

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ТЕХНОЛОГИИ

Научное мнение. 2025. № 7–8. С. 40–48.

Nauchnoe mnenie. 2025. № 7–8. P. 40–48.

Научная статья

УДК 376.3, 159.99

DOI: https://doi.org/10.25807/22224378_2025_7-8_40

СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ БОЕВЫХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Дарья Викторовна Уклонская¹, Евгения Игоревна Михеева², Юлия Михайловна Зборовская³

¹ Институт коррекционной педагогики, Москва, Россия

¹ Московский городской педагогический университет, Москва, Россия

¹ Центральная клиническая больница «РЖД-МЕДИЦИНА», Москва, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Москва, Россия

³ Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

¹ d_uklonskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2911-7224>

² jenya.skvortsova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9306-7818>

³ yu.zborovskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5035-0979>

Аннотация. В статье рассматривается проблема диагностики и поиска путей восстановления речевой функции у военнослужащих, получивших ранения челюстно-лицевой области различной этиологии. Рассмотрены особенности приобретенных расстройств речи, возникших вследствие боевой травмы данной локализации. Проведено исследование речевых нарушений, обусловленных анатомическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области после ранений в сравнении с аналогичными после хирургического лечения опухолей головы и шеи. Приведены клинические случаи приобретенного нарушения речи после осколочно-взрывной травмы и после хирургического лечения опухоли орофарингеальной зоны. Выявлена необходимость организации логопедической помощи в комплексной реабилитации для повышения эффективности восстановления речевой функции после боевых ранений челюстно-лицевой области, предложены пути решения на основе данных, полученных в ходе исследований проблемы речевой реабилитации после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Ключевые слова: приобретенные расстройства речи, опухоли головы и шеи, коррекционно-педагогическая работа, военная травма челюстно-лицевой области, реабилитация речи участников боевых действий

SPECIFICS OF SPEECH DISORDERS CAUSED BY COMBAT INJURIES OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Daria V. Uklonskaya¹, Evgenia I. Mikheeva², Yulia M. Zborovskaya³

¹ Institute of Special Education, Moscow, Russia

¹ Moscow City University, Moscow

¹ Central Clinical Hospital “RZD-MEDICINE”, Moscow, Russia

² National Medical Research Centre for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow, Russia

³ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

¹ d_uklonskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2911-7224>

² jenya.skvortsova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9306-7818>

³ yu.zborovskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5035-0979>

Abstract. The article reviews the problem of diagnostics and finding ways of speech function recovery in military personnel who got maxillofacial injuries of various etiologies. The features of acquired speech disorders as a result of combat injuries are considered. The authors study speech disorders caused by anatomical defects and deformations of the maxillofacial area after combat injuries in comparison with similar ones after head and neck tumors surgery. The clinical cases of acquired speech disorder after a shrapnel-blast injury and after surgery of an oropharyngeal area tumor are described. The authors reveal the need for speech therapy in comprehensive rehabilitation to increase the effectiveness of speech function recovery after combat injuries of the maxillofacial area, and also propose ways to solve this problem, based on data obtained during the study of speech rehabilitation after surgery of head and neck tumors.

Keywords: acquired speech disorders, head and neck tumors, correctional and pedagogical work, combat injury of the maxillofacial area, speech rehabilitation in military personnel

Возвращение участников боевых действий в мирную жизнь неизбежно поднимает проблему многоаспектной комплексной реабилитации [1–4]. Значимость разработки и осуществления данных программ для участников специальной военной операции (СВО) подчеркивается, в том числе, примером неутешительной статистики в оценке качества жизни ветеранов войны в Афганистане, спустя 20 лет после ее завершения [5].

Одним из недостаточно разработанных аспектов реабилитации ветеранов боевых действий является психолого-педагогическое направление, которое в научной литературе рассматривается в первую очередь как комплекс мер восстановления элементов военно-профессиональной готовности к выполнению боевых задач, но не затрагивает коррекционно-педагогическую область восстановления

речевой функции, а также функций дыхания и глотания, нарушенных в результате черепно-мозговых травм, контузий, а также ранений челюстно-лицевой области (ЧЛО), полученных в ходе участия в боевых действиях [6].

В медицинской литературе реабилитация пациентов с последствиями боевых ранений ЧЛО чаще всего включает последовательность этапов хирургического и последующего ортопедического лечения совместно с врачами смежных специальностей (нейрохирургия, офтальмология, отоларингология, стоматология и др.) [7; 8]. Однако необходимо принимать во внимание, что пациенты после боевых травм лица нуждаются также в логопедической помощи. При этом реабилитация речевой функции, как и другие направления комплексной реабилитации, представляет собой не просто длительный

процесс, но и жизненное событие конкретного человека, которое требует упорной работы над собой, в том числе формирования и сохранения устойчивой специальной реабилитационной мотивации, что может быть обеспечено осуществлением психологического сопровождения коррекционно-педагогической работы [9; 10].

М. Е. Хватцев, описывая военные травмы, констатирует, что приобретенные расстройства представляют собой многофакторную проблему, характеризующуюся сочетанием нарушений витальных функций (дыхание, глотание, жевание) и расстройств речи. Кроме того, автор подчеркивает, что даже незначительные нарушения речевой функции травмируют пациента и снижают его боеспособность, особенно это касается офицерского состава [11]. Отмечая выраженные душевные переживания и снижение трудоспособности, отечественные исследователи делают вывод, что, помимо учета функциональных нарушений, следует принимать во внимание их влияние на психологическое состояние пациентов [12].

Приобретенные расстройства речи, возникшие вследствие боевой травмы, можно разделить на функциональные и органические.

В первом случае проблемы обусловлены нарушением работы органа при сохранности его анатомической целостности и иннервации: феномен утраты речи и голоса, например, мутизм или психогенная афения вследствие внезапного и высокointенсивного стрессового воздействия, а также гипертонусные нарушения голоса, возникшие из-за длительного использования форсированной манеры голосоведения, провоцирующей перенапряжение мышц, участвующих в голосообразовании.

Органические расстройства речи возникают в результате нарушений целостности мягких тканей и костных структур или нарушения иннервации органов центрального и периферического речевого аппарата в результате огнестрельных/взрывных/осколочных/тупых травм, химических ожогов и т. д. Они

могут приводить к речевым расстройствам в виде механической дислалии и дизартрии, афатическим и голосовым расстройствам.

Нарушения функции дыхания могут встречаться у военнослужащих как в составе симптомокомплекса при органической патологии (например, при травмах легких и ограничениях подвижности гортани), так и изолированно (функциональное расстройство дыхания неясной этиологии — стридорозное дыхание).

Дисфагия — симптом, часто сопровождающий расстройства речи не только при афазиях, но и при дефектах и деформациях полости рта и глотки, гортани, а также при нарушениях иннервации данных органов как периферического, так и центрального генеза.

Зарубежные коллеги также отмечают, что боевые травмы головы и шеи оказывают негативное влияние на функцию глотания. Повреждения черепно-мозговых нервов, переломы челюстно-лицевой области, разрывы мягких тканей полости рта и лица, повреждения или отсутствие зубов представляют собой значимые факторы для возникновения дисфагии [13]. Отечественные авторы указывают, что грубые произносительные дефекты и нарушения других функций полости рта негативно влияют на общее психологическое состояние пациентов и качество жизни [14].

Существует мнение, что обширность анатомического поражения не всегда может служить показателем степени выраженности нарушения речи: «Так, незначительные дефекты кончика языка почти всегда обуславливают искажение произношения — прежде всего, мягкого и твердого вариантов звука [Р], тогда как относительно большие разрушения челюстей, при сохранности зубов и правильном прикусе, очень часто не влияют на речь» [11, с. 18]. Отметим также, что как степень нарушения речевой функции, так и общее психологическое состояние человека, получившего травму, не всегда находится в прямой зависимости от степени тяжести физического повреждения, что является существенным аспектом, определяющим

успешность длительного реабилитационного процесса [10].

Выраженность нарушений речи у военнослужащих в большой мере обусловлена локализацией, характером и объемом поражения и может различаться от незначительных трудностей произношения (искажений звуков) до снижения разборчивости речи, резко ограничивающей процесс коммуникации. Процесс восстановления нарушенных функций, в том числе и при нарушениях глотания, голоса и речи, полученных в результате военных травм и ранений, должен проводиться на основе междисциплинарного подхода при участии специалистов медицинского, психологического и педагогического звеньев реабилитации силами междисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) [13].

По мнению М. Е. Хватцева, одной из особенностей данной группы являются сформированные слухо-двигательные и зрительно-двигательные представления, позволяющие мозгу эффективно перестраивать процесс речевой деятельности. Выражая солидарность с автором, следует подчеркнуть, что, поскольку нарушения речи в данной ситуации следует трактовать как приобретенные, у пациентов в анамнезе есть длительное использование адекватно сформированной речевой функции, что проявляется в более локальных поражениях, а также определяет наличие опыта нормальной речевой деятельности.

Аналогичные выводы справедливы и для паттерна глотания: практика работы со взрослыми пациентами с ограничениями подвижности гортани показывает, что длительный опыт нормального глотания — залог для выстраивания восстановительного обучения с опорой на ранее закрепленные и стойко упроченные навыки [15].

Немаловажным является тот факт, что в условиях современного вооруженного конфликта довольно часто поражающим фактором является взрывная ударная волна, что влечет за собой повреждения барабанной перепонки и нарушение слуха разной степени выраженности [16]. Расстройства слуха могут

негативно влиять на речевую реабилитацию, усложняя и замедляя процесс как постановки, так и автоматизации звуков.

М. Е. Хватцев выделяет следующие задачи логопедической коррекции пациентов с огнестрельными и другими боевыми травмами ЧЛО: профилактика возникновения контрактур в челюстно-лицевой зоне или их устранение; логопедическая работа, направленная на восстановление нарушенных функций органов полости рта. При частичном нарушении функции какого-либо из органов ротовой полости автор определяет в качестве основной задачи восстановление функции, а при отсутствии органа — использование принципа обходного пути, осуществляя поиск заместительных механизмов речевой деятельности. Таким образом, согласно мнению автора, будут созданы оптимальные условия для пластических операций и возможного будущего протезирования.

Вследствие огнестрельных ранений и взрывных травм, типичной особенностью которых является множественность, обширность и значительная тяжесть повреждающих воздействий, зачастую характерным является одновременное поражение как мягких тканей, так и костей лицевого скелета преимущественно односторонней локализации. Похожие дефекты мы наблюдаем у пациентов после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Рассмотрим клинический случай нарушения речи после военной травмы.

Пациент Г. 1992 г. р. обратился за логопедической помощью в отделение фониатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России» в феврале 2024 г. В июне 2022 г. при выполнении боевой задачи получены: минно-взрывное осколочное ранение средней и нижней зон лица, проникающее в левую верхнечелюстную пазуху, полость носа и полость рта с повреждением мягких тканей левой щечной области, языка, дна полости рта, верхней и нижней губы. Огнестрельный многооскольчатый перелом верхней челюсти

по типу Ле Фор II с дефектом альвеолярного отростка в области 26, 27 зубов, дефектом твердого неба размером 2×2 см по центральной линии, перелом нижней челюсти с дефектом костной ткани от угла справа до угла слева. Посттравматическая невропатия тройничного нерва слева. Акубаротравма.

Из анамнеза: проведен ряд реконструктивно-пластических операций, включая пластику дефекта малоберцовым аутотрансплантатом, дентальную имплантацию, удаление ино-родных тел (металлоконструкций) в области нижней и верхней челюстей, остеосинтез, вестибулопластику нижнего преддверия полости рта с использованием расщепленного кожного аутотрансплантата. В результате акубаротравмы отмечается нарушение слуха — шепотная речь воспринимается на левое ухо с 5-ти метров, на правое ухо — с 3-х.

Пациент предъявлял жалобы на ухудшение речи и подтекание слюны из левого уголка рта. До травмы занимал командную должность и планировал как можно скорее вернуться в зону боевых действий с возможностью продолжения данной деятельности. Однако с момента травмы прошло более полутора лет, но спонтанного восстановления речи и других функций полости рта не произошло. Ранее пациент осуществлял питание через гастростому, позже самостоятельно принял решение о переходе на пероральное питание и удалил зонд самостоятельно. Жалобы на поперхивания жидкостью и/или пищей не предъявлял, но отмечал потерю массы тела.

После завершения хирургического этапа лечения пациент не был маршрутанован к логопеду для реабилитации речи и глотания, о возможности восстановления речи узнал самостоятельно, изучая свою проблему в интернете.

На момент обследования состояние пациента удовлетворительное, пациент контактен, настроен на активное участие в реабилитационных мероприятиях.

При осмотре: конфигурация лица изменена за счет рубцовой деформации мягких тканей нижней трети лица, большие слева, смыка-

ние губ затруднено. В подчелюстной области и на боковой поверхности шеи (в верхней трети слева) кожные рубцы без признаков воспаления. Зубной ряд нарушен. На твердом небе визуализируется сквозной дефект. Спинка языка и левая его половина изменены за счет рубцовых деформаций, кончик языка отсутствует.

При выполнении артикуляционных проб: амплитуда артикуляционных движений и сила смыкания органов артикуляции снижены. Выполнение проб с участием губ затруднено, движения асимметричны, нижняя губа значительно ограничена в подвижности. Движения нижней челюсти, открывание/закрывание рта ограниченно доступны. Подвижность мягкого неба достаточная. Мобильность языка минимальна, движения со снижением точности и амплитуды, большие слева, отмечается трепор языка.

Общая разборчивость речи снижена до 36%, по Покровскому. Искажены: группа язычно-альвеолярных, язычно-зубных (кроме [Н], [Н']), язычно-передненебных, губно-губных (кроме [М] и [М']), губно-зубных звуков. Отмечалось нарушение баланса резонирования в сторону гиперназализации. Голос достаточной силы и громкости. ВМФ = 23 секунды. Соотношение коэффициента С/З = 1,09, Ш/Ж = 1,1.

Нарушения акта приема пищи: трудности жевания и формирования пищевого болюса, затруднения инициации глотка, регургитация пищи в нос, что укладывается в картину нарушений в оральной и фарингеальной фазах глотательного цикла.

В результате проведенного логопедического обследования установлена механическая полиморфная дислалия тяжелой степени, ринофония средней степени, комплексная структурная дисфагия у пациента с приобретенными анатомо-физиологическими изменениями органов периферического речевого аппарата.

В качестве сравнения ниже приведен клинический случай нарушения речи после хирургического лечения опухоли орофа-

рингеальной зоны с сопоставимыми анатомо-физиологическими нарушениями.

Пациент В. 1964 г. р. находился на лечении в отделении опухолей головы и шеи ЧУЗ ЦКБ «РЖД-Медицина» с диагнозом: рак языка, состояние после хирургического лечения в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки и лимфоузлов шеи и половинной электрорезекции языка слева.

В послеоперационном периоде отмечено значительное ограничение подвижности органов полости рта, частично обусловленное послеоперационным отеком. Больной предъявлял жалобы на отсутствие чувствительности кончика языка, а также на «слишком длинный» язык, которым «трудно двигать и управлять».

При выполнении артикуляционных проб было отмечено, что недоступны для выполнения положения языка, требующие его подъема в верхнее положение («чашечка», присасывание языка к небу). Движения языка в горизонтальном направлении были более затруднены, больше влево, выполнялись со снижением амплитуды и точности. Подвижность мягкого неба без особенностей, однако отмечалось нарушение баланса резонирования по причине отека тканей, а также снижение темпа и нарушение ритма речи. Разборчивость речевого потока, по Н. Б. Покровскому, составляла 30%.

При оценке качества произношения отдельных групп звуков по месту и способу образования отмечено, что наиболее искажены язычные звуки (группы шипящих, свистящих нарушены по типу бокового сигматизма). Переднеязычные звуки [Т] и [Д] заменяются [К] и [Г]. Акустически нормативно произносятся группы гласных, губно-губных и зубно-зубных и заднеязычных согласных. Однако при увеличении темпа речи обнаруживается более выраженное снижение разборчивости речевого потока, особенно при произнесении слов со стечением согласных. Таким образом, у пациента отмечается сложная полиморфная механическая дислалия тяжелой степени в сочетании с ринофонией. Отмечены нару-

шения акта приема пищи в орально-подготовительной и орально-трансферной фазах по причине затруднений формирования пищевого болюса и продвижения его к корню языка, укладывающиеся в картину комплексной оральной дисфагии средней степени выраженности. Регургитации в нос при осуществлении акта глотания не отмечено.

С учетом соматического состояния пациента, а также заживления послеоперационной раны логопедические занятия были начаты на 7-й день после операции. Учитывая выраженный отек тканей, занятия артикуляционной гимнастикой проводились в щадящем режиме параллельно с противоотечной терапией. По истечении 21-го дня сформировался компенсаторный уклад культи языка, питание осуществлялось через естественные пути, увеличилась подвижность и сила смыкания мышц артикуляционного аппарата. Это позволило приступить к уточнению артикуляций нарушенных звуков, в основном по подражанию. Проводились занятия по дифференциации ротового и носового выдоха и нормализации баланса резонирования голоса. На заключительном этапе проводили автоматизацию выработанного навыка в беседах на бытовые темы, чтении стихотворных и прозаических текстов.

В результате проведенной логопедической работы разборчивость речевого потока по истечении 3-х месяцев составила 82%, пациент не испытывал трудностей в процессе речевой коммуникации, несмотря на то что сохранялось произношение [Р] как одноударного, а его мягкий вариант звучал как [Ј'].

Как показывают данные примеры, при наличии эффективных психолого-педагогических технологий речевой реабилитации серьезной проблемой восстановления пациентов с военной травмой является позднее начало реабилитационных мероприятий. Отсутствие ранней коррекционно-педагогической помощи лишает пациента наиболее благоприятного «окна реабилитации» (первые полгода после хирургического лечения/травмы) [17].

Прочитируем слова Хватцева М. Е.: «Среди многих больных и даже среди некоторой части врачей существует мнение, что по мере восстановления раненых органов восстанавливается или восстановится по выходу из госпиталя и речь. Следовательно, нет никакой нужды в логопедических занятиях. Однако цифры и конкретные примеры говорят об обратном. Несмотря на довольно длительное пребывание некоторых больных в госпитале (до полугода и более), речь у них не восстановилась» [11].

На основе клинических наблюдений можно выделить следующие различия.

1. Хирургическое лечение пациентов с опухолями головы и шеи подразумевает планирование хирургического вмешательства и, таким образом, дает возможность хирургам сохранить наиболее «ценные структуры» и органы с учетом распространенности опухолевого процесса. Боевая травма имеет рандомное воздействие, и зачастую даже незначительный объем травмы может критично влиять на функциональные исходы.

2. Пациенты с новообразованиями органов головы и шеи обладают некоторым запасом времени от момента постановки диагноза до оперативного вмешательства, что дает возможность подготовиться к ожидаемым послеоперационным расстройствам функций, которые неизбежно повлекут за собой временную необходимость отойти от социальной жизни и трудовой деятельности, возможные личностные и семейные трудности. Внезапность и непредсказуемость расстройств речи травматического происхождения полностью устраниют этап преабилитации, не оставляя возможности подготовиться к предстоящим изменениям.

3. Онкологические заболевания, особенно на запущенных стадиях, являются причиной общей соматической ослабленности организма. Агрессивные методы лечения (химиолучевая терапия) влияют на самочувствие и работоспособность пациентов. Кроме того, средний возраст выявления онкологических заболеваний головы и шеи

составляет 53–64 года (в зависимости от локализации), в то время как последствия боевой травмы чаще отмечаются в значительно более молодом возрасте, что позволяет рассчитывать на более высокие компенсаторные возможности организма и уровень реабилитационного потенциала [18].

В настоящее время столь значительная и остро нуждающаяся в логопедической работе группа пациентов, к сожалению, остается без четкой маршрутизации и обеспечения специализированной помощью. Коррекционно-педагогическая работа, в силу ряда объективных причин, начинается значительно позже, чем это необходимо, или не осуществляется совсем. Логопедические занятия ограниченно доступны не только по причине недостаточной кадровой обеспеченности, что зачастую приводит к отсутствию логопеда в составе МДРК, но и по причине отсутствия методических рекомендаций по коррекции речевых нарушений, возникших в результате боевой травмы.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что пациенты после боевых травм ЧЛО, оставаясь один на один с проблемой речевой реабилитации, вынужденно оказываются в ситуации спонтанного восстановления нарушенных функций, что приводит к формированию ряда быстро закрепляющихся патологических компенсаторных механизмов, снижая качество жизни. Кроме того, не используются благоприятные условия адаптации, позволяющие организовать управляемый процесс речевой реабилитации. Недостаточное использование условий ранней реабилитации, так называемого «окна реабилитации», также оказывает отрицательное влияние на процесс восстановления речи.

Перечисленные факторы значительно ухудшают речевой реабилитационный прогноз, усложняют и отдаляют восстановление речи, либо пациент полностью остается без специализированной помощи. Таким образом, мы приходим к выводу о существовании целого ряда нерешенных проблем в реабилитации пациентов с приобретенными речевыми нарушениями, обусловленными боевой

травмой. Незамедлительное решение этих проблем в методической и организационной части приобретает не только отраслевое, но

и общегосударственное значение, в связи с возможностью реабилитации значительной части трудоспособного мужского населения.

Список источников

1. *Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук. М., 1997. 136 с.*
2. *Архипов А. А. Организационные аспекты лечебно-профилактической и медико-социальной помощи участникам боевых действий и контртеррористических операций: дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 2005. 141 с.*
3. *Смекалкина Л. В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 244 с.*
4. *Кононов В. А. Реабилитация инвалидов и ветеранов боевых действий как научная проблема: сборник научных статей Межвузовской научно-практической конференции «Актуальные проблемы оздоровительной и адаптивной физической культуры и спорта и пути их решения». СПб.: Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, 2023. С. 114–119.*
5. *Фаттахов В. В. и др. Качество жизни ветеранов войны в Афганистане 20 лет спустя // Общественное здоровье и здравоохранение. 2009. № 1. С. 100–104.*
6. *Лопатъко С. В. Педагогическая реабилитация военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации в ходе выполнения служебно-боевых задач: дис. ... канд. пед. наук. М., 2019. 344 с.*
7. *Чантырь И. В., Завгороднєв К. Д., Бельченко В. А. Анализ качества оказания хирургической помощи пациентам с последствиями огнестрельных боевых ранений челюстно-лицевой области // Медицинский алфавит. 2024. № 11. С. 53–61.*
8. *Жданов Д. В. и др. Реабилитация больных при односторонней резекции верхней челюсти после военных и боевых травм челюстно-лицевой области // Материалы VI научной конференции с международным участием: «По итогам НИР: наука и практика в стоматологии», 26 апреля 2024 г., Барнаул // Scientist (Russia). 2024. № 3 (29). С. 184–189.*
9. *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. Т. 33, № 4. С. 373–381.*
10. *Магомед-Эминов М. Ш. Деятельностно-смысловой подход к психологической трансформации личности: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2009. 679 с.*
11. *Хватцев М. Е. Восстановление речи у раненых в челюстно-лицевую область. Л.: Медгиз, Ленинградское отделение, 1946. 52 с.*
12. *Тазин И. Д., Котов А. С., Кравченко В. В. Травмы челюстно-лицевой области мирного и военного времени: учебное пособие. Томск: Изд-во СибГМУ, 2024. 129 с.*
13. *Cord L. L., Rajpal V., Solomon N. P. Dysphagia Management in Military Service Members with Polytrauma: Overview and Case Report // Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2020. Vol. 6. Issue. 5. P. 1033–1046.*
14. *Уклонская Д. В., Агаева В. Е. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2016. Т. 22, № 3. С. 218–221.*

15. Уклонская Д. В. Актуальные проблемы и современные тенденции восстановительного обучения при ограничениях подвижности гортани после хирургического лечения опухолей головы и шеи // Успехи гуманитарных наук. 2021. № 5. С. 76–82.
16. Сыроежкин Ф. А., Юмакаев Д. З., Голованов А. Е., Устинов С. Р., Кузнецов М. С. Влияние акубаротравмы на состояние слуха в условиях современного вооруженного конфликта // Российская оториноларингология. 2024. Т. 23, № 2 (129). С. 66–72.
17. Уклонская Д. В. Система логопедической работы в комплексной реабилитации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи: дис. д-ра пед. наук. М., 2022. 326 с.
18. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприной и др. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. 276 с.

Статья поступила в редакцию 30.05.2025; одобрена после рецензирования 15.08.2025; принята к публикации 21.08.2025.

The article was submitted 30.05.2025; approved after reviewing 15.08.2025; accepted for publication 21.08.2025.

Информация об авторах:

Д. В. Уклонская — доктор педагогических наук, доцент; ведущий научный сотрудник лаборатории образования и комплексной реабилитации детей с нарушениями речи Института коррекционной педагогики; профессор департамента социально-психологических технологий и коррекционно-развивающих методик; логопед отделения опухолей головы и шеи;

Е. И. Михеева — младший научный сотрудник научно-клинического отдела фониатрии, логопед отделения фониатрии;

Ю. М. Зборовская — инженер кафедры психологической помощи и ресоциализации.

Information about the Authors:

D. V. Uklonskaya — Doctor of Sciences (Pedagogy), associate professor; leading research fellow at the laboratory of education and comprehensive rehabilitation of children with speech disorders at the Institute of Correctional Pedagogy; professor at the Department of Social and Psychological Technologies and Correctional and Developmental Methods; speech therapist at the Department of Head and Neck Tumors;

E. I. Mikheeva — junior research fellow at the Scientific and Clinical Department of Phoniatrics, speech therapist at the Department of Phoniatrics;

Yu. M. Zborovskaya — engineer at the Department of Psychological Assistance and Resocialisation.