

7.4. Opieka w terapii nowotworów głowy i szyi

Katarzyna Kisiel

Nowotwory głowy i szyi wymagają często radykalnego leczenia chirurgicznego, które to pomimo optymalnie minimalnego usunięcia zmiany wiąże się nierzadko z trwałym okaleczeniem pacjenta. Okaleczenie fizyczne jest związane z utratą zajętego przez nowotwór narządu (języka, krtani, kości twarzoczaszki), co w rezultacie prowadzi do zaburzeń w mówieniu, widzeniu, przyjmowaniu posiłków itp. Problemy z komunikacją i zmiana w wyglądzie zewnętrznym wpływają znacząco na funkcjonowanie chorego w społeczeństwie. Z jednej strony utrudnione porozumiewanie się, a z drugiej obawa przed reakcją innych na zmieniony wygląd zewnętrzny zniechęcają pacjenta do przebywania wśród ludzi. Relacje w rodzinie, najbliższym otoczeniu, a także w środowisku pracy są zaburzone. Prowadzi to w efekcie do spadku poczucia wartości chorego oraz jego izolowania się.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z nowotworem głowy i szyi powinna się rozpocząć, zanim chory podejmie decyzję odnośnie do leczenia chirurgicznego. Pielęgniarka, stwarzając atmosferę troski i bezpieczeństwa, może pomóc pacjentowi zdecydować się na zabieg operacyjny. Choremu znającemu skutki terapii, o których zostaje poinformowany przez lekarza, należy wskazać możliwości uzyskania wsparcia oraz rehabilitacji. Trzeba też skontaktować pacjenta z psychoonkologiem, jeżeli wyraża takie życzenie. Pielęgniarka może również pomóc choremu w pozbyciu się negatywnych emocji poprzez umiejętne słuchanie i ewentualne wyjaśnienie nurtujących problemów związanych z funkcjonowaniem po okaleczającym zabiegu chirurgicznym. Dlatego ważne jest, aby personel pielęgniarski miał wiedzę na temat komunikacji interpersonalnej i umiejętności redukcji blokad w porozumiewaniu się pacjenta z innymi ludźmi.

7.4.1. Nowotwory głowy i szyi

Nowotwory głowy i szyi stanowią około 5,5% zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. Obejmują raki nabłonkowe umiejscowione w górnej części układu pokarmowego i oddechowego. Zmiany najczęściej lokalizują się w krtani, dalej kolejno w jamie ustnej, części ustnej i krtaniowej gardła, jamie nosowej i zatokach przynosowych, śliniankach, a najrzadziej w części nosowej gardła [1–3, 6, 7, 15, 16].

Większość nowotworów głowy i szyi daje początkowo niespecyficzne objawy, dlatego ważne jest niebagatelizowanie pojawiających się zaburzeń oraz natychmiastowe podjęcie diagnostyki onkologicznej. Wykorzystuje się w niej: badanie laryngologiczne, weryfikację histopatologiczną wycinka i węzłów chłonnych, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny głowy i szyi, pantomogram żuchwy, USG szyi, rtg klatki piersiowej, USG

jamy brzusznej, a także scyntyografię kości (w celu stwierdzenia przerzutów odległych).

Podstawą leczenia nowotworów głowy i szyi jest operacja chirurgiczna. Polega ona na wycięciu zmiany z marginesem tkanek zdrowych z jednoczesną rekonstrukcją tkankami sąsiadującymi lub rekonstrukcją późniejszą z wykorzystaniem bogato unaczynionych płatów mięśniowo-skórnych oraz mikrochirurgii laserowej. Alternatywą dla tego typu leczenia jest brachyterapia. W leczeniu uzupełniającym stosuje się radioterapię [1–3, 6, 7, 15, 16, 17].

Rak wargi dolnej

Nowotwór ten rozwija się zazwyczaj miejscowo. Charakteryzuje się wolnym wzrostem. Późno daje przerzuty do węzłów chłonnych podbródkowych i podżuchwowych. Do najczęstszych jego objawów należą: długotrwałe niegojące się owrzodzenia, przewlekły odczyn zapalny, zgrubienia (często niebolesne) w postaci guzków.

Rak jamy ustnej

Nowotwór lokalizuje się najczęściej na języku i dnie jamy ustnej, a także na wyrostku zębodołowym, trójkącie zatrzonowcowym, policzku i podniebieniu twardym. Szybko daje przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych. Charakterystycznymi jego objawami są:

- żywoczerwone gładkie plamy, nieznacznie nacieczone (erytroplazja),
- trudno gojące się lub niegojące się owrzodzenia,
- białawe, wyraźnie odgraniczone plamy o powierzchni rogowaciejącej (leukoplakia – rogowacenie białe),
- czasami dolegliwości bólowe związane z przyjmowaniem pokarmów,
- ograniczenie ruchomości języka.

Rak gardła

Rak gardła dzieli się ze względu na lokalizację:

- ustna część gardła (rak migdałków, nasady języka, podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła) – objawia się bólem samoistnym lub pojawiającym się przy przełykaniu, promieniującym do ucha, uczuciem obecności ciała obcego w gardle, widocznym niegojącym się owrzodzeniem lub naciekiem zapalnym,
- nosowa część gardła – często obserwuje się brak symptomów świadczących o toczącym się procesie nowotworowym; nierzadko pierwszymi objawami chorobowymi są przerzuty w węzłach chłonnych szyi, które pojawiają się bardzo szybko w tym typie nowotworów.

Rak jamy nosowej i zatok przynosowych

Rak jamy nosowej objawia się jednostronną niedrożnością nosa, krwawieniem lub ropną wydzieliną z nosa, wyczuwalny jest też guzek; w niektórych przypadkach w wyniku naciekania kości może się pojawić wytrzeszcz gałki ocznej. Rak zatok przynosowych rozwija się zwykle miejscowo, naciekając sąsiadujące struktury: oczodół, jamę nosa, podstawę czaszki lub dół podskroniowy. Nowotwory te rozwijają się początkowo bezobjawowo, rzadko dają przerzuty do węzłów chłonnych i są rozpoznawane albo przypadkowo, albo w znacznym stadium rozwoju.

Rak gruczołów ślinowych

Nowotwór ten lokalizuje się najczęściej w śliniankach przyusznych, rzadziej w śliniankach podżuchwowych i drobnych gruczołach ślinowych. Charakterystyczne jego objawy to: powiększenie i ból ślinianki, a także miejscowy nacieki zapalny obejmujący nerw twarzowy, skórę, kości oraz otaczające tkanki miękkie.

Rak krtani

W chorobie tej występuje rozwój złośliwych komórek w obrębie błony śluzowej krtani. Nowotwór umiejscawia się zazwyczaj w nagłośni (55%), głośni (40%) i jamie podgłośniowej (5%). Najczęstszą jego odmianą histologiczną jest rak płaskonabłonkowy. Najbardziej charakterystycznymi objawami raka krtani są: stopniowo narastająca chrypka, zmiany barwy głosu, uczucie przeszkody w gardle, odchrząkiwanie, ból przy przełykaniu, który może promieniować w stronę ucha, kaszel, krwioplucie, powiększone węzły chłonne szyi. Dolegliwości nie ustępują mimo leczenia przeciwzapalnego. Symptomy pojawiają się na początku choroby, co umożliwia wczesne jej rozpoznanie.

Leczenie raka krtani w zależności od stopnia zaawansowania polega na:

- mikrochirurgicznej dekortekcji fałdów głosowych,
- usunięciu zajętego przez nowotwór fałdu głosowego (chordektomia),
- całkowitym (laryngektomia) lub częściowym usunięciu krtani, co umożliwia zachowanie czynności głosowej i prawidłowego oddychania [1–7, 15, 16].

7.4.2. Wybrane problemy pielęgnacyjne chorych z nowotworami głowy i szyi

W opiece pielęgnarskiej nad osobami z nowotworami głowy i szyi pojawiają się różnorodne trudności związane zarówno ze sferą biologiczną, jak i psy-

chospołeczną. W pielęgnacji pacjentów po okaleczających zabiegach należy zwrócić uwagę na wiodące problemy omówione poniżej.



Problem pielęgnacyjny: spadek poczucia własnej wartości spowodowany widocznymi deformacjami twarzy związanymi z umiejscowieniem nowotworu i leczeniem chirurgicznym.

Lokalizacja ogniska pierwotnego oraz stopień zaawansowania miejscowego nowotworu mają wpływ na obszar i rozległość resekcji, a także na wynikające z ubytku tkanek zaburzenia funkcjonalne. Bardzo ważnym aspektem, poza usunięciem zmiany w granicach zdrowych tkanek, pozostaje rekonstrukcja z jednoczesnym dążeniem do zachowania maksymalnych względów funkcjonalnych i estetycznych. W procesie przygotowania do leczenia operacyjnego istotne jest udzielenie choremu przez lekarza informacji dotyczących skutków zabiegu w postaci deformacji, blizn i ubytków oraz uzyskanie świadomej, pisemnej zgody na operację. Rolą pielęgniarki jest zdobycie zaufania pacjenta, udzielanie wsparcia, uświadomienie choremu, że wygląd i utrata narządu lub części ciała wywołują zrozumiałe przygnębienie. Ważna zatem jest przedoperacyjna rozmowa z pacjentem, gdyż dostarczenie mu interesujących go informacji prowadzi do redukcji napięć i niepewności, a także powoduje poprawę stanu emocjonalnego. Poza tym istotnym aspektem jest umożliwienie choremu kontaktu z psychoonkologiem, z którym będzie miał możliwość współpracować zarówno przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego, jak i w jego trakcie oraz po zakończeniu terapii [10, 11, 14, 17].



Problem pielęgnacyjny: zaburzenia funkcji mowy spowodowane ograniczeniem ruchomości języka po częściowej resekcji krtani i po laryngektomii.

Pacjenci przed zabiegiem bardzo się obawiają problemów związanych z komunikowaniem się. Pielęgniarka może zachęcać chorego do podejmowania prób mówienia, jednocześnie okazując mu cierpliwość i wyrozumiałość podczas pierwszych nieudanych kroków w porozumiewaniu się. Ważne jest, aby w rozmowie z pacjentem wykorzystywać metody komunikacji w formie parafrazy, odtworzenia, podsumowania w celu kontroli oraz ustalenia zgodności informacji podawanych i odbieranych. Jednocześnie choremu należy udostępnić kartkę i długopis, tabliczkę do pisania lub notebook, aby w razie konieczności mógł wyrazić swoje problemy i potrzeby na piśmie. Zadaniem pielęgniarki jest poinformowanie pacjenta o możliwości rehabilitacji mowy pod kierunkiem logopedy i foniatry. Bardzo ważnym czynnikiem w zakresie sprawnego komunikowania się jest silna motywacja ze strony chorego, na której kształtowanie ma wpływ postawa pielęgniarki [10–12].



Problem pielęgnacyjny: zaburzenia odżywiania spowodowane bólem oraz upośledzeniem przeżuwania pokarmów i połykania.

Problemy ze spożywaniem posiłków związane z nowotworem okolicy głowy i szyi już w pierwszym okresie choroby mogą doprowadzić do znacznego wyniszczenia oraz utraty masy ciała. Warunkiem prawidłowej czynności przyjmowania pokarmów jest współdziałanie języka, dna jamy ustnej, żuchwy, policzków, podniebienia miękkiego i ślinianek. Koordynacja ruchów pracy wszystkich tych narządów jest niezbędna podczas przygotowania kęsa pokarmowego w akcie żucia i połykania. Zmiany anatomiczne, a także ból po operacji w obrębie jamy ustnej, gardła oraz krtani uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie w tym zakresie. Konieczne jest wtedy zastosowanie alternatywnych metod żywienia. U chorych z zachowaną zdolnością trawienia i wchłaniania korzysta się z *drogi dojelitowej*. Odbywa się to tak długo, jak wymaga tego proces gojenia się ran po przebytych zabiegach chirurgicznych. Żywienie dojelitowe jest tańsze, łatwiejsze w przygotowaniu i nie powoduje powikłań związanych z kaniulacją naczyń krwionośnych. Ponadto podawanie pokarmu do żołądka stymuluje wydzielanie enzymów trawienych oraz kwasu solnego, którego obecność zapobiega kolonizacji jelita cienkiego bakteriami z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Podaż pokarmu może się odbywać poprzez zgłębnik nosowo-żołądkowy czy nosowo-jelitowy. W przypadku niemożności założenia zgłębnika wykonuje się *przetokę odżywcza*: żołądkową (klasyczną gastrostomię bądź przezskórną endoskopową gastrostomię) lub do jelita czczego (jejunostomię przezskórną endoskopową bądź igłową). U pacjentów, u których żywienie drogą przewodu pokarmowego nie jest możliwe z powodu zaburzenia pasażu i wchłaniania jelitowego czy też poważnego powikłania pooperacyjnego, należy wdrożyć żywienie *pozajelitowe* (jego zasady szczegółowo zostały omówione w rozdziale „Udział pielęgniarki w żywieniu”).

W późniejszym okresie po operacji wdraża się stopniowo żywienie doustne (w przypadku problemów z połykaniem zaleca się dietę półpłynną lub płynną). Należy zwracać uwagę na dostarczanie odpowiedniej liczby kalorii w diecie chorego oraz pamiętać o dobrym jej zbilansowaniu. Posiłki powinny być różnorodne i apetycznie przyrządzone. Wskazane jest, by pacjent jadł często, ale w małych ilościach. W celu poprawy stanu odżywienia chorego można stosować różne odżywki i napoje energetyczne [4, 8, 9].



Problem pielęgnacyjny: dolegliwości bólowe.

Zmiany nowotworowe w zakresie głowy i szyi powodują znaczne dolegliwości bólowe. Często występuje ból neuropatyczny o charakterze napadowym lub stałym, przeszywający, piekący, z towarzyszącymi zaburzeniami czucia, np. niedoczulicą, dysestezją czy allodynią. Jest spowodowany naciekaniami splotu szyjnego przez przerzuty do węzłów chłonnych szyi lub roz-

rostem guza tej okolicy, a także naciekaniem poszczególnych nerwów czaszkowych. W terminalnej fazie choroby pojawiają się bóle głowy związane ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego (np. przy upośledzeniu odpływu krwi żyłnej z obszaru głowy). Po leczeniu onkologicznym dolegliwości bólowe mogą również pozostać. Są to głównie bóle neuropatyczne spowodowane śródoperacyjnym przecięciem nerwów, jak również neurotoksycznym działaniem radio- i chemioterapii. Wszystko to często znacznie obniża jakość życia pacjenta oraz wymaga zastosowania psychoterapii wspomagającej.

Pielęgniarka – oprócz brania czynnego udziału w farmakoterapii bólu – musi być gotowa na udzielenie choremu empatycznego wsparcia. Osoba osamotniona i zestresowana gorzej odczuwa oraz znosi ból fizyczny i psychiczny. Pacjenci zawsze oczekują życzliwego zainteresowania, a także profesjonalnej opieki. Dobre słowo czy towarzyszenie w cierpieniu przynosi czasami lepsze rezultaty niż środek przeciwbólowy. Należy stworzyć choremu atmosferę troski i poczucia bezpieczeństwa [6, 15–17].



Problem pielęgnacyjny: powikłania związane z porażeniem nerwów twarzowych.

U chorych mogą wystąpić objawy uszkodzenia nerwów czaszkowych, np. opadanie kącika ust czy niedomykanie powieki. Porażenia nerwów często znacznie obniżają jakość życia pacjenta i wymagają zastosowania terapii wspomagającej. Rehabilitacja prowadzona pod kierunkiem specjalisty ma na celu minimalizację niedostosowania fizycznego oraz przywrócić w miarę możliwości pierwotnej sprawności. Pozostające po operacji deformacje powstałe na skutek uszkodzenia nerwów powodują niejednokrotnie konieczność wsparcia psychospołecznego ze strony pielęgniarki, rodziny, a także w dużej mierze wymagają specjalistycznej pomocy psychologa [11, 15, 16].



Problem pielęgnacyjny: możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

Opieka pielęgnarska powinna być ukierunkowana na:

- obserwację miejsca operowanego i ewentualnego drenażu pod kątem krwotoku oraz płynotoku (dbałość o drożność drenów, odpowiednie ich umocowanie i zabezpieczenie, a także monitorowanie ilości i wyglądu wydzieliny) – zaleca się odnotowywanie informacji w karcie obserwacji chorego,
- aseptyczne postępowanie z miejscem operowanym w celu zapobiegania wystąpienia infekcji miejscowej oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- profilaktykę infekcji dróg oddechowych [13, 14].

Problemy pielęgnacyjne u pacjentów po usunięciu krtani

Po usunięciu krtani chory może oddychać tylko przez tracheostomię, która polega na wytworzeniu ujścia tchawicy na przednią część szyi. Otwór tracheostomii zaopatrzony jest rurką tracheostomijną. Laryngektomia stanowi dla pacjenta niezwykle okaleczający zabieg, przede wszystkim z uwagi na pozbawienie mowy oraz wykluczenie nosa i jamy ustnej z drogi oddechowej, co skutkuje upośledzeniem węchu i smaku, a także brakiem nawilżania i ogrzewania wdychanego powietrza. Chory po leczeniu operacyjnym, z wytworzoną na stałe tracheostomią odkrztusza duże ilości wydzieliny oraz jest narażony na częste zakażenia dróg oddechowych. Pielęgnacja w tego typu przypadkach ma na celu utrzymanie drożności tracheostomii, a także zapobiegnięcie wytworzeniu się stanu zapalnego skóry wokół stomii oraz zakażeniom układu oddechowego.

Pielęgnacja skóry wokół tracheostomii. Skórę szyi myje się z zastosowaniem wody i delikatnych mydeł, a okolicę tracheostomii delikatnie przemywa przy użyciu środków do pielęgnacji skóry i błon śluzowych, usuwając przy tym zaschniętą wydzielinę śluzową.

Pielęgnacja rurki tracheostomijnej. Rurka składa się z rurki zewnętrznej i wewnętrznej. Do czasu wygojenia się rany pooperacyjnej wymiany rurki zewnętrznej może dokonać tylko lekarz laryngolog. Również podczas radioterapii nie wolno samodzielnie wymieniać tej rurki. Natomiast rurkę wewnętrzną należy – w celu utrzymania jej czystości i drożności – oczyszczać minimum dwa razy dziennie lub częściej, w zależności od potrzeb. Myje się ją specjalną szczoteczką, najlepiej pod bieżącą wodą, a następnie osusza. W warunkach domowych, po całkowitym wygojeniu się tracheostomii pacjent może sam wymieniać rurki – zewnętrzną co najmniej raz na dobę, wewnętrzną częściej.

W celu łatwiejszego wprowadzenia w otwór tracheostomii rurki należy na zewnętrzną jej stronę nałożyć np. lidokainę w żelu. Następnie rurkę umocowuje się za pomocą tasiemek zawiązywanych wokół szyi. Powinno się dbać o to, aby tasiemki nie uciskały zbyt mocno i nie podrażniały skóry szyi.

Noszenie rurki konieczne jest przez 6–12 miesięcy. O czasie tym bezwzględnie zawsze decyduje lekarz. Jeżeli stwierdzi on, że można z rurki zrezygnować, wówczas odzwyczajanie się pacjenta od niej powinno się odbywać powoli i stopniowo (należy wydłużać czas jej nienoszenia od kilku minut do kilku godzin w ciągu doby). Gdy otwór oddechowy nie ulega zwężeniu, można zacząć chodzić bez rurki.

Zmiana opatrunku wokół tracheostomii. Opatrunek należy zmieniać co najmniej dwa razy dziennie lub w razie potrzeby częściej, kiedy ulegnie zanieczyszczeniu. Po usunięciu zabrudzonego opatrunku przemywa się delikatnie skórę wokół tracheostomii środkiem do dezynfekcji skóry i błon śluzowych, a następnie zakłada jałowy gazik.

Dbalność o drożność rurki tracheostomijnej i drzewa oskrzelowego.

Ważnym elementem pielęgnacji rurki tracheostomijnej jest utrzymanie jej drożności oraz odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego u chorych z osłabionym odruchem kaszlowym lub w przypadku jej nadmiernego nagromadzenia. Wykonuje się to za pomocą ssaka elektrycznego i cewników do odsysania. Zabieg ten na oddziale przeprowadza pielęgniarka. Odsysanie można poprzedzić inhalacją i oklepaniem pleców pacjenta. Przed wypisem pielęgniarka udziela rodzinie chorego instrukcji co do sposobu odsysania wydzieliny oraz pielęgnacji rurki tracheostomijnej i drzewa oskrzelowego.

Istotną rzeczą jest również mikroklimat w otoczeniu pacjenta. Dbanie o odpowiednią wilgotność powietrza ma na celu zapewnienie optymalnego nawilżenia błony śluzowej dróg oddechowych, co umożliwi łatwiejszą ewakuację wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Ważne jest, aby nie dopuszczać do tworzenia się suchych czopów śluzowych w drzewie oskrzelowym, które mogą zatykać światło tchawicy lub oskrzela i zaburzać wentylację. Chory może także wykonywać inhalacje z soli fizjologicznej lub z dodatkiem leków mukolitycznych.

Narażenie na zakażenia dróg oddechowych. Wspomniane wcześniej postępowanie (utrzymanie odpowiedniej higieny i drożności drzewa oskrzelowego) ma na celu niedopuszczenie do zakażenia układu oddechowego. Ponadto pacjenci z tracheostomią powinni dbać o odpowiedni ubiór, aby nie dopuścić do wyziębienia organizmu. Tracheostomię oraz tkanki miękkie szyi, szczególnie wrażliwe na niekorzystne warunki atmosferyczne, należy chronić zarówno przed zimnem, jak i przed nadmiernym nagraniem. W tym celu zimą trzeba nosić szaliki lub golfy, latem dobrze jest zaś zasłonić tracheostomię przewiewną koszulą bądź apaszką.

Dbanie o sprawność fizyczną. Po operacji usunięcia krtani zaleca się gimnastykę ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń oddechowych. Wskazane są częste spacerunki i rekreacja, można uprawiać też sport, ale z ograniczeniem wysiłku fizycznego. Przeciwwskazane są sporty wodne, w tym pływanie.

Obawa przed powrotem do życia i funkcjonowania w rodzinie oraz społeczeństwie. Chorzy z powodu swego rodzaju kalectwa, jakim jest tracheostomia, obawiają się utraty pozycji zawodowej i rodzinnej. Zaniża się u nich poczucie własnej wartości, co prowadzi do izolowania się od społeczeństwa, znajomych oraz bliskich. Jednak po okresie rekonwalescencji i rehabilitacji głosu nie ma przeciwwskazań do podjęcia pracy zawodowej, oczywiście na stanowisku chronionym, niewymagającym wysiłku głosowego, w środowisku wolnym od pyłów, dymów i zanieczyszczeń środkami chemicznymi. Obawa przed utratą atrakcyjności wobec partnera doprowadza do upośledzenia sprawności seksualnej. Należy wyjaśnić pacjentowi, że jest ona – podobnie jak zdolność współżycia – taka sama jak przed zabiegiem. Zmniejszone wymagania seksualne są początkowo reakcją normalną, zwią-

zaną z przebytą chorobą, ale po przełamaniu oporów natury psychicznej sprawność ta powinna wrócić. Należy tylko zatroszczyć się o swój wygląd, ze szczególnym uwzględnieniem dbalności o higienę i estetykę tracheostomii. Chorzy powinni również aktywnie uczestniczyć w życiu towarzyskim, ponieważ przyspiesza to ich powrót do zdrowia oraz ułatwia akceptację siebie w środowisku ludzi zdrowych.

Zaburzenia w odczuwaniu smaku i zapachu. Zdolność odczuwania zapachów i smaków stanowi istotny element życia codziennego. Dlatego też w przypadku osłabienia tych funkcji ważne jest zwrócenie uwagi na te kwestie podczas rehabilitacji. Wiele osób laryngektomowanych, by odczuwać zapachy, uczy się metody „grzecznego ziewania”. Technika ta jest stosunkowo łatwa do opanowania i polega na dyskretnym opuszczeniu oraz uniesieniu żuchwy przy zamkniętych ustach. W jamie ustnej powstaje wówczas podciśnienie, które powoduje wciąganie powietrza do nosa. Zapachy można też wyczuwać podczas wietrznej pogody, kiedy powietrze przepływa swobodnie przez jamę ustną, gardło i nos, a także w trakcie spożywania ciepłych posiłków. Smak można przywracać poprzez proponowanie żucia różnych potraw. Dokładniejsze żucie powoduje również większy ruch powietrza w jamie ustnej, które przechodzi do jamy nosowej, przez co chory odczuwa jego zapach. Ważne jest stymulowanie zakończeń nerwowych czuciowych w celu przywrócenia prawidłowej ich funkcji.

Nauka mowy zastępczej. Aktywne włączanie się do życia rodzinnego i społecznego, a także nieunikanie kontaktów towarzyskich czy rodzinnych pomimo utrudnień związanych z komunikacją wpływa korzystnie na rehabilitację mowy. Istotą tej terapii u osób laryngektomowanych jest nauczenie ich wytwarzania głosu i mowy zastępczej, które polega na:

- nauczaniu umiejętności wytwarzania bani zapasowego powietrza w przełyku,
- wykorzystaniu fizjologicznego odruchu dźwięcznego odbijania się, w wyniku którego powstaje odpowiednie ciśnienie powietrza, umożliwiające wprawienie w ruch określonych struktur anatomicznych zastępujących więzadła głosowe,
- ćwiczeniu oddychania torem przeponowo-żebrowym,
- ćwiczeniach rozluźniających układ żwaczy,
- ćwiczeniach w celu uzyskania dźwięcznego odbicia i wykorzystaniu głośnego odbicia do formowania głosu,
- ćwiczeniu czasu fonacji i siły głosu [12].

Rolę krtani mogą przejąć różne struktury anatomiczne zlokalizowane w obrębie gardła oraz przełyku. W rehabilitacji mowy i głosu po laryngektomii ważne jest wytworzenie pseudogłośni. W zależności od jej umiejscowienia wyróżnia się dwa zasadnicze rodzaje mowy zastępczej:

- *mowę przetykową*:
 - rolę generatora dźwięku przejmują fałdy błony śluzowej przetyku,
 - pseudogłośnia zlokalizowana jest w przetyku,
 - głos jest stosunkowo niski i ma małą rozpiętość,
 - czynność mówienia jest męcząca, co zmusza chorego do częstych przerw w toku wypowiedzi,
 - rehabilitacja trwa długo, a jej efektywność wynosi 12–24% rehabilitowanych; 33–54% pacjentów nie jest w stanie w ogóle opanować tej mowy,
- *mowę gardłową*:
 - pseudogłośnia znajduje się w części ustnej gardła, między tylną ścianą gardła a nasadą języka,
 - głos pacjenta jest skrzeczący i powstaje z widocznym wysiłkiem,
 - mowa jest stosunkowo mało ekonomiczna, chociaż dobrze rozumiana przez otoczenie,
 - opanowuje ją około 10% chorych.

Piśmiennictwo

1. Jassem J., Kawecki A.: *Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi*. W: *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych* (red. M. Krzakowski). Via Medica, Gdańsk 2007, 1–32.
2. Jeziorski A. (red.): *Onkologia dla stomatologów*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006.
3. Kawecki A., Towpik E.: *Nowotwory głowy i szyi. Zasady rozpoznawania i leczenia nowotworów*. Wyd. Polskiej Fundacji Europejskiej Szkoły Onkologii, Warszawa 1998.
4. Korta T.: *Dostęp żylny w żywieniu pozajelitowym*. W: *Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w chirurgii* (red. B. Szczygieł, J. Socha). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1994.
5. Melsungen B.B.: *Podstawy terapii dożylniej i żywienia pozajelitowego*. α-Medica Press, Bielsko-Biała 1995.
6. Pawłęga J.: *Zarys onkologii*. Wyd. UJ, Kraków 2002, 91–101.
7. Pawlicki M.: *Rak narządów głowy i szyi*. W: *Leczenie nowotworów* (red. M. Pawlicki). α-Medica Press, Bielsko-Biała 1996, 113–121.
8. Pawłowski W.: *Żywnienie chorych onkologicznych*. Stand. Med., 2001, 2, 8.
9. Pertkiewicz M.: *Diety przemysłowe. Przechowywanie i przygotowywanie diet*. W: *Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w chirurgii* (red. B. Szczygieł, J. Socha). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1994.
10. Sherman C.D.: *Psychospołeczne aspekty raka*. W: *Podręcznik onkologii klinicznej* (red. D.K. Hossfeld, C.D. Sherman, R.R. Love, F.X. Bosch). PWN, Warszawa–Kraków 1994, 186–194.

11. Sherman C.D., Greenberg R.: *Rehabilitacja*. W: *Podręcznik onkologii klinicznej* (red. D.K. Hossfeld, C.D. Sherman, R.R. Love, F.X. Bosch). PWN, Warszawa–Kraków 1994, 179–185.
12. Sokal V.: *Podręcznik do nauki mowy zastępczej dla osób po usunięciu krtani*. Polskie Towarzystwo Laryngotomowanych, Regionalne Centrum Animacji Kultury, Zielona Góra 2006.
13. Szewczyk M.T., Ślusarz R.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wyd. Med. Borgis, Warszawa 2006, 7–21.
14. Walewska E.: *Okres okołoperacyjny*. W: *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego* (red. E. Walewska). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 106–129.
15. Wierzbicka M., Szyfter K.: *Mnogie pierwotne nowotwory w obrębie głowy i szyi – podłoże genetyczne*. Post. Chir. Głowy i Szyi, 2003, 1, 21–40.
16. Wierzbicka M., Szyfter W., Bień S. i wsp.: *Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla wybranych nowotworów głowy i szyi*. Wsp. Onkol., 2006, 5, 192–194.
17. Wierzbicka M., Pabiszczak M., Pazdrowski J., Szyfter W.: *Chirurgia rekonstrukcyjna w operacjach onkologicznych raków jamy ustnej i gardła*. Post. Chir. Głowy i Szyi, 2006, 1, 16–25.