонopedичної терапії і занять лікувальною фізкультурою (III).

До реабілітаційної терапії (перше обстеження) у багатьох хворих були порушені показники зовнішнього дихання: знижена ЖЄЛ (у 21 із 34), прискорене дихання (у 21), зменшений обсяг форсованого видиху (у 10). Всі хворі не могли довго затримувати дихання на вдиху, що було пов'язано безпосередньо з операцією.

Після первинного обстеження усі хворі приступали до спеціально розробленого лікарем Э. Я. Золотарьовою комплексу лікувально-фізкультурних вправ, що включає дихальну гімнастику.

Після 2 тижнів систематичних занять проводилося повторне спірографічне дослідження. На повторній спірограмі в хворих, як правило, відзначалося зменшення частоти дихання, проте інші показники змінювалися незначно.

На 3-4-ому тижні систематичних занять лікувальною фізкультурою спостерігалось поліпшення ряду параметрів зовнішнього дихання: нормалізувалася ЖЄЛ, збільшувався обсяг форсованого видиху і з'являлася можливість робити невеличку затримку на вдиху. Це дозволяло приступити до виконання фонопедичних вправ. Перед операцією хворих орієнтували на можливість відновлення голосу надалі.

Відомо, що після горизонтальної резекції гортані голосоутворення здійснюється збереженими голосовими складками, одномоментно голосовими і вестибулярними складками, голосовими складками і рубцями, що з'явилися на місці віддаленої вестибулярної складки. У осіб, що перенесли хордектомію, на місці голосової складки розвивається рубцева тканина, вестибулярна ж складка на оперованій стороні гортані гіпертрофується і починає виконувати фонаторну функцію. Голосоутворення відбувається за рахунок вібрації здорової голосової і вестибулярної складок: здорова голосова складка прилягає до гіпертрофованої вестибулярної, закриває голосову щілину. Нерідко в процесі голосоутворення бере участь рубець, що з'явився.

Ці фізіологічні особливості голосоутворення після резекції гортані потребували диференційованої фонопедичної терапії. Фонопедична терапія проводилася одночасно з заняттями лікувальною фізкультурою, причому акцент робився на діафрагмальне дихання.

### **Відновлення голосу після резекції гортані.**

Хворим пропонувалася вправа «дугтя в губну гармошку» із метою нормалізації співвідношення вдиху і видиху, а також стимуляції прямування в анатоμο-фізіологічних структурах гортані. Крім того, за вказівкою логопеда вони повинні були вимовляти з дещо опущеною головою склади і



слова, що починаються з глухих приголосних. звуків (К, Т, П) (див. розділ «Методика відновлення звучного мовлення після ларінгектомії»).

Тільки з'явиться можливість вимови голосним, глухим, погано модульованим голосом короткої фрази зі спеціально підібраного матеріалу хворим пропонують вимовити сполучення йотованих і голосних звуків. Найбільше ефективними були вправи з йотованим звуком у сполученні з голосним, після чого переходили до вимови ізольованого голосного звука.

Хворі, що перенесли передньобочкові резекції гортані, значно довше не могли вимовити сполучення йотованих і голосних звуків, у той час як після розширеної хордектомії і половинних резекцій гортані (правобічних або лівобічних) хворі значно швидше освоювали рекомендовані вправи.

Як тільки пацієнти одержували можливість говорити голосним, але ще погано модульованим голосом, вони приступали до виконання вокальних вправ. У цей час утретє проводиться спірографічне дослідження, що показує, що застосування комплексу лікувально-фізкультурних вправ дозволяє нормалізувати параметри зовнішнього дихання, перераховані вище і настільки необхідні для голосоутворення. У всіх хворих з'являється можливість робити затримку дихання на вдиху, помітно збільшується її час. Крім того, у чоловіків до 55 років і жінок до 50 років вірогідно збільшується ЖЄЛ, рідшою стає частота дихання. Проте в людей похилого віку таких достовірних змін у функції зовнішнього дихання не відзначається, що, певно, пов'язано зі зниженням компенсаторних можливостей у цьому віці. В окремих випадках наближення до норми досліджуваних параметрів відбувається в дещо більш пізні терміни - на 6-7-й тижні систематичного виконання вправ, що, мабуть, пов'язано з загальною детрнованістю.

Завершальним періодом відновлення голосу є проведення вокальних вправ, мета яких - розширення діапазону, збільшення модуляцій. Вони проводяться в діапазоні мовного голосу («ля» малої октави, «до» I октави і «ми» - «соль» першої октави) .

У результаті вокальних вправ усі хворі говорять достатньо голосним модульованим голосом у діапазоні квінти першої октави, при спілкуванні по телефону і на роботі утруднень не відчують.

## **СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЛАРІНГЕКТОМІЮ АБО РЕЗЕКЦІЮ ГОРТАНІ**

Соціальна адаптація хворих після ларінгектомії нерозривно пов'язана з відновленням звучного мовлення.

Відтворювальна терапія являє собою комплекс заходів, лікувальних методів і засобів, спрямованих на відновлення порушених хворобою функцій і спроможностей, а іноді слугують для навчання допоміжним функціям замість дефектних.

Відновлення в таких хворих звучного мовлення є тим засобом, за допомогою якого досягається їхнє пристосування до нормального життя в суспільному середовищі і до трудової діяльності. Слід зазначити, що значення відновлення звучного мовлення і взаємовідносин хворого з навколишніми не обмежується тільки питаннями його працездатності і працевлаштування, незважаючи на їхню першорядну важливість.

Соціальна адаптація хворого означає різноманітні соціальні зв'язки в сім'ї, побуті, його взаємовідносини в суспільстві . Крім того, адаптація хворих, що перенесли операцію на гортані, залежить не тільки від ступеня відновлення звучного мовлення, але і від їхнього психічного стану. У зв'язку з цим істотне значення мають взаємовідносини хворих із їхнім найближчим оточенням у післяопераційному періоді. У цьому важливу роль відіграє стан звучного мовлення поряд з особливостями поведження і фізичного стану, такими, як дихання через трахеостому, невиносливість до ряду фізичних шкідливостей і ін.

Всі ці обставини визначають відбудовну програму, якої потребують хворі в процесі проведення діагностичних, хірургічних і відновно-терапевтичних заходів.

Взаємозв'язок соціальної адаптації і відновлення звучного мовлення підкреслювався рядом авторів. Так, М. Земан відзначав, що саме радикальне оперативне втручання стало частіше застосовуватися в зв'язку з можливостями відбудовної терапії: «Хворий і хірург тепер частіше згоджуються на ларінгектомію, бачачи, що втрачений голос можна замінити "новим, особливим механізмом фонації"».

На нерозривний зв'язок відновлення звучного мовлення і соціальної адаптації указують В. В. Лазо (1976), Г. И. Мельникова (1982). Основними показниками відновлення працездатності після тотальної ларінгектомії М. И. Светлаков (1964) вважає «виховання звучного мовлення і перебудову функцій зовнішнього дихання». Як і інші автори, він підкреслює необхідність враховувати професію і фах хворих.

Розглядаючи аспекти відбудовних заходів, ряд авторів указують на тісний взаємозв'язок відновлення звучного мовлення і психічного стану хворих .

Відновлення психічного стану означає подолання депресивності, покірності, байдужності і свідомості своєї неповноцінності, що забезпечується успішним створенням звучного мовлення і фізичного зміцнення хворого.

Багато авторів звертають увагу на необхідність відповідного психотерапевтичного ведення хворих із того моменту, як прийняте рішення про ларінгектомію. Несприятливими чинниками, що перешкоджають адаптації хворих, є психічна нестійкість, труднощі відновлення звучного мовлення, турботи про подальший матеріальний добробут, соматичний стан, зокрема потворну зовнішність (трахеостома і неприємні для оточуючих виділення з неї ). Зовнішні несприятливі чинники усе сильніше починають діяти на хворих після їхньої виписки з ЛОР-онкологічного стаціонару. Сумація таких зовнішніх впливів веде до психічної ізоляції хворого, що у свою чергу сприяє зануренню в переживання, що може привести до депресії.

Позитивними чинниками вважаються , успішне відновлення звучного мовлення, психотерапевтичний вплив і позитивні міжособистісні відношення хворих із мікросередовищем, у тому числі ставлення навколишніх до них. Головним показником соціальної адаптації служить звучна промова, завдяки якій хворий може повернутися до своєї професії.

При цьому рекомендовано швидке включення хворих у виробничу і суспільну роботу, у процесі якої він повсякденно спілкується зі здоровими людьми. Як і сама праця, таке спілкування відриває хворих від концентрації уваги на переживаннях, пов'язаних із захворюванням, і допомагає перебороти психічну травму.

Становить інтерес стисле ознайомлення з установками і методами реабілітації на Заході, що одержують відбиток в органі Французької асоціації ларінгектомованих «L' espoir di mutile de la voix».

Подібні асоціації існують також у Бельгії, Англії, Іспанії, Данії, Швеції. З огляду на труднощі працевлаштування ларінгектомованих у цих країнах, у тому числі повернення їх на попереднє місце роботи, підтримку матеріального положення, турботу про їх відносний соціальний добробут, а іноді і працевлаштування виявляє така асоціація, що є філантропічною організацією. У світлі цих завдань основна увага належить питанням організації умов відновлення звучного мовлення. Широко подана інформація про основні результати відбудовної терапії і соціальної адаптації після ларінгектомії. Асоціація організує пансіонати для самотніх хворих, яким необхідна підтримка .

Для більшості хірургічних утручань, особливо ларінгектомії, важлива відповідь на питання хворих, чи будуть вони після операції активні і діяльні відповідно своєму віку або ж проведуть залишок життя пасивно. Проведено обстеження хворих у віддалені терміни. Автори розрізняють такі основні етапи лікування: 1) соматичне лікування, особливо в літньому віці, як до, так і після операції; 2) відновлення можливості спілкуватися за допомогою звучного мовлення, що залежить від уміння виробити стравохідний голос, а

також від методів навчання стравохідному мовленню; 3) психологічний аспект проблеми, що залежить від ходу загосення, навчання мовленню, а також відновлення працездатності, можливості спілкування; 4) розв'язання соціальних проблем. На самкінець вказується, що при своєчасному проведенні психотерапевтичної підготовки до операції можливе майже повне повернення хворого до звичайного життя після ларінгектомії.

Природно, що в нашій країні проблема відновлення соціального статусу хворих не може обмежуватися логовідновлювальною терапією, хоча і є її головною ланкою. У процесі роботи і катамнестичних спостережень виявлені різноманітні чинники й умови, як сприятливі, так і такі, що перешкоджають адаптації хворих. Відповідно до цього розроблений комплекс відбудовних заходів щодо такої програми:

1. Логовідбудовна терапія, спрямована на утворення псевдоголосової щілини, відтворення звуку стравохідного голосу, уведення його в спонтанну мову і робота над його тембром і модуляціями.

2. Психотерапія, цільові настанови якої залежать від стану хворого й етапу відбудовної логотерапії.

3. Робота з родичами і близькими хворого по виробленню в них правильного ставлення до його захворювання, необхідності відновлення звучного мовлення і при можливості повернення до своєї трудової діяльності.

4. Рекомендації хворому щодо режиму праці і відпочинку, а також безпосередньому поведженню в мікросередовищі.

Зміст психотерапії знаходиться в безпосередній залежності від психічного стану хворого, ставлення до факту захворювання, віри в можливість відновлення звучного мовлення, повернення до трудової діяльності.

Вже під час першої бесіди-обстеження логопед визначає ставлення хворого до факту захворювання і можливості відновлення звучного мовлення, знайомиться з його планами на майбутнє. У ряді випадків

ятрогенні впливи значно погіршують реакцію на захворювання і психічний стан хворих. Саме тому необхідна правильна психотерапевтична підготовка до операції з того моменту, як прийняте рішення про проведення операції.

Осіб, що не досягли пенсійного віку, доцільно орієнтувати на продовження трудової діяльності після операції і проведення логовідбудовної терапії. Це дозволить у предопераційному і післяопераційному періодах деякою мірою відвернути від думок про їх подальший соціальний статус, а також про матеріальне положення сім'ї в майбутньому.

Важливим чинником, що позитивно впливає на хворого, 70 є усвідомлення ним своєї соціальної значимості, свого положення в трудовому колективі. Роль і положення на роботі, думки про відношення до нього колективу, як правило, стають домінантою в період логовідбудовної терапії.

На початку логовідбудовуючої терапії необхідно запросити для бесіди родичів хворого. При знайомстві з ними стає зрозумілою ситуація в сім'ї, тобто наявність конфліктів, чинників, що негативно впливають на хворого, задовго до захворювання, елементів байдужесті, до подальшої долі хворого, страх заразитися від нього і т.д., або ж відсутність чинників, що негативно впливають, і лише прояви тривоги за подальше здоро'я і долю хворого. Дуже часто саме рідні і близькі вказують, що хворий не зможе жити без роботи, що все його життя – це робота

Навіть при турботливому відношенні сім'ї найважливіше стимулюючим чинником для хворого є свідомість, що на роботі його чекають, піклуються про нього, хочуть скоріше бачити в колективі. Найбільш негативно діють тривала конфліктна ситуація, що мала місце ще до хвороби, і свідомість, що на роботі не тільки не зацікавлені в поверненні хворого, але навіть хочуть позбутися від нього. Особливо негативне поєднання подібного положення з конфліктним або байдужим ставленням до хворого в сім'ї, що виявляє зацікавленість в його працездатності лише з матеріальної точки зору. У таких випадках логопеди неодноразово

зустрічаються з рідними і близькими, проводять роз'яснювальні бесіди, допомагають поліпшити обстановку в сім'ї.

При психічних порушеннях проводять раціональну психотерапію, спрямовану на корекцію психогенних симптомів, і відповідне медикаментозне лікування. Логотерапія в цих випадках застосовується у відповідних модифікаціях (збільшення тривалості етапів, зменшення навантаження, подовження періоду занять до 3 міс.).

Такі основні елементи програми, здійснюваної в період відбудовної логотерапії.

Застосування комплексу заходів з урахуванням особистісних особливостей хворих показує в більшості випадків стійкість результатів проведеної відбудовної терапії. На основі анонімного анкетування отримані дані, що становлять особливий інтерес для аналізу соціально-трудової адаптації цієї групи хворих.

Основну вікову групу складають особи 46-55 років (65%). У віці 46-55 років перенесли ларінгектомію 73% хворих. Після ларінгектомії прожили 6-9 років 35%, 4 роки- 17,7%, 2-3 роки-29,4% хворих. До колишньої трудової діяльності повернулося 18,6%, перейшло на більш легку роботу 21,2%, не працює й одержує пенсію по інвалідності 60,2% хворих. У групі непрацюючих по інвалідності 19% хочуть відновити трудову діяльність, проте наявність II групи інвалідності виключає таку можливість. З числа тих, що продовжують трудову діяльність (39,8%) у 47% робота не пов'язана з голосовим навантаженням, а 53% продовжують працювати з голосовим навантаженням.

За даними анкетування, при відновленні звучного мовлення варто зосереджувати увагу на двох параметрах: поліпшенні функції дихання і нормалізації нервовопсихічного статусу (43,2% хворих відзначають поліпшення, 39% - задишку при ходьбі, 2,5%-постійну задишку, 25% - відчуття нестачі повітря. Порушення, виявлені як залишкові, кваліфікуються

в рамках астеноневротичних реакцій з емоційними розладами (періодичного зниження настрою, підвищеної дратівливості, порушення сну).

Найбільше значимими в погіршенні або нестійкості стравохідного голосу є психогенні ситуації сімейно-виробничого характеру, а також погіршення загальносоматичного стану.

**Віддалені результати відновлення голосу після резекції гортані**  
Проведені С.Л. Гаптаповою катамнестичні спостереження (5 років) показали, що пацієнти продовжують звичну трудову діяльність. З 102 хворих 5 змінили роботу (раніше були зайняті на шкідливому виробництві), а інші продовжують трудову діяльність, беруть участь у громадському житті, не відзначають утруднень при спілкуванні.

Проведено анонімне анкетування 100 хворих після часткових резекцій гортані. З них 52,8% склали особи молодші за 55 років. З числа цих хворих до колишньої роботи повернулося 70,9%. У 43,6% трудова діяльність пов'язана з великим голосовим навантаженням, у 16,4% - з обмеженим і тільки 10,9% працюють без голосового навантаження.

Більшість тих, хто відповідав на запитання анонімної анкети, повідомили, що самопочуття добре (54,3%). 33,5% почувають себе добре, але швидко стомлюються. На загальну слабкість скаржиться 12,2% хворих. Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати, що велика частина опитаних (77,6%) відчують стомлення тільки при тривалих голосових навантаженнях.

Основною причиною погіршення голосу хворі вважають нервозну обстановку (63,6%). Значне місце займає погіршення загального стану (32,7%), вплив зміни погодних умов (холод або духота відповідно 25,4 і 21,8%). 60% хворих вважають патогенним комплекс чинників, що викликають погіршення голосу.

Беручи уваги характер чинників, що впливають на голосову функцію, вагу основного захворювання і високий відсоток повернення до трудової



діяльності, соціально-трудова реабілітацію цієї групи хворих можна вважати гарною.

## **ВИСНОВОК**

Відновлення звучного мовлення в хворих, що перенесли ларінгектомію або резекцію гортані, знаходиться на стику фізіології, клінічних дисциплін (ЛОП-онкологія, психіатрія) і спеціальної педагогіки.

Запропонований метод утворення стравохідного голосу простий, раціональний і, як показав досвід С.Л.Таптапової, ефективний у 88% випадках при комплексній роботі оторіноларінголога, психіатра, лікаря лікувальної фізкультури і логопеда. Відновлення голосу після резекцій гортані спостерігається в 94% випадків.

Враховуючи переважання в обох групах хворих трудового віку, на підставі катамнестичних даних можна рекомендувати розроблені методи для широкого впровадження в практику охорони здоров'я. Завдяки комплексному відновлювальному лікуванню велике число людей, що перенесли операції на гортані, можуть повернутися до трудової діяльності.

## **Література**

**Таптапова С.Л.** Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани. - М.: Медицина, 1985. - 95 с.

**Таптапова С.Л.** Коррекционно-логопедическая работа при нарушении голоса. - М.: Медицина, 1984. - 89 с.

**Зарицкий Л.Н.,** Тринос В.А., Тринос Л.А. Практическая фониатрия. - К.: Вища школа, 1984. - 85 с.

Логпедия. Под ред. Волкова Л.С., Шаховской С.Н. Москва : Владос, 1999. - 265 с.