

© Team of authors, 2026 / © Коллектив авторов, 2026

3.1.9. Surgery, 3.1.6. Oncology, radiation therapy, 5.8.3. Correctional Pedagogy /

3.1.9. Хирургия, 3.1.6. Онкология, лучевая терапия, 5.8.3. Коррекционная педагогика

Early rehabilitation of patients after radical surgical or combined treatment of oropharyngeal tumors: an interdisciplinary approach

M.Sh. Magomed-Eminov ¹, D.V. Uklonskaya ^{2,3,4}, Yu.Yu. Gorchak ^{4,5}, D.N. Reshetov ^{4,5}, A.N. Uklonskiy ⁴, M.S. Fedina ^{4,5}, Yu.M. Zborovskaya ¹, E.V. Kosova ⁶¹Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia²The Institute of Special Education, Moscow, Russia³Moscow City University, Moscow, Russia⁴Central Clinical Hospital "RZD-MEDICINE", Moscow, Russia⁵The Russian University of Medicine, Moscow, Russia⁶The Treatment-Rehabilitation Center, Moscow, Russia

Contacts: Uklonskaya Daria Viktorovna – e-mail: d_uklonskaya@mail.ru

Ранняя реабилитация пациентов после радикального хирургического или комбинированного лечения опухолей орофарингеальной зоны: междисциплинарный подход

М.Ш. Магомед-Эминов ¹, Д.В. Уклонская ^{2,3,4}, Ю.Ю. Горчак ^{4,5}, Д.Н. Решетов ^{4,5}, А.Н. Уклонский ⁴, М.С. Федина ^{4,5}, Ю.М. Зборовская ¹, Е.В. Косова ⁶¹ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия²ФГБНУ Институт коррекционной педагогики, Москва, Россия³ГАОУ ВО Московский городской педагогический университет, Москва, Россия⁴ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Москва, Россия⁵ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава РФ, Москва, Россия⁶ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Контакты: Уклонская Дарья Викторовна – e-mail: d_uklonskaya@mail.ru

口咽部肿瘤根治性手术或综合治疗后患者的早期康复：跨学科方法

M.Sh. Magomed-Eminov ¹, D.V. Uklonskaya ^{2,3,4}, Yu.Yu. Gorchak ^{4,5}, D.N. Reshetov ^{4,5}, A.N. Uklonskiy ⁴, M.S. Fedina ^{4,5}, Yu.M. Zborovskaya ¹, E.V. Kosova ⁶¹罗蒙诺索夫莫斯科国立大学, 莫斯科, 俄罗斯²特殊教育研究所, 莫斯科, 俄罗斯³莫斯科城市大学, 莫斯科, 俄罗斯⁴“RZD MEDICINE”中央临床医院, 莫斯科, 俄罗斯⁵俄罗斯医科大学, 莫斯科, 俄罗斯⁶治疗与康复中心, 莫斯科, 俄罗斯

联系人: Uklonskaya Daria Viktorovna – e-mail: d_uklonskaya@mail.ru

This paper researches and substantiates the significant role of early rehabilitation of impaired or lost breathing, swallowing, and speech functions after radical surgical or combined treatment of oropharyngeal tumors.

The purpose of the study is the optimization and increasing the effectiveness of comprehensive rehabilitation aimed at breathing and speech function recovery, as well as eating act recovery, in patients after surgical treatment of oropharyngeal tumors.

Material and methods. The prospective study was conducted in several stages. A multidisciplinary team of specialists observed 82 patients (56 men and 26 women, aged 31 to 89 years) after surgical treatment of oropharyngeal tumors. The prehabilitation stage included joint consultations with the oncologist and speech pathologist; comprehensive preparation of patient for surgery; preliminary speech therapy, aimed at developing the functional basis for breathing, voice, and pronunciation. In early postoperative period a comprehensive speech assessment and Screening I (evaluation of swallowing function, speech intelligibility, and the rehabilitation potential level) were conducted. Based on the data obtained, a personalized rehabilitation program was developed for each patient. Early speech therapy with psychological support was initiated with the permission of the oncologist in a gentle way, then continued during the inpatient period and then during an outpatient period. Upon completion the psychological-pedagogical rehabilitation course, Screening II was conducted (re-evaluation of swallowing function, speech intelligibility, and the rehabilitation potential level).

Discussion. Comprehensive rehabilitation program realization for patients with acquired defects and deformities of the oropharyngeal zone resulted in a positive effect across all aspects of the examination. Early starting of breathing and swallowing functions recovery, as well as speech function recovery, helped to prevent the development of pathological

compensatory mechanisms and to increase the effectiveness of the rehabilitation process. A comparison of Screening I and Screening II data using the Mann-Whitney U-test revealed a significant reduction in dysphagia and speech disorders and a significant increase in rehabilitation potential.

Conclusion. Following the early rehabilitation principle, as well as using of an interdisciplinary approach to rehabilitation, contributes to the highly effective recovery of impaired or lost breathing, swallowing, and speech functions after surgical treatment of oropharyngeal tumors.

Keywords: early rehabilitation, prehabilitation, dysphagia, acquired speech disorders, oropharyngeal tumors, principle of ablasticity, rehabilitation potential

Conflict of interest. The authors have no conflicts of interest.

Funding. The work was performed without external funding.

For citation: Magomed-Eminov M.Sh., Uklonskaya D.V., Gorchak Yu.Yu., Reshetov D.N., Uklonskiy A.N., Fedina M.S., Zborovskaya Yu.M., Kosova E.V. Early rehabilitation of patients after radical surgical or combined treatment of oropharyngeal tumors: an interdisciplinary approach. *Head and Neck. Russian Journal.* 2026;14(1):98–105

Doi: 10.25792/HN.2026.14.1.98-105

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

В работе рассматривается и обосновывается значимая роль раннего начала реабилитации нарушенных или утраченных функций дыхания, глотания и речи после радикального хирургического или комбинированного лечения опухолей орофарингеальной зоны.

Цель исследования: оптимизация и повышение эффективности комплексной реабилитации, направленной на восстановление дыхательной и речевой функций, а также процесса приема пищи после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны.

Материал и методы. Проспективное исследование осуществлялось в несколько этапов. Под наблюдением междисциплинарной команды специалистов находились 82 пациента (56 мужчин и 26 женщин в возрасте от 31 до 89 лет) после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны. Этап пререабилитации включал совместное консультирование оперирующего хирурга-онколога и логопеда, многоаспектную подготовку пациента к операции, а также предварительную логопедическую работу, направленную на подготовку функционального базиса дыхания, голоса и произношения. В раннем послеоперационном периоде проводилось комплексное исследование речевого статуса и скрининг I (оценка функции глотания, разборчивости речи и уровня реабилитационного потенциала). На основе полученных данных формировалась персонализированная программа реабилитации для каждого пациента; при отсутствии противопоказаний в щадящем режиме начиналась ранняя логопедическая работа с психологическим сопровождением, которая продолжалась в период нахождения пациента в стационаре и далее – амбулаторно. На этапе завершения курса психолого-педагогической реабилитации был проведен скрининг II (повторная оценка функции глотания, разборчивости речи и уровня реабилитационного потенциала).

Обсуждение. В результате реализации программы комплексной реабилитации пациентов с приобретенными дефектами и деформациями орофарингеальной зоны был отмечен положительный эффект по всем аспектам проведенного обследования. Раннее начало восстановления функций дыхания и глотания, а также речевой функции способствовало профилактике формирования патологических компенсаторных механизмов и повышению эффективности реабилитационного процесса. Сравнение данных скрининга I и скрининга II с помощью U-критерия Манна–Уитни показало значимое снижение проявлений дисфагии, нарушений речи и значимое повышение уровня реабилитационного потенциала.

Заключение. Следование принципу ранней реабилитации, а также применение междисциплинарного подхода в реабилитации способствует высокой эффективности восстановления нарушенных или утраченных функций дыхания, глотания и речевой функции после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны.

Ключевые слова: ранняя реабилитация, пререабилитация, дисфагия, приобретенные расстройства речи, опухоли орофарингеальной зоны, принцип абластичности, реабилитационный потенциал

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Магомед-Эминов М.Ш., Уклонская Д.В., Горчак Ю.Ю., Решетов Д.Н., Уклонский А.Н., Федина М.С., Зборовская Ю.М., Косова Е.В. Ранняя реабилитация пациентов после радикального хирургического или комбинированного лечения опухолей орофарингеальной зоны: междисциплинарный подход. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал.* 2026;14(1):98–105

Doi: 10.25792/HN.2026.14.1.98-105

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

本文研究并论证了：在口咽部肿瘤根治性手术或综合治疗后，针对受损或丧失的呼吸、吞咽与言语功能开展早期康复具有重要意义。

研究目的：优化并提高综合康复的有效性，使口咽部肿瘤术后患者的呼吸与言语功能以及进食功能得到恢复。

材料与amp;方法：本前瞻性研究分多个阶段进行。由多学科专家团队对 82 例口咽部肿瘤术后患者进行随访观察（男 56 例、女 26 例，年龄 31–89 岁）。

术前康复（prehabilitation）阶段包括：肿瘤科医师与言语治疗师（言语病理师）的联合会诊；患者围手术期的综合准备；以建立呼吸、发声与构音功能基础为目标的初步言语治疗。

术后早期开展：全面言语评估与筛查 I（吞咽功能、言语清晰度以及康复潜力水平评估）。据此为每位患者制定个性化康复方案。在肿瘤科医师许可下，以温和方式启动早期言语治疗并提供心理支持；随后在住院期继续实施，并延续至门诊阶段。心理—教育康复课程结束后，进行筛查 II（再次评估吞咽功能、言语清晰度与康复潜力水平）。

讨论：针对获得性口咽区缺损与畸形患者实施综合康复方案后，在各项检查指标上均取得积极效果。尽早启动呼吸与吞咽功能恢复及言语功能恢复，有助于预防病理性代偿机制的形成，并提高康复过程的有效性。采用 Mann–Whitney U 检验对筛查 I 与筛查 II 数据进行比较，结果显示：吞咽困难与言语障碍显著减少，康复潜力显著提高。

结论：遵循早期康复原则并采用跨学科康复模式，可显著促进口咽部肿瘤手术后受损或丧失的呼吸、吞咽与言语功能的高效恢复。

关键词：早期康复；术前康复；吞咽困难；获得性言语障碍；口咽部肿瘤；无瘤原则；康复潜力

利益冲突：作者声明无利益冲突。

经费来源：本研究未获得任何经费资助。

引用格式：Magomed-Eminov M.Sh., Uklonskaya D.V., Gorchak Yu.Yu., Reshetov D.N., Uklonskiy A.N., Fedina M.S., Zborovskaya Yu.M., Kosova E.V. Early rehabilitation of patients after radical surgical or combined treatment of oropharyngeal tumors: an interdisciplinary approach. *Head and Neck. Russian Journal*. 2026;14(1):98–105

Doi: 10.25792/HN.2026.14.1.98-105

作者对所呈现数据的原创性以及发表插图材料（表格、图示、患者照片）的可能性负责。

Введение

Проблема реабилитации онкологического больного после радикального хирургического или комбинированного лечения в современном мире приобретает все более высокую значимость. Успешное проведение обширных хирургических вмешательств с использованием микрохирургической техники, а также достижения в области одномоментной функционально-сберегающей реконструкции сложных дефектов все чаще позволяют сохранить жизнь онкологических пациентов при максимальном стремлении к сохранению анатомических структур в целях снижения выраженности послеоперационных функциональных расстройств [1–7]. Для достижения онкологической радикальности при хирургическом лечении необходимым является отступ от опухоли на 1,0 и более см для достижения границ резекции R0, что значительно снижает риск возникновения рецидива заболевания; однако требует повышенного внимания к комплексной реабилитации нарушенных или утраченных функций в стремлении к достижению достойного качества жизни (КЖ). Среди

значимых условий ее эффективности чаще всего указываются начало на раннем этапе, непрерывность и преемственность.

Необходимость максимально раннего начала реабилитационных процессов подчеркивалась еще в конце прошлого века [8, 9]. Мультиmodalный подход Fast Track Surgery к ведению пациентов на предоперационном, операционном и послеоперационном этапах, направленный на снижение стрессовой реакции организма на оперативное вмешательство, сокращение времени восстановления после операции и снижение финансовых затрат, был предложен в хирургии H. Kehlet и D.W. Wilmore в 1995 г. В 1997 г. H. Kehlet был сформулирован протокол быстрого восстановления, составивший основу концепции ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), которая впервые была введена в практику в абдоминальной хирургии, а в настоящее время широко применяется по всему миру [10].

Проблема ранней реабилитации остро стоит в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Помимо спектра функциональных и структурных нарушений жизнедеятельности организма в этой ситуации неизбежно возникает ряд последствий

вынужденного искусственного ограничения двигательной и когнитивной активности пациента, т.н. «феномен наученного неиспользования» («learned non-use»). В целях компенсации и ликвидации его последствий и сохранения преморбидного статуса социализированности пациента активно применяется реабилитационный комплекс «Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии» (РеабИТ), одним из ключевых аспектов которого является ранняя реабилитация пациента [11–13].

Принцип абластичности операции у онкологических больных делает обязательным удаление органа или большей его части в едином блоке с локо-регионарным лимфатическим коллектором, что обуславливает повреждение расположенных рядом сосудисто-нервных структур. Локо-регионарная лимфодиссекция предполагает мобилизацию тканей с практически полным удалением подкожной клетчатки, что сопровождается микроциркуляторными нарушениями и нейротрофическими расстройствами, увеличивающими вероятность гнойно-некротических осложнений. Травматизация визуально неразличимых нервных структур нарушает нервную регуляцию органов в зоне оперативного вмешательства и мышц плечевого пояса на стороне операции. Дисфункция плечевого сустава на стороне операции отмечена у всех больных, перенесших ларингэктомию с фасциально-фулярной лимфодиссекцией [14].

Развитию воспалительно-тромботических осложнений способствует повреждение нервных волокон и, как следствие, длительный спазм сосудов. Сужение просвета сосудов замедляет скорость кровотока в сосудах плечевого пояса и всей верхней конечности, что в свою очередь ухудшает крово- и лимфообращение на стороне операции. Повреждение лимфатических сосудов нарушает лимфоотток, что еще в большей степени усугубляет нарушения микро- и макроциркуляции [15, 16].

Лучевое воздействие усугубляет различные органические и функциональные нарушения [17]. Способ проведения и индивидуальная чувствительность к лучевому воздействию определяют выраженность формирующихся морфофункциональных нарушений. Лучевой фиброз тканей также негативно отражается на состоянии крово- и лимфообращения, усиливая послеоперационные нарушения иннервации [18].

Расстройства, формирующиеся у пациента после хирургического и/или лучевого лечения, взаимосвязаны и взаимообусловлены. В результате у пациента формируются и прогрессивно развиваются различные функционально-органические нарушения органов, мышц шеи, плечевого сустава и верхней конечности.

Поскольку орофарингеальная зона отличается небольшими размерами, но сложным анатомическим строением и высокой физиологической насыщенностью, даже небольшой анатомо-физиологический дефицит в этой зоне влечет за собой выраженные расстройства функций. Среди специфических послеоперационных нарушений необходимо отдельно отметить расстройства дыхания и глотания, что зачастую требует питания через назогастральный зонд, а также использования трахеостомической трубки (часто с манжетой). Длительное использование таких альтернативных способов питания и дыхания существенно снижает КЖ. Нарушения дыхания и глотания усугубляют общую соматическую ослабленность и ухудшают общее течение процесса реабилитации. Речевые расстройства ограничивают вербальную коммуникацию. Компенсация перечисленных нарушений является основной целью ранней комплексной реабилитации и ресоциализации.

Мы рассматриваем данную категорию пациентов как конкретных людей, которые выстраивают свое существование в неповседневной, тяжелой, сложной, критической ситуации болезни и последствий ее лечения. Важно подчеркнуть, что полноценная и своевременная реабилитация является залогом возвращения пациента в социум. Однако периоды стационарного лечения слишком коротки, чтобы обеспечить непрерывный процесс реабилитации. Так, для соблюдения принципа «бесшовности» процесса речевой реабилитации необходимо продолжать логопедические занятия амбулаторно с включением психологического сопровождения для достижения цели реабилитации [19, 20].

Наши практические наблюдения за процессом комплексной реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны позволяют выделить ряд феноменов, касающихся быстро закрепляющихся патологических компенсаторных механизмов, частично сходных с проблемой формирования наученного неиспользования. Длительное канюленосительство, альтернативные методы питания, а также использование невербальных средств коммуникации обусловлены объективной невозможностью функционирования естественных путей дыхания, глотания, равно как и вербальной коммуникации сразу после хирургического вмешательства. Вместе с тем длительное вынужденное неиспользование физиологических паттернов дыхания и глотания значительно усложняет процесс их восстановления, что напрямую зависит, в т.ч. от продолжительности периода без прохождения реабилитационных мероприятий. Раннее начало речевой реабилитации позволяет избежать подобного рода проблем, чем и продиктована необходимость осуществления логопедических занятий в раннем послеоперационном периоде с целью компенсации функциональных нарушений после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Цель исследования: оптимизация и повышение эффективности комплексной реабилитации, направленной на восстановление дыхательной и речевой функций, а также процесса приема пищи пациентов после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны.

Материал и методы

Проспективное исследование было проведено на базе ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Под наблюдением междисциплинарной команды специалистов находились 82 пациента (56 мужчин и 26 женщин в возрасте от 31 до 89 лет) отделения опухолей головы и шеи, перенесших хирургическое лечение опухолей орофарингеальной зоны, вследствие чего отмечались нарушения дыхания, глотания и речи. Разборчивость речевого потока пациентов на этапе предоперационного обследования находилась в пределах нормы (от 85% и выше, по Н.Б. Покровскому) [21]. Все пациенты подписали информированное согласие.

На пререабилитационном этапе проводилось совместное консультирование оперирующего хирурга-онколога и логопеда, в процессе которого формировался доверительный контакт с пациентом. Основное содержание беседы заключалось, в т.ч. в подробном информировании не только о специфике и объеме хирургического лечения, но и об анатомо-физиологических особенностях полости рта и глотки и ожидаемых последствиях операции. Кроме того, обсуждался план предполагаемых реабилитационных мероприятий.

Далее параллельно с подготовкой пациента к хирургическому лечению проводились 2–3 логопедических занятия, направленные на подготовку функционального базиса дыхания, голоса и произношения. При предполагаемых трудностях глотания содержание занятий дополнялось рекомендациями по организации процесса питания. Ожидаемые трудности вербальной коммуникации требовали знакомства пациента и его ближайшего окружения с альтернативными способами общения (мобильные коммуникаторы).

Процесс ранней реабилитации проводился с участием психологов для оценки и коррекции психологического состояния и осуществления последующего психологического сопровождения в рамках междисциплинарного взаимодействия, что включало формирование специальной реабилитационной мотивации и направленности на возвращение к полноценному образу жизни. С учетом личностных особенностей и общего психологического состояния пациента в план реабилитации вносились необходимые коррективы рекомендаций для специалистов педагогического и медицинского профиля, для семьи и близких пациента, а также дополнительные беседы с психологом.

Исследование речевого статуса в раннем послеоперационном периоде выявило тяжелые расстройства произношения во всей группе пациентов, обусловленные ограничениями подвижности, анатомическими дефектами и неврологическими дефицитами, а также нарушения фонации и дисфагии.

Программа реабилитации формировалась для каждого пациента индивидуально с учетом принципов дозировки нагрузки и максимально раннего начала восстановительного процесса при коллегиальном обсуждении реабилитационного маршрута командой специалистов медицинского и психолого-педагогического звена реабилитации с привлечением при необходимости диетолога-нутрициолога, невролога, стоматолога, челюстно-лицевого хирурга и т.д. Основными факторами, определяющими выбор индивидуального маршрута ранней реабилитации и время начала логопедических занятий с психологическим сопровождением, были объем хирургического лечения, тяжесть послеоперационных функциональных нарушений, течение процесса заживления послеоперационной раны.

В связи с первоочередными жалобами пациентов на нарушения питания и речевого общения, одной из первостепенных задач реабилитации были мероприятия по адаптации к новым условиям глотания или компенсации возникших нарушений, а также обучение способам альтернативной и/или дополнительной коммуникации. В щадящем режиме проводились фонетические упражнения, направленные на улучшение фонационного дыхания; мимические и артикуляционные упражнения для активизации мышц орофарингеальной области; коррекция произношения и улучшение разборчивости речи.

Психологическое сопровождение коррекционно-педагогической работы было построено на методе смысловно-нарративного анализа и направлено на оценку общего психологического состояния пациентов, формирование и контроль динамики специальной реабилитационной мотивации, контроль и коррекцию процессов мотивационной регуляции, разработку и модификацию рекомендаций для специалистов педагогического звена и для ближайшего окружения пациентов, а также на эффективную ресоциализацию.

Статистический анализ проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics 22 с применением непараметрического U-критерия Манна–Уитни.

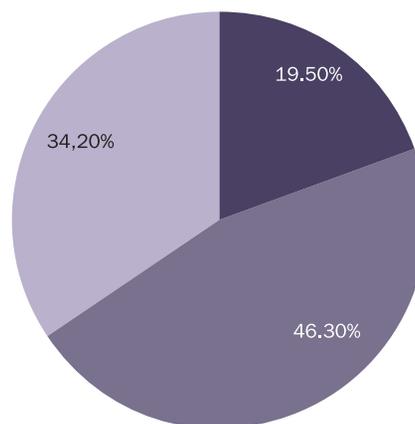
Первый скрининг был проведен в раннем послеоперационном периоде и включал оценку функции глотания (согласно протоколу SDS – Swallowing Disability Scale), разборчивости речи для окружающих (с применением модифицированной шкалы оценки степени разборчивости речи Ж. Тардьё), уровня реабилитационного потенциала (РП) – с применением 4-уровневой шкалы [22, 23].

Оценка произношения основывалась на аксиоме зависимости качества произношения от состояния органов артикуляции. Во всех случаях было зарегистрировано значительное снижение разборчивости речи, оказывающее существенное негативное влияние на речевое общение. Состояние голосовой функции, включая оценку баланса резонирования голоса с точки зрения соотношения вклада полостей верхнего резонатора в общее звучание речи, оценивали аудитивно. Отдельно оценивали состояние физиологического и фонационного дыхания. Качество произношения оценивалось логопедом на слух по сравнению с акустическим эталоном, а также визуально в момент артикулирования звуков речи. Была отмечена значимая обусловленность функционального состояния органов полости рта, их подвижности и качества произношения звуков объемом анатомического дефекта и послеоперационным отеком тканей зоны оперативного вмешательства.

Движения органов полости рта в начальных фазах акта глотания также оценивали визуально. Жалобы пациента на поперхивания и другие трудности проглатывания пищи или жидкостей, а также наличие симптомов дисфагии при проведении пробы на глотание были сигналом к проведению инструментальных исследований акта глотания с участием врача функциональной диагностики и лечащего врача, последующим коллегиальным обсуждением и разработкой тактики реабилитационного воздействия.

Результаты

На рисунке представлены результаты распределения нарушений акта приема пищи в зависимости от фазы доглотательного цикла (орально-подготовительной, орально-трансферной либо



- Группа I. Орально-подготовительная фаза / Group I. Oral-preparatory phase
- Группа II. Орально-трансферная фаза / Group II. Oral-transfer phase
- Группа III. Комбинированная фаза / Group III. Combined phase

Рис. Локализация нарушений акта приема пищи в послеоперационном периоде

Fig. Localization of eating act disorders in the postoperative period

в сочетании этих фаз). Полученные данные позволяют утверждать, что место и объем послеоперационного дефекта определяют локализацию (фазу) нарушений глотательного цикла.

После завершения послеоперационного психолого-педагогического обследования был проведен сравнительный анализ полученных данных с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Обнаружены статистически значимые различия в степени тяжести нарушений акта глотания у пациентов с орально-подготовительной дисфагией по сравнению с комбинированной дисфагией ($U=69,5$ при $p<0,001$), аналогичная зависимость наблюдается у респондентов с орально-трансферной дисфагией также в отношении комбинированной ($U=209,5$ при $p<0,001$).

Выраженные различия при сравнении данных показателей у пациентов с комбинированной дисфагией с пациентами с орально-подготовительной ($U=96$ при $p=0,001$), а также орально-трансферной ($U=292,5$ при $p<0,001$) доказывают связь между тяжестью нарушений разборчивости речи и локализацией дисфагии.

Сравнительный анализ изменений РП в зависимости от фазы нарушений глотания демонстрирует значимые различия в отношении оральной подготовительной фазы по сравнению с орально-трансферной ($U=211$ при $p=0,008$) и комбинированной ($U=126,5$ при $p=0,003$), а также при сравнении орально-трансферной с комбинированной ($U=439,5$ при $p=0,025$).

Таким образом, обширные приобретенные анатомические дефекты и деформации орофарингеальной зоны обуславливают тяжелые функциональные нарушения речи и дыхания, а также оральные структурные дисфагии. Выявленные функциональные нарушения оказывают негативное влияние на КЖ в послеоперационном периоде.

Полученные данные позволили прогнозировать возможную динамику речевой реабилитации и мотивационных процессов, и вносить корректировки в предварительный план психолого-педагогической реабилитации для каждого пациента.

По завершении ранней речевой реабилитации с психологическим сопровождением был проведен скрининг II. Результаты статистической обработки выявили следующие значимые различия: в степени тяжести дисфагии между респондентами с орально-трансферной и комбинированной фазой дисфагии на начало ($U=209,5$ при $p<0,001$) и после завершения занятий ($U=269$ при $p<0,001$), аналогичная зависимость наблюдалась в отношении разборчивости речи до ($U=292,5$ при $p<0,001$) и после занятий ($U=311$ при $p=0,002$). Кроме того, отмечены весомые различия в отношении тяжести дисфагии до занятий ($U=69,5$ при $p<0,001$) и после них ($U=120$ при $p=0,01$) и состояния разборчивости речи до занятий ($U=96$ при $p=0,001$) и по их завершении ($U=72,5$ при $p<0,001$) при сравнении результатов респондентов с орально-подготовительной и комбинированной фазой дисфагии. Также зарегистрированы значимые различия уровня РП до логопедических занятий ($U=439,5$ при $p=0,025$) и после их окончания ($U=368,5$ при $p=0,023$) между респондентами с орально-трансферной и комбинированной фазами дисфагии.

Обсуждение

Вследствие радикального хирургического или комбинированного лечения злокачественных новообразований орофарингеальной зоны возникают анатомические (структурные) дефекты и деформации в зоне операции, что детерминирует нарушения витальных функций (дыхания и глотания), а также оказывает негативное влияние на вербальную коммуникацию.

Объем анатомического дефекта напрямую определяет степень тяжести расстройств дыхания, глотания и речи, оказывающих неблагоприятное воздействие на реабилитационный потенциал и КЖ в целом, что требует раннего начала реабилитации в целях незамедлительной компенсации нарушенных или утраченных функций, а также профилактики формирования патологических компенсаторных механизмов.

В результате реализации программы комплексной реабилитации пациентов с приобретенными дефектами и деформациями орофарингеальной зоны был отмечен положительный эффект по всем аспектам проведенного обследования. Степень возможной компенсации расстройств функций определялась не только объемом и характером анатомического дефекта орофарингеальной зоны и возможным наличием неврологического дефицита, но также была обусловлена ранним началом и непрерывным характером процесса реабилитации. Психологическое сопровождение восстановления нарушенных или утраченных функций выявило влияние на успех речевой реабилитации характера реабилитационной мотивации и психологических особенностей пациентов. Сравнение данных скрининга I и скрининга II показало значимое снижение проявлений дисфагии, нарушений речи и значимое повышение уровня реабилитационного потенциала ($p<0,001$).

Психолого-педагогические технологии ранней реабилитации, реализуемые в рамках мероприятий по комплексной реабилитации, эффективны для компенсации нарушений акта приема пищи и речи в послеоперационном периоде. Наибольшее увеличение разборчивости речи и, как следствие, улучшение вербальной коммуникации, были достигнуты в группах респондентов с нарушениями акта приема пищи в орально-трансферной и комбинированной фазах глотательного цикла. С нашей точки зрения, это можно объяснить тем, что больший объем анатомического дефекта орофарингеальной зоны приводит к более выраженным нарушениям функций в послеоперационном периоде до начала занятий, однако обуславливает наиболее выраженный эффект от мероприятий ранней комплексной реабилитации.

Заключение

Предварительное информирование пациента о предстоящем лечении, ожидаемых расстройствах функций и методах их восстановления, специальные тренировки и рекомендации на этапе пререабилитации позволяют максимально подготовить пациента к послеоперационному периоду. Комплексная оценка речевого статуса и общего психологического состояния пациента дает возможность определить речевой реабилитационный потенциал и динамику мотивационных процессов в целях уточнения индивидуального плана реабилитации и общей оптимизации реабилитационного процесса. Следование принципу ранней реабилитации, а также применение междисциплинарного подхода, значительно повышает уровень эффективности восстановления нарушенных функций дыхания, глотания и речевой функции после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. *Consilium Medicum*. 2016;18;2:9–13. [Ivanova G.E. *Medicinskaya reabilitaciya v Rossii. Perspektivy razvitiya. Consilium Medicum*. 2016;18:2:9–13 (In Russ.)].

2. Гамеева Е.В., Степанова А.М., Ткаченко Г.А. и др. Комплексная реабилитация онкологических пациентов. Современная онкология. 2022;24(1):90–6. [Gameeva E.V., Stepanova A.M., Tkachenko G.A., et al. Kompleksnaya reabilitatsiya onkologicheskikh pacientov. Sovrem. Onkol. 2022;24(1):90–6 (In Russ.).]
3. Азизян Р.И., Доброхотова В.З., Кротонов М.А. и др. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Под ред. Е.Г. Матякина. М., 2009. 224 с. [Azizyan R.I., Dobrohotova V.Z., Kropotov M.A., et al. Rekonstruktivnyye operatsii pri opukholyah golovy i shei. Pod red. E.G. Matyakina. M., 2009. 224 p. (In Russ.).]
4. Ганина К.А., Кротонов М.А., Саприн О.А. и др. Качество жизни больных раком языка после гемиглоссектомии. Опухоли головы и шеи. 2023;13(3):32–42. [Ganina K.A., Kropotov M.A., Saprina O.A., et al. Kachestvo zhizni bol'nykh rakom yazyka posle gemiglosssektomii. Tumor. Head and Neck. 2023;13(3):32–42 (In Russ.).]
5. Чень Х., Мудунов А.М., Азизян Р.И. и др. Использование свободного лоскута для замещения сложных постоперационных дефектов при комбинированном и комплексном лечении больных местнораспространенным плоскоклеточным раком полости рта. Опухоли головы и шеи. 2020;10(1):55–64. [Chen H., Mudunov A.M., Azizyan R.I., et al. Ispol'zovanie svobodnogo loskuta dlya zameshcheniya slozhnykh postoperatsionnykh defektov pri kombinirovannom i kompleksnom lechenii bol'nykh mestno-rasprostranennym plaskokletochnym rakom polosti rta. Tumor. Head and Neck. 2020;10(1):55–64 (In Russ.).]
6. Хачатрян А.А., Назарян Д.Н., Черненко М.М. и др. Современный подход в микрохирургическом устранении дефектов языка с применением компьютерного цифрового планирования. Медицина экстремальных ситуаций 2024;26(3):98–105. [Hachatryan A.A., Nazaryan D.N., Chernen'kij M.M., et al. Sovremennyy podhod v mikrohirurgicheskoy ustraneni defektov yazyka s primeneniem komp'yuternogo cifrovogo planirovaniya. Med. Ekstremal. Situacii. 2024;26(3):98–105 (In Russ.).]
7. Минасов Б.Ш., Валеев М.М., Бикташева Э.М. и др. Одномоментная реконструкция поврежденных мягкотканых анатомических структур нижней трети предплечья. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018;177(1):81–2. [Minasov B.Sh., Valeev M.M., Biktasheva E.M., et al. Odnomentnaya rekonstruktsiya povrezhdyonnykh myagkotkannykh anatomicheskikh struktur nizhney treti predplech'ya. Grekov Bull. Surg. 2018;177(1):81–2 (In Russ.).]
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии М., 1973. 374 с. [Luriya A.R. Osnovy nejropsihologii M., 1973. 374 p. (In Russ.).]
9. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение: учебное пособие М., 2000. 96 с. [Cvetkova L.S. Vvedenie v nejropsihologiyu i vosstanovitel'noe obuchenie: uchebnoe posobie M., 2000. 96 p. (In Russ.).]
10. Kehlet H., Wilmore D.W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. Ann. Surg. 2008;248(2):189–98.
11. Белкин А.А., Заболотских И.Б., Иванова Г.Е. (ред.). Реабилитация в интенсивной терапии. СПб., 2023. 134 с. [Belkin A.A., Zabolotskih I.B., Ivanova G.E. (red.). Reabilitatsiya v intensivnoy terapii. SPb., 2023. 134 p. (In Russ.).]
12. Inoue S., Nakanishi N., Amaya F., et al. Post-intensive care syndrome: recent advances and future directions. Acute Med. Surg. 2024;11:e929.
13. Hiser S.L., Fatima A., Ali M., et al. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. J. Intensive Care. 2023;1:23.
14. Тигров М.С., Яковлева Л.П., Кротонов М.А. и др. Профилактическая центральная шейная лимфодиссекция как этап в лечении папиллярного рака щитовидной железы. Злокачественные опухоли. 2024;14(1):39–46. [Tigrov M.S., Yakovleva L.P., Kropotov M.A., et al. Profilakticheskaya central'naya sheynaya limfodissektsiya kak etap v lechenii papillyarnogo raka shchitovidnoy zhelezy. Malignant Tumor. 2024;14(1):39–46 (In Russ.).]
15. Круглова Л.С., Шадохина Е.А. Использование физиотерапевтических методов в реабилитации больных с онкологической патологией. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2016;15(2):97–101. [Kruglova L.S., Shatohina E.A. Ispol'zovanie fizioterapevtycheskikh metodov v reabilitatsii bol'nykh s onkologicheskoy patologiej. Physiother. Balneol. Rehabilital. 2016;15(2):97–101 (In Russ.).]
16. Горчак Ю.Ю., Генс Г.П., Праздников Э.Н. и др. Низкоинтенсивное лазерное излучение в восстановительной терапии больных, перенесших радикальное хирургическое или комбинированное лечение по поводу опухолей головы и шеи. Лазерная медицина. 2021;3:21–8. [Gorchak Yu.Yu., Gens G.P., Prazdnikov E.N., et al. Nizkointensivnoe lazernoe izluchenie v vosstanovitel'noy terapii bol'nykh, perenesshikh radikal'noe hirurgicheskoe ili kombinirovannoe lechenie po povodu opukholey golovy i shei. Lazer. Med. 2021;3:21–8 (In Russ.).]
17. Алиева С.Б., Азизян Р.И., Мудунов А.М. и др. Принципы лучевой терапии рака гортани. Опухоли головы и шеи. 2021;11(1):24–33 [Alieva S.B., Azizyan R.I., Mudunov A.M. et al. Printsipy luchevoj terapii raka gortani. Tumor. Head and Neck. 2021;11(1):24–33 (In Russ.).]
18. Горчак Ю.Ю., Стаханов М.Л., Генс Г.П. и др. Низкоинтенсивное лазерное излучение в коррекции послеоперационных гемодинамических и реологических нарушений после хирургического вмешательства по поводу опухолей головы и шеи. Сибирский онкологический журнал. 2020;19(5):28–34. [Gorchak Yu.Yu., Stahanov M.L., Gens G.P., et al. Nizkointensivnoe lazernoe izluchenie v korrektsii posleoperatsionnykh gemodinamicheskikh i reologicheskikh narushenii posle hirurgicheskogo vmeshatel'stva po povodu opukholey golovy i shei. Sibir. Onkol. J. 2020;19(5):28–34 (In Russ.).]
19. Магомед-Эминов М.Ш., Орлова О.С., Уклонскую Д.В. и др. Реабилитационный потенциал пациентов после хирургического удаления опухолей головы и шеи: психолого-педагогический аспект. Современные наукоемкие технологии. 2019;11:189–94. [Magomed-Eminov M.Sh., Orlova O.S., Uklonskaya D.V. et al. Reabilitatsionnyy potencial pacientov posle hirurgicheskogo udaleniya opukholey golovy i shei: psihologo-pedagogicheskij aspekt. Sovremen. Naukoymk. Tekhnol. 2019;11:189–94 (In Russ.).]
20. Магомед-Эминов М.Ш., Уклонская Д.В., Зборовская Ю.М. Психолого-педагогическая реабилитация и ресоциализация после хирургического лечения опухолей головы и шеи на постгоспитальном этапе: проблемы и пути решения. Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2023;33(4):373–81. [Magomed-Eminov M.Sh., Uklonskaya D.V., Zborovskaya Yu.M. Psihologo-pedagogicheskaya reabilitatsiya i resotsializatsiya posle hirurgicheskogo lecheniya opukholey golovy i shei na postgospital'nom etape: problemy i puti resheniya. Vestn. Udmurtskogo Univer. Seriya «Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika». 2023;33(4):373–81 (In Russ.).]
21. Уклонская Д.В. Восстановление речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области: учебно-методическое пособие. М., 2017. 104 с. [Uklonskaya D.V. Vosstanovlenie rechi pri priobretennykh anatomicheskikh defektah i deformatsiyah chelyustno-licevoj oblasti: uchebno-metodicheskoe posobie. M., 2017. 104 p. (In Russ.).]
22. Орлова О.С., Уклонская Д.В. и др. Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии: коллективная монография. М., 2020. 116 с. [Orlova O.S., Uklonskaya D.V. i soavt. Disfagiya u detej i vzroslykh. Logopedicheskie tekhnologii: kollektivnaya monografiya. M., 2020. 116 p. (In Russ.).]
23. Икенштейн Г.В., Клавье П., Джейвас Р. и др. Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии. Бремен-Лондон-Бостон: UNI-MED Verlag AG. Б.г. [Ikenshtejn G.V., Klavje P., Dzejvas R., et al. Diagnostika i lechenie nejrogennoj disfagii. Bremen-London-Boston: UNI-MED Verlag AG. B.g. (In Russ.).]

Поступила 30.12.2025

Получены положительные рецензии 25.01.26

Принята в печать 02.02.26

Received 30.12.2025

Positive reviews received 25.01.26

Accepted 02.02.26

Вклад авторов. М.Ш. Магомед-Эминов, Д.В. Уклонская, Ю.Ю. Горчак – концепция и дизайн исследования. Ю.М. Зборовская, М.С. Федина – обзор литературы. Д.В. Уклонская, Е.В. Косова – сбор и обработка материала. Д.В. Уклонская, Ю.Ю. Горчак, Ю.М. Зборовская – написание текста. Д.Н. Решетов, А.Н. Уклонский – научное редактирование.

The contribution of the authors. M.Sh. Magomed-Eminov, D.V. Uklonskaya, Yu.Yu. Gorchak – concept and design of the study. Yu.M. Zborovskaya, M.S. Fedina – literature review. D.V. Uklonskaya, E.V. Kosova – collection and processing of material. D.V. Uklonskaya, Yu.Yu. Gorchak, Yu.M. Zborovskaya – writing text. D.N. Reshetov, A.N. Uklonskiy – Editing text.

Информация об авторах:

Магомед-Эминов Мадрудин Шамсудинович – д.психол.н., профессор; заведующий кафедрой психологической помощи и ресоциализации факультета психологии ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. Адрес: 125009 Москва, ул. Б. Никитская, д. 2; e-mail: m_sh_m@mail.ru. ORCID: 0000-0002-6425-4865.

Уклонская Дарья Викторовна – д.пед.н., доцент; ведущий научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации детей с нарушениями речи ФГБНУ Институт коррекционной педагогики. Адрес: 119121 Москва, Погодинская ул., д. 8/1, профессор департамента социально-психологических технологий и коррекционно-развивающих методик ГАОУ ВО Московский городской педагогический университет. Адрес: 129226 Москва, 2-ой Сельскохозяйственный пр., д. 4, корп. 1, логопед отделения опухолей головы и шеи ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Адрес: 129128, Россия, г. Москва, ул. Будаевская, д. 2; тел.: 8 (495) 727-00-03; e-mail: d_uklonskaya@mail.ru. ORCID: 0000-0002-2911-7224.

Горчак Юрий Юльевич – д.м.н., доцент кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава РФ. Адрес: 127006 Москва, ул. Долгоруковская, д. 4, врач-онколог отделения опухолей головы и шеи ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Адрес: 129128 Москва, ул. Будаевская, д. 2; e-mail: oncurolog05@mail.ru. ORCID: 000-0002-4818-0093.

Решетов Дмитрий Николаевич – к.м.н., доцент кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава РФ. Адрес: 127006 Москва, ул. Долгоруковская, д. 4, врач-онколог отделения опухолей головы и шеи ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Адрес: 129128 Москва, ул. Будаевская, д. 2; e-mail: reshetov1973@inbox.ru. ORCID: 0000-0002-9072-0655.

Уклонский Александр Николаевич – к.м.н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Адрес: 129128 Москва, ул. Будаевская, д. 2; e-mail: uklonskie1@yandex.ru. ORCID: 0009-0008-2925-2697.

Федина Мария Станиславовна – заведующая отделением опухолей головы и шеи ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина». Адрес: 129128 Москва, ул. Будаевская, д. 2, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава РФ. Адрес: 127006 Москва, ул. Долгоруковская, д. 4; e-mail: doc.fedina.m@gmail.com. ORCID: 000-0003-4477-1176.

Зборовская Юлия Михайловна – инженер кафедры психологической помощи и ресоциализации факультета психологии ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. Адрес: 125009 Москва, ул. Б. Никитская, д. 2; e-mail: yu.zborovskaya@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5035-0979.

Косова Евгения Владимировна – логопед отделения онкологии хирургического профиля №1 (опухолей головы и шеи) ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ. Адрес: 125367 Москва, Ивановское шоссе, д. 3; e-mail: e_kosova@bk.ru. ORCID: 0000-0001-7700-2993.

Information about the authors:

Madrudin Shamsudinovich Magomed-Eminov – Doctor of Psychology, Professor; Head of the Department of Psychological Help and Resocialization of the Faculty of Psychology; Lomonosov Moscow State University; B. Nikitskaya st., 2, Moscow, Russia, 125009; e-mail: m_sh_m@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6425-4865

Daria Viktorovna Uklonskaya – Doctor of Pedagogy, Docent; Leading Researcher of the Laboratory of Education and Comprehensive Habilitation of Children with Speech Disorders; The Institute of Special Education; Pogodinskaya str., 8/1, Moscow, Russia, 119121; Professor of the Department of Social-Psychological Technologies and Correctional-Developmental Methods; Moscow City University; Vtoroy Selskhozhojstvenny pr., 4, k. 1, Moscow, Russia, 129226; Speech Pathologist of the Department of Head and Neck Tumors; Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”; Budayskaya st., 2, Moscow, Russia, 129128; 8 (495) 727-00-03; e-mail: d_uklonskaya@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2911-7224

Yuriy Yul'evich Gorchak – Doctor of Medicine; Docent of the Department of Oncology and Radiation Therapy; The Russian University of Medicine; Dolgorukovskaya st., 4, Moscow, Russia, 127006; Oncologist of the Department of Head and Neck Tumors; Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”; Budayskaya st., 2, Moscow, Russia, 129128; e-mail: oncurolog05@mail.ru; ORCID: 000-0002-4818-0093

Dmitriy Nikolaevich Reshetov – Candidate of Medical Sciences, Docent of the Department of Oncology and Radiation Therapy; The Russian University of Medicine; Dolgorukovskaya st., 4, Moscow, Russia, 127006; Oncologist of the Department of Head and Neck Tumors; Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”; Budayskaya st., 2, Moscow, Russia, 129128; e-mail: reshetov1973@inbox.ru; ORCID: 0000-0002-9072-0655

Aleksandr Nikolaevich Uklonskiy – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with resuscitation and intensive care units for the adult population; Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”; Budayskaya st., 2, Moscow, Russia, 129128; e-mail: uklonskie1@yandex.ru; ORCID: 0009-0008-2925-2697

Maria Stanislavovna Fedina – Head of the Department of Head and Neck Tumors; Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”; Budayskaya st., 2, Moscow, Russia, 129128; Assistant of the Department of Oncology and Radiation Therapy; The Russian University of Medicine; Dolgorukovskaya st., 4, Moscow, Russia, 127006; e-mail: doc.fedina.m@gmail.com; ORCID: 000-0003-4477-1176

Yulia Mikhaylovna Zborovskaya – engineer of the Department of Psychological Help and Resocialization of the Faculty of Psychology; Lomonosov Moscow State University; B. Nikitskaya st., 2, Moscow, Russia, 125009; e-mail: yu.zborovskaya@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5035-0979

Evgenia Vladimirovna Kosova – Speech Pathologist of the Oncology Department of surgical profile №1 (head and neck tumors); The Treatment-Rehabilitation Center; Ivankovskoe highway, 3, Moscow, Russia, 125367; e-mail: e_kosova@bk.ru; ORCID: 0000-0001-7700-2993