

СТИЛИДИ ЕЛЕНА

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ
С УЧЁТОМ СПЕЦИФИКИ ГРЕЧЕСКОГО ЯЗЫКА**

Специальность 13 00 03 - коррекционная педагогика
(логопедия)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Москва - 2004

Работа выполнена на кафедре логопедии дефектологического факультета
Московского педагогического государственного университета

Научный руководитель:

кандидат педагогических наук, профессор
Лаврова Елена Викторовна

Официальные оппоненты:

доктор педагогических наук, профессор
Орлова Ольга Святославна
кандидат педагогических наук
Уклонская Дарья Викторовна

Ведущая организация:

Московский городской педагогический университет

Защита диссертации состоится: “15” III 2004г. в 14 часов на
заседании Диссертационного Совета К 212.154.01 при Московском
педагогическом государственном университете по адресу: 117571, Москва,
проспект Вернадского, 88, ауд. 413

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского
педагогического государственного университета по адресу: 119992, Москва,
ул. М.Пироговская, д.1.

Автореферат разослан “4” II 2004 года

Учёный секретарь
диссертационного совета



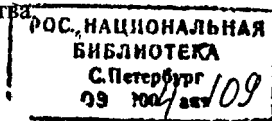
Землянская Е.Н.

Актуальность исследования. Нарушения речи и голоса независимо от причин их возникновения и структуры дефекта затрудняют коммуникативную функцию. Среди многочисленных расстройств особое место занимает нарушение голосо-речевой функции у людей после удаления гортани.

Рак гортани составляет 1-5% всех злокачественных опухолей (Г.Ф. Церковный, 1974). В настоящее время следует отметить тенденцию к заметному увеличению частоты возникновения данного заболевания. Так, в 1962 года число больных с впервые выявленным раком гортани составляло 4415 человек, через 10 лет оно возросло до 8198, в последние годы составляет 13600 человек (А.И. Пачес с соавт., 1989). С 1970 по 1986 годы заболеваемость возросла с 2,8 до 4,7 случаев на 100 000 населения.

Значительная распространенность злокачественных опухолей и стойкость нарушенных функций, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации больного в ряд важнейших медико-социальных проблем. Возможность больного вернуться к прежней профессии - это оптимальный вариант реабилитации, которая рассматривается как система медицинского, психолого-педагогического и социального воздействия, направленного не только на сохранение или восстановление здоровья, но и личностного и социального статуса пациента (Дормаков В.В. с соавт., 1998; Брюзгин В.В., 2000).

В России ежегодно диагностируется около 5 5000 больных с раком гортани, которым необходимо удаление гортани. Эта операция, оправданная с онкологических позиций, приводит больного к тяжёлой инвалидизации, наносит ему серьёзную психическую травму, лишает его полноценного общения с окружающими и является основной причиной отказа больного от хирургического вмешательства.



В Греции ещё 20 - 25 лет назад не стоял вопрос об обучении речи лиц без гортани, так как такие операции были редкостью и никаких способов обучения их звучной речи не было. В последние десятилетия в Греции, как и во всём мире, увеличилось число онкологических больных, в том числе и заболеваний раком гортани. В связи с этим, встаёт вопрос о необходимости таким больным оказания специализированной помощи и направляет на поиск новых решений в комплексной проблеме реабилитации больных раком гортани.

Удаление гортани влечет за собой ряд патологических изменений - человек лишается возможности общения с окружающими, изменяется дыхание, возникают психологические личностные особенности. Люди, перенёвшие такие операции, становятся инвалидами, лишаются трудовой деятельности и активной социальной жизни. Восстановление голоса возвращает утраченную коммуникативную функцию, часто позволяет вернуться к труду, ускоряет процесс психологической и социальной реабилитации, что делает проблему весьма актуальной.

Улучшение непосредственных и отдалённых результатов лечения онкологических больных привело к тому, что многие из них могут жить долгие годы. Следует подчеркнуть, что сам факт доживаемости пациента до какого-то определённого срока не может быть единственным критерием оценки излеченности. В современной онкологии необходимо оценивать результаты комбинированного лечения злокачественных опухолей не только по критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по специальным показателям качества жизни, которые могут быть основой реабилитационных программ. Данные литературы и наш собственный опыт позволяет подчеркнуть сложность точного определения термина — качество жизни (Блинов Н.Н. с соавт., 1977; Cella D.A., 1966; Zitton R., 1984). Авторы Н.Schipper, М.Levitt (1995) конкретизируют концепцию качества жизни предлагают рассматривать её как совокупность четырёх

компонентов: сохранность физических функций и возможность профессиональной деятельности, психологическое состояние, качество социальных контактов.

Существующие методики восстановления звучной речи и голоса не всегда позволяют достичь полноценного результата, что затрудняет процесс реабилитации и социальной адаптации онкологических больных. В связи с этим, значительную актуальность приобретает проблема совершенствования и разработки новых методических подходов к восстановлению звучной речи и голоса у ларингэктомированных больных, что значительно повышает качество жизни. Проведённая нами логовосстановительная работа с учётом специфики греческого языка, позволила разработать новые методические подходы к восстановлению звучной речи и голоса.

Проблема исследования: каковы психолого-педагогические и социальные условия восстановления голоса лиц после удаления гортани; какие необходимо применить коррекционные приёмы для создания компенсаторного механизма голосообразования.

Решение данной проблемы и составляет цель данной диссертации.

Объект исследования: состояние коммуникативной функции больных после удаления гортани в зависимости от объёма операции, соматического и психического статуса.

Предмет исследования заключался в изучении педагогических условий и разработке адекватных логопедических технологий формирования пищеводного голоса.

Цель, объект и предмет исследования определили формулировку гипотезы: отсутствие голоса вследствие удаления гортани вызывает тяжёлое психологическое состояние, социальную дезадаптацию.

Патогенетически и методически обоснованные приёмы коррекции формируют компенсаторный пищеводный голос, что возвращает людей к активной жизни, а часто и к труду. Используемые в России методы оценки разборчивости, адаптированные к фонетике греческого языка подтверждают эффективность восстановительного обучения.

Для подтверждения гипотезы и достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Провести комплексное логопедическое обследование больных после удаления гортани.
2. Изучить личностно-психологические особенности ларингэктомированных больных.
3. Разработать приёмы восстановления голоса с учетом фонетики греческого языка и программу социальной реабилитации лиц с удалённой гортанью.
4. Разработать комплекс восстановительных мероприятий и оценить их эффективность.

Для решения задач применялись различные методы:

- анализ научной литературы по проблеме исследования;
- изучение медицинской документации;
- комплексное психолого-педагогическое обследование;
- динамическое наблюдение;
- сравнительный анализ данных исследования;
- статистические обработки полученных данных.

Методологической основой исследования являются современные педагогические, психологические и логопедические положения Л.С.Выготского, Р.Е. Левиной и их последователей о структуре нарушения речи и речевой коммуникации, о первичном дефекте и вторичных психологических нарушениях; о компенсаторных возможностях организма

и реабилитации нарушенных функций (И.П. Павлов; П.К.Анохин; С.Л.Таптапова) и др.

Научная новизна работы:

- выявлены особенности психического состояния и коммуникативных возможностей у лиц с удалённой гортанью в связи с качеством жизни названной категории больных;

определены логопедические технологии формирования, заместительного механизма голосообразования у лиц с удалённой гортанью: комплекс дыхательных и голосо-речевых тренировок, психотерапевтические методы воздействия;

- разработаны логопедические методы для первого вызывания пищеводного голоса и дальнейшего введения его в спонтанную речь.

- разработаны критерии оценки разборчивости восстановленной речи у лиц с удалённой гортанью.

Теоретическая значимость исследования:

- расширены теоретические представления о структуре нарушения речевой коммуникации у лиц с удалённой гортанью;

- выявлены и экспериментально обоснованы педагогические условия восстановления голоса данного контингента: создание благоприятного психологического климата в момент занятий; учёт индивидуальных особенностей и психологические реакции больных на заболевание; дозированное включение функциональных тренировок для овладения пищеводным голосом;

- теоретически обоснованы новые направления в методике восстановления голоса после удаления гортани, связанные с особенностями греческого языка.

Практическая значимость исследования заключается в том, что:

- выводы и рекомендации исследования нашли применение в логопедической работе, содействовали улучшению психологического состояния больных, ускорили восстановительный процесс обучения;

- материалы диссертации могут быть использованы, логопедами, другими специалистами смежных дисциплин, членами общества ларингэктомированных, а также могут быть включены» в содержание специального курса по логопедии при обучении студентов создающегося в Греции дефектологического факультета.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются опорой на основные методологические принципы логопедии, законы физиологии голосообразования, личным участием исследователя в проведении экспериментальной работы, изучением достаточного числа испытуемых, позволяющем сделать соответствующие выводы, статистической обработкой полученных данных.

Этапы проведения исследования:

1 этап (2000) - изучение и анализ медицинской и психолого-педагогической литературы, постановка проблемы и определение задач исследования;

2 этап (2001-2002г.) - теоретическое обоснование методики, экспериментального изучения, исследование и обучение больных с удаленной гортанью;

3 этап (2002-2003г.) - анализ полученных данных и внедрение результатов исследования в практику.

Апробация работы. Основные положения и результаты исследования были доложены и обсуждены на заседаниях кафедры логопедии дефектологического факультета Московского педагогического государственного университета в 2001 - 2002г., на конференции молодых ученых МПГУ в 2002 г. и в Обществе ларингэктомированных г.Салоники в 2002 г., на научно-практической конференции в Звенигороде в 2003 году.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Соматогенные и психогенные факторы у лиц с удалённой гортанью определяют симптомо-комплекс психических и речевых нарушений.
2. Обучение больных на родном языке оптимизирует и ускоряет восстановительный процесс образования пищеводного голоса и создания заместительного механизма голосообразования.
3. Использование специально разработанной голосо-речевой и социальной программы успешно реабилитирует лиц с удалённой гортанью.

Структура и объём работы.

Работа состоит из введения, глав, заключения и списка литературы, который включает работ, в том числе на иностранном языке. Общий объём диссертационной работы страниц. Работа иллюстрирована 2 таблицами, имеется приложение.

Основное содержание работы.

Во введении обоснованы актуальность проблемы, исследования, его цели, объект и предмет. Сформулированы задачи исследования, раскрыта научная новизна, значимость для теории и практики логопедии, представлены положения, выносимые на защиту.

В первой главе диссертации "Состояние проблемы восстановления голоса после удаления гортани" даны акустические характеристики голоса, описаны механизмы образования голоса в норме и у ларингэктомированных больных, психические состояния таких *больных*, и развитие методов восстановления голосовой функции после удаления гортани.

Устраняя новообразование, операция тотального удаления гортани вместе с тем нарушает естественный дыхательный путь (дыхание происходит через трахеостому). Ранняя диагностика, своевременное комплексное лечение (лучевая терапия, хирургическое лечение,

химиотерапия) позволяют улучшить прогноз судьбы больного. Таким образом, спасают жизнь больного, но он лишается важной коммуникативной функции - возможности общения с окружающими, что ведёт к отрыву от трудовой и активной социальной жизни.

С момента первого удаления гортани (1873г. Т.Vilroth) вставал вопрос о восстановлении голоса после ларингэктомии. Для этого были применены различные протезы, в том числе и электронные, которые используются до сих пор во многих странах. Но у современных протезов имеется ряд недостатков, в связи с этим многие больные отказываются от них.

В 1909г. Н.Gutzmann впервые сообщил, что ларингэктомированный может общаться с помощью пищевода. Его методика была основана на обучении больных глотанию воздуха небольшими порциями и его отрывивания. В дальнейшем, после приобретения навыка отрывивания воздуха, предлагалось одновременно с отрывиванием повторять различные слоги.

В последствии пищеводный голос получал различные названия: "эзофагальный" (M.Seeman, 1919), которое укоренилось в медицине, несмотря на имеющиеся и другие термины, такие как "аларингеальный разговор", "эригмофония" (J.Perello, G.Heuillet 1954), "псевдоголос" (С.Л. Таптапова 1963,1975,1985).

Наибольшая заслуга в разработке проблемы эзофагального голоса принадлежит М.Seeman, давшему ещё в 1919 году её полное описание и предложившему свою методику обучения, применяющуюся в Европе и в настоящее время. В дальнейшем многие исследователи предлагали различные методы восстановления звучной речи, возникали дискуссии и споры по этим вопросам, но несмотря на некоторые противоречия в методических приёмах работы, толкование механизма образования пищеводного голоса почти у всех авторов сводится к следующему:

диафрагма и мышцы брюшного пресса, надавливая на желудок, могут проталкивать имеющийся там воздух в пищевод. Этот воздух, попадая из верхнего отдела пищевода в ротоглотку, образует звук той или иной высоты и силы. Роль голосовой щели в этом процессе отводится сужению пищевода. Исходя из такого понимания механизма "псевдоголоса", разрабатывались методы его формирования. В настоящее время для обучения механизму эзофагального голоса применяют 5 основных методов: 1. Аспирационный или ингаляционный (M.Seeman,1920); 2. Метод заглатывания (Gottstein 1900); 3. Метод забрасывания (инъекции) (Gutzmann, 1907); 4. Метод блокирования (Strigliani 1970); 5. Метод лабиовибрации (Michelli-Pellegrini и Fini-Storchi, 1957).

В России широко распространена методика образования пищевоного голоса С.Л.Танталовой (1963).

Специфика греческого языка встаёт определяет необходимость создания нового метода образования пищевоного голоса.

По данным многих исследователей, почти все больные, перенёвшие ларингэктомию, обратившиеся за помощью к логопеду, имеют те или иные психологические или психические расстройства.

Наиболее распространены из психических расстройств невротоподобные состояния, реже встречаются реактивнообусловленные депрессии, характеризующиеся затяжным течением. Наиболее часто психические нарушения классифицируются как астенические расстройства. Депрессии чаще развиваются у премобидно активных, стеничных лиц со склонностью к повышенной эмоциональной окраске событий, особенно касающихся их личности.

По мнению М.С.Поповой (1971), в нормализации психического состояния и редукции остаточных расстройств большое значение имеют макросоциальный климат вокруг больного и позитивное разрешение потенциально патогенных для него ситуаций.

Таким образом, при реабилитации больных после удаления гортани необходимо учитывать: объём операции, личностно-психологические параметры, социальный статус больного, фонетические особенности родного языка.

Во второй главе диссертации "Организация, материалы и методы исследования" излагаются цели, задачи и организация экспериментального исследования.

Цель настоящего исследования состояла в выявлении и изучении комплекса нарушений у людей с удалённой гортанью. В соответствии с этим стояли следующие задачи:

1. Провести комплексное логопедическое обследование данного контингента больных, установив степень нарушения коммуникативных возможностей.
2. Выявить вторичные, неречевые признаки дефекта - психологическое состояние, степень социальной дезадаптации.
3. Изучить разборчивость речи с целью определения оценки эффективности логопедической помощи.

В констатирующем эксперименте приняло участие 25 больных, оперированных в разные сроки (с 1999 по 2002 гг). Изучение проходило на базе Центра психического здоровья областной больницы г. Волоса, общества ларингэктомированных г. Солоники, а также, в силу специфики греческих условий, некоторым больным помощь оказывалась на дому. Возраст больных варьировал от 55 до 75 лет. Среди них 5 женщин и 20 мужчин.

Комплексное обследование лиц с удалённой гортанью включало: сбор и анализ анамнестических данных, изучение медицинской документации, комплексное логопедическое обследование (наблюдение, беседы с больными и их родственниками, диагностические задания), педагогический эксперимент, обработка и обобщение полученных

результатов методом определения слоговой разборчивости речи по Н.Б.Покровскому, модифицированного для греческого языка.

Экспериментальное изучение проводилось по следующим направлениям:

1. Анамнез заболевания и социальный статус больного. Необходимо было выяснить: а) профессию больных до операции, каков был их социальный статус, уровень образования); б) как оценивали свой голос до операции (когда появились первые признаки - боль, изменения голоса, дискомфорт в глотке и гортани и другие); в) в какие сроки обратились за специализированной помощью и как быстро был установлен диагноз и проведена операция, объём хирургического вмешательства.

Нами была разработана анкета из 30 вопросов, которая позволяла оценить состояние больных.

2. Изучение речи больных, которое проводилось несколькими методами: а) обследовались органы артикуляции, их подвижность, объём движений при попытках речевого высказывания; б) устанавливалось, каким способом больной общается с окружающими - разборчивым шёпотом или при помощи переписки; в) определялась слоговая разборчивость речи.

3. Обследование психолого-характерологического состояния больных. Оно устанавливалось по заключениям психиатра или невропатолога, но, главным образом, в ходе бесед, анкетирования и тестирования. Важно было выяснить отношение больного к перенесённой операции. Собрать сведения о взаимоотношениях с окружающими, с семьёй, знакомыми и посторонними. Каков фон настроения - спокойный, угнетен, навязчивые мысли о болезни, нежелание общаться с окружающими. Помимо свободной беседы больным предлагалась, разработанная нами специальная анкета, состоящая из 20 вопросов с предлагаемыми ответами. Больной должен был выбрать соответствующий его состоянию ответ. Это

позволило представить себе более полную картину психического состояния больных, перенёвших такую сложную операцию и полностью утративших голос.

В третьей главе изучались данные исследования. Результаты эксперимента показали, что из 25 больных 18 имели высшее или среднее образование и занимались трудовой деятельностью вплоть до операции. После оперативного вмешательства 14 из них не смогли продолжать работу из-за потери голоса. У 15 больных имелись неблагоприятные условия на рабочем месте. 20 человек употребляли горячую пищу или очень холодные напитки. У 10 человек работа требовала большой речевой нагрузки. Все 25 больных являлись курильщиками на протяжении многих лет.

Почти все больные при сообщении им диагноза заболевания, были в шоковом состоянии, считали свою жизнь конченной из-за очень серьёзного заболевания и из-за потери речи после операции.

18 больных при поступлении в логопедический кабинет были деканюлированы, то есть удалена трахеотомическая трубка. У 20 человек были сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка, хронический панкреатит. 15 больных пользовались съёмными протезами, но довольно хорошего качества, что не мешало логовосстановительной работе.

У всех больных была сохранена подвижность языка и всего артикуляционного аппарата.

Результаты эксперимента показали, что почти все больные, лишившиеся звучной речи и вынужденные в связи с этим отойти от трудовой деятельности гораздо тяжелее переносят не недостаточность материальной обеспеченности, а невозможность участвовать в жизни общества, а значить ощущать себя полноценным человеком.

80% больных после операции чувствуют печаль, ощущают себя несчастными, плачут чаще, чем когда-либо. 20% пациентов не чувствуют

особого упадка духа, так как считают всё волей божьей, но ощущают, что теперь ничего их не удовлетворяет по-настоящему, откладывают решения чаще, чем когда либо, устают быстрее обычного. 5% больных иногда чувствуют себя виноватыми, что наказаны за что-то, чувствуют разочарование в себе. 50% исследованных больных теперь нервничают постоянно, волнуются, что выглядят хуже. 10% больных беспокоятся о своём здоровье настолько, что не могут не думать об этом. Аппетит стал не такой хороший как раньше, устают быстрее, почти не интересуются другими ($p < 0,01$).

В ряде случаев больные отказывались от восстановительного обучения. Наблюдая за пациентами, мы пришли к выводу, что развитие психических отклонений протекает в более тяжёлой форме у лиц, чья трудовая деятельность связана с повышенной голосо-речевой активностью, а также у внушаемых и мнительных пациентов.

В 20-ти случаях были проведены предоперационные курсы лучевой терапии и химиотерапевтическое лечение, у 5-ти больных подобная терапия велась в послеоперационном периоде. Предоперационное лечение значительно ослабляет организм больного, кроме того, облучаемые ткани подвергаются известного рода изменениям, которые в послеоперационном периоде значительно осложняют и удлиняют процесс послеоперационного заживления раны, а это всегда задерживает начало логопедической работы.

В четвёртой главе диссертации "Логопедическая работа по образованию пищеводного голоса и результаты восстановительного обучения" излагаются принципы и приёмы коррекционной работы, методика логопедической работы по восстановлению звучной речью, результаты восстановительного обучения и работа общества ларингэктомированных.

Работа строилась на основе общедидактических принципах с учётом всех личностных особенностей пациента.

Формирующий эксперимент предполагал обучение формированию пищевого голоса, которое проводилось по последовательно усложняющимся этапам:

Первый этап (подготовительный): включает 1) проведение рациональной психотерапии, формирование у больного активного и сознательного отношения к специальным занятиям, создания адекватного отношения к своему заболеванию и формирование оптимистического отношения, веры в успех обучения. Для решения этой проблемы пациентам демонстрировались записи голоса больных, успешно прошедших курс логотерапии, показ видеокассет или организация личных встреч с пациентами, ранее перенесшими экстирпацию гортани, у которых был восстановлен голос; 2) работа над физиологическим и фонационным дыханием, где особое место уделяли тренировочным упражнениям, направленным на выработку бесшумного дыхания через трахеостому. Включались упражнения для автоматизации лёгочно-торакально-диафрагмального механизма и активизацию мышц шеи, глотки и плечевого сустава.

Работа над дыханием сопровождала весь процесс обучения звучной речи, так же как и психотерапия.

Для повышения самоконтроля занятия проводились перед зеркалом. При прослушивании записей голоса других больных фиксировали внимание на удачно произнесённых звуках и слогах.

Второй этап - формирование заместительного механизма (псевдоголосовой щели, неоглотиса). На этом этапе использовался ряд упражнений, целью которых являлось условно-рефлекторное усиление первого сужения пищевода и создание благоприятных условий для образования псевдоголосовой щели на уровне 4 - 6 шейных позвонков. Для тренировки шейной мускулатуры, остатков мышц гортаноглотки, верхнего и среднего отделов пищевода рекомендовали упражнения типа: дутьё на

вату, гашение спички, втягивание жидкости через трубочку и обратное выталкивание её;

Третий этап включает в себя овладение навыками первоначальной речи формирование оптимального звучания, внятной и разборчивой речи. Для этой цели использовался дифференцированный подход. В процессе работы с нашими больными, говорящими на греческом языке мы, методом проб и ошибок, при многократных попытках установили, что базовым звуком для большинства больных являлся гласный звук. Вероятно это объясняется тем, что греческий язык относится к вокальным языкам и большинство слов начинаются с гласных звуков. Именно поэтому больные легче начинали тренировки с привычными для них гласными звуками. Вначале работы с греческими больными использовались "лёгкие" глухие согласные звуки П,Т,К, которые традиционно применялись в логопедии. Время появления и введения пищеводного голоса у наших больных составляло 2,5 - 3 месяца. Затем, учитывая особенности греческого языка, использовали гласные звуки и выяснили, что время появления пищеводного голоса и восстановления речи значительно сокращается до 1,5-2 месяца при опоре на фонетику родного языка.

Поэтому для восстановления звучного голоса у ларингэктомированных нами чаще использовались гласные звуки. Задания постепенно усложнялись за счёт увеличения звуков в слове при однократном произнесении и слоговой структуры слова. Вначале это односложные слова, затем - двусложные со вторым закрытым слогом, далее слова со стечением согласных.

Четвертый этап - работа по автоматизации коммуникативных навыков, расширение диапазона звучания, тренировки выносливости голоса, улучшение тембра и модуляций пищеводного голоса, а также социальная поддержка больных после окончания логопедических мероприятий.

Наиболее эффективными оказываются занятия по тренировке диалогической речи. Вначале рекомендовался односложный ответ (да, нет, ясно, есть и т.д.)- Далее пользовались постепенно усложняющимся речевым материалом.

Аналогично проводилась работа над высотой голоса (низко-высоко; низко-выше-высоко). Такая этапность позволяла последовательно и систематично усложнять задания, дифференцировать методы воздействия в зависимости от клинических и индивидуально-личностных особенностей пациентов, выбирать оптимальные способы.

На всех этапах реабилитации проводилась рациональная психотерапия с больными и его родственниками. На последнем этапе нами проводились специальные семинары для ознакомления близких и родственников с правилами правильного поведения по отношению к больному.

Преплагались также рекомендации по режиму труда и отдыха больного, поощрение здорового досуга: посещение театра, визиты к друзьям, принятие участия во всех культурных мероприятиях.

В работе по социальной поддержке больного после окончания логопедического курса большую роль сыграло "Общество ларингэктомированных". Больные встречались с себе подобными, общались без стеснения, устраивались экскурсии, вечера и т.д. Задачи общества - оказывать всестороннюю помощь этому контингенту больных: психологическую, социальную, пропаганда возможности восстановления звучной речи и ряд других.

Общество оказывало неоценимую помощь на протяжении всей логопедической работы.

В результатах восстановительного обучения излагаются данные обследования, которые проводились по окончании логопедического

воздействия с целью оценки положительного эффекта, достигнутого в процессе занятий.

Оценивая' качество звучащей речи, мы пришли к выводу, что практически во всех случаях был достигнут положительный эффект. Основным условием оценки качества звучащей речи была её акустическая полноценность.

Результаты коррекционной работы оценивались по качеству слоговой разборчивости по Н.Б.Покровскому. Определялась разборчивость речи до начала логопедических занятий и после окончания логопедического курса. До начала занятий больные общались шёпотом, речь была мало понятна из-за шумного трахеального дыхания. Из таблицы №1 видно, что только 2 пациента могли общаться довольно понятным шёпотом, но слышимость при этом оставалась - очень низкая; 23 больных общались в основном перепиской, так как шёпот при попытке общения, заглушался очень шумным трахеальным дыханием:

Коэффициент слоговой разборчивости по Н.Б. Покровскому до логопедических занятий

Таблица №1

Число больных	Коэффициент Слоговой разборчивости >80%	Коэффициент, Слоговой Разборчивости . >70% .	Коэффициент слоговой Разборчивости <50% .
25 чел.	0 чел.	2 чел.	23 чел.

Больные, прошедшие курс логовосстановительной терапии имели достаточно высокий коэффициент разборчивости, что видно на таблице №2:

Таблица №2

Число больных	Коэффициент слоговой разборчивости >80%	Коэффициент слоговой разборчивости >70%	Коэффициент слоговой разборчивости <50%
25 чел.	20 чел.	5 чел.	0

Степень успешности логопедической реабилитации оценивалась следующим образом:

1. Нормальная или близкая к норме речь (коэффициент разборчивости по Н.Б.Покровскому больше 80%);
2. Улучшение речевой функции (коэффициент разборчивости по Н.Б.Покровскому больше 70%);
3. Речевая функция без улучшения (не восстановлена речевая функция, коэффициент слоговой разборчивости по Н.Б.Покровскому меньше 50%).

Все 25 больных, прошедших курс восстановительного обучения свободно общаются с окружающими во всех общественных местах. 5 наиболее молодых пациентов, вернулись к труду, не испытывая никаких трудностей ни в работе ни в общении с окружающими. В среднем продолжительность логопедических занятий составляла 1,5 -3 месяца.

В результате проведённого исследования были сделаны следующие выводы:

1. Данные комплексного логопедического обследования выявили симптомо-комплекс нарушений у лиц после удаления гортани: соматическую ослабленность, трудности привыкания к дыханию через

трахеостому и полное отсутствие голоса, с необходимостью общаться при помощи переписки.

2. Анализ результатов проведённого специального анкетирования больных выявил тяжёлые психические реакции на онкологическую операцию, трудности общения и оторванность от социальной жизни.

3. Разработаны дифференцированные приёмы восстановления голоса с учётом специфики греческого языка. Дифференцированность подходов к обучению определялось особенностями лексического строя» речи греческого языка, где слова чаще начинаются с гласной фонемы.

4. Контрольные исследования речи больных после окончания восстановительного курса показали достаточно высокую эффективность обучения. Все полностью овладели пищеводным голосом с достаточно высокой разборчивостью речи. Показатель её у 20 человек: больше 80%, у 5 человек: больше 70%.

5. Предложенная программа голосо-речевой и социальной реабилитации, включала:

- восстановление психологического состояния;
- возможно более раннее начало коррекционной работы после операции;
- постоянное сотрудничество с семьёй для поддержания социального статуса и адаптации больного в обществе;
- проведение коррекционной работы на родном языке.

Всё это улучшило психологическое состояние больных, они свободно включались в общение с окружающими, что позволило им вернуться к трудовой деятельности, способствовало улучшению их социального статуса, а значит и качества жизни.

Проведённая экспериментальная работа подтвердила правильность выдвинутых теоретических положений, эффективность разработанной

программы по формированию пищеводного голоса лиц с удалённой гортанью.

Таким образом, в диссертационном исследовании решены поставленные задачи, цель исследования достигнута, а полученные результаты подтвердили правомерность гипотезы и положений вынесенных на защиту.

Основное содержание диссертации* отражено в следующих публикациях:

1. Stilidou E., Isofagiki foni. Methodos apokatastasis fonis meta tin lariggektomi. Methodikes sistasis ia tin apokatastasi tis ixiris fonis sta atoma meta tin lariggektomi. - Volos. - 2001, P.25 (0,8 п.л.)

2. Stilidou E., Karkinos tu larigga den simeni kinoniki apomonosi.// Volos Thesalia - №5 - 2003 - P.8 (0,2 пл)..

3. Стилиди Е.А., Пищеводный голос - возвращение в социальную среду // Афина Омония - №15 -2003 - С.11 (0,3 п.л).

4. Стилиди Е.А., Лаврова Е.В. Восстановление голоса после ларингэктомии // Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи - М. - 2003. СЛ98-203(0,5).

Подл к печ. 26.01.2004 Объем 1.25 п л. Заказ № 27 Тир 100

Типография МПГУ

~~04-11134~~

#-2711