

LOGOPEDINIŲ PRATYBŲ POVEIKIS PACIENTAMS REABILITACIJOS PERIODU PO GALVOS SMEGENŲ KRAUJOTAKOS SUTRIKIMŲ

VIOLETA BUTRIMIENĖ
Palangos reabilitacijos ligoninė

Raktažodžiai: *logopedinė korekcija, kalbos funkcijos sutrikimai, galvos smegenų ligos, pažinimo sutrikimai.*

Santrauka

Straipsnio tikslas – įvertinti kalbos funkcijos sutrikimus po galvos smegenų ligų, pažvelgti kaip į vieną iš komandinio darbo būdų, padedant atstatyti asmens įvairias komunikacijos sistemas, t.y. sutrikdytą kalbą, pažinimo funkcijas, balso, rijimo, kvėpavimo funkciją, girdimąjį, regimąjį suvokimą.

Pateiktoje kalbos sutrikimų analizėje vertintas amžius, kaip būdas įrodant, kad labai svarbus tolimesnis kalbos atstatymo etapas, turintis vykti po reabilitacijos, t.y. sutrikdytos kalbos atkūrimo tęstinumas poreabilitaciniu periodu.

ĮVADAS

Jau 1886 m. prancūzas Polis Brokas Paryžiuje antropologų draugijos posėdyje demonstravo ligonį, sergantį kalbos afazija. Žinant, kad kalba – viena iš svarbiausių psichinės veiklos funkcijų, sutrikus jai, iš tiesų žmogui užtemsta saulė danguje, nyksta žmogaus orumas ir savivertės suvokimas.

Remiantis moksliniais šaltiniais [2], jau kūdikystėje, vystantis kabos centrų funkcijoms, įvyksta jų lateralizacija, t.y. pradeda dominuoti kairysis arba dešinysis pusrutulius. Iš to galima spręsti apie kairiarankiškumą arba dešiniarankiškumą. Dešiniarankiams būdingas kairiojo pusrutulio dominavimas. Įdomiausia, kad kairiarankiams kalbos centrai taip pat yra kairiajame galvos smegenų pusrutulyje ir tik dalies dešiniajame arba abiejuose pusrutuliuose pasiskirstę panašiai. Dešiniarankiams kairiajame pusrutulyje formuojasi zonos, atsakingos už aukščiausią psichinę veiklą – suvokimą, atmintį, loginį mąstymą ir kt. Kalbos sritis dominuojančiame pusrutulyje yra didesnė už tą pačią sritį kitame pusrutulyje. Normaliai funkcionuojantys pusrutuliai keičiasi informacija per didžiąją smegenų jungtį.

Kalbos funkcijos lokalizuojasi tam tikrose smegenų

žievės srityse, vadinamose Wernice ir Broca sritimis. Wernice sritis lemia kabos suvokimą, o Broca-kalbos motoriką, išreiškimą. Kad vyktų kalbos suvokimas, reikia, kad garsinė ir regimoji informacija pasiektų šiuos smegenų žievės kalbos centrus.

Žodžių, susidedančių iš sudėtingų garsų, simbolių, minčių suvokimas yra aukščiausias sensorinės integracijos lygis, būdingas tik žmogui.

Taigi, įvykus galvos smegenų pažeidimui (traumai, navikų operacijai), sutrikus galvos smegenų kraujotakai, esant kitoms ligoms (Parkinsonui, išsėtinei sklerozei), sutrinka kalba.

Po minėtų galvos smegenų ligų svarbus vaidmuo tenka reabilitacijos komandai, tarp jų ir logopedui – sutrikdytos kalbos atstatymas ir grąžinimas.

Kalbos sutrikimo įvertinimas, plano sudarymas, vykstant kalbos sutrikimų korekcijai – siekimas kompensuoti ligonio bendravimą – tampa pačiu pagrindiniu logopedinio darbo tikslu reabilitacijos programoje.

Darbo tikslas – aptarti ir įvertinti kalbos sutrikimus, jų priežastis, kalbos lavinimo metodus, pratybių poveikį, kalbos atstatymo svarbą poreabilitaciniu periodu, atsižvelgiant į ligonių amžių, kaip į svarbų kriterijų.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Literatūriniai šaltiniai nurodo, kad didžiausią procentą tarp galvos smegenų sistemos ligų užima ūminiai ir lėtiniai galvos smegenų kraujotakos sutrikimai. 85% visų insultų sudaro išeminiai insultai. Apie 50-70% asmenų po insulto likusiam gyvenimui išlieka su neįgalumo pasekmėmis [6].

Vienas iš penkių insultų parodančių simptomų – kabos, regėjimo sutrikimas, staigus vienos kūno pusės nutirpimas, staigus pusiausvyros sutrikimas, staigus nepaaiškinamas galvos skausmas.

Sutrikus galvos smegenų kraujotakai, nukenčia tam tikra smegenų dalis, išstinka galvos smegenų insultas. Insultas pažeidžia smegenų ląsteles (neuronus) ir sukelia neurologinę simptomatiką bei sutrikdo paciento sveikatą, sukelia grįžtamus ir ne-

grįžtamus pokyčius, o kartais baigiasi mirtimi [7].

Insulto pasekmė- sutrikdyta kalba, judėjimo funkcija, regėjimas, klausa.

Analizuojant galvos pažeidimus, smegenų kraujotakos sutrikimus, kalbos sutikimai pasireiškia visišku negalėjimu kalbėti, negalėjimu pasakyti prasmingai, arba ligonis sako prasmingo ryšio neturinčius žodžius, gali sutrikti rijimo funkcija, pažinimo procesai, sąmonės psichinės funkcijos, jis nevykdo komandų, jų nesupranta.

Atlikus 2009 metų analizę, pagrindinę ligonių grupę sudaro ligoniai po galvos smegenų ūminių ir lėtinių kraujotakos sutrikimų. Remiantis logopedinio darbo duomenimis, 248 reabilitacijos programoje dalyvavę ligoniai ir siūsti logopedo konsultacijai bei pratyboms pasiskirsto taip:

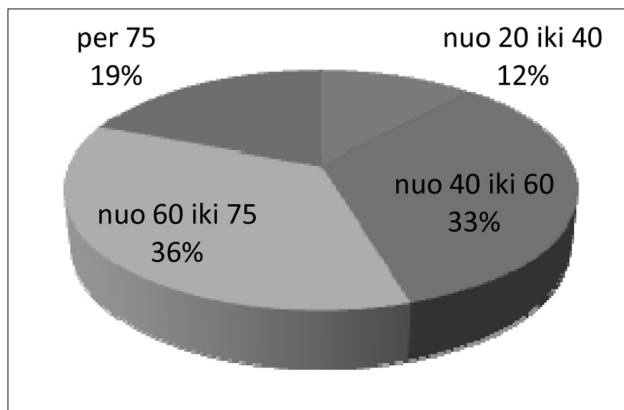
- 46% galvos smegenų insultai
- 3% Parkinsono liga
- 2% išsėtinė sklerozė
- 49% kiti atvejai - galvos smegenų traumas, navikų op. ir kt.

Analizuojant medicininiu požiūriu dažnai būna sutrikęs motorinis, klausos, regimasis analizatorius. Pažeista gali būti tiek centrinė, tiek periferinė funkcionalioji ir organiškoji analizatoriaus dalis. Taigi kalbos sutrikimai logopedo išvadoje grupuojami pagal kalbos sutrikdymo lygį. Tirtųjų duomenys pasiskirsto taip: totali afazija (visiškas nekalbėjimas) - 7%, motorinė (Broca) afazija - 21%, sensorinė (Wernice) afazija - 33%, dizartrija (pseudobulbarinė) - 34%, kiti atvejai (liekamieji reiškiniai) - 5%.

Kalbos lavinimo metodai parenkami atsižvelgiant į vyraujantį kalbos sutrikimą. Sunkiais kalbos grąžinimo atvejais pradedama nuo nekalbinių metodų, pereinant prie garsų tarimo, klausos lavinimo ir t.t. Svarbią vietą užima kalbos padargai, liežuvis, dantys, lūpos, gomurys, viso kalbos aparato lavinimas. Kalbos atstatymas remiasi girdimojo, regimojo suvokimo, taktilinio, kinestezinio metodų taikymu ir lavinimu.

Teigiami rezultatai stebimi taikant technines priemones. Vienas iš jų Voca Stim elektroterapijos metodas, padedantis atstatyti fonaciją, rijimo funkciją, mažinantis seilėtekį, aktyvinantis kalbos aparato motoriką, ypač dizartrijų atveju, esant gerklų parėzėms. Naudojamos kompiuterinės programos, pritaikius prie ligonio galimybių, mokant iš naujo atpažinti raides, skiemenis, žodžius, tekstus, klausant garsinių įrašų, lavinant girdimąjį suvokimą, foneminę klausą, kt. pažinimo procesus.

Sėkmingesnė reabilitacijos eiga ir poreabilitacinis periodas priklauso nuo galvos smegenyse įvykusių pažeidimų ir sekančių svarbių faktorių – ligonio amžiaus,



Lentelė pagal amžių.

motyvacijos, socialinės padėties, ligonio intelekto galimybių (lentelė).

Atlikus kalbos sutrikimų analizę pagal amžių, nustatyta: didžiausią rizikos dalį amžiaus grupėje sudaro ligoniai, kurių amžiaus tarpsnis nuo 40 metų iki 60 metų, tai darbinga visuomenės dalis. Nuo 60 metų iki 75 metų skaičius ligonių, kurie pensinio arba arti šio laikotarpio, jauno amžiaus ligonių grupę dažniausiai lydi traumas, galvos smegenų pažeidimai po traumų ir operacijų ir su tuo susiję kalbos sutrikimai.

IŠVADOS

Mokslo duomenimis, sėkmingiausia reabilitacija, grąžinant kalbos gebėjimus, vyksta per pirmus tris mėnesius ir per pirmąjį pusmetį (6-8 mėnesiai) po aktyvaus reabilitacijos etapo [8]. Apie 80% ligonių, išvykstančių iš reabilitacijos įstaigų, rekomenduojama tęsti kalbos lavinimą pagal gyvenamąsias vietas. Pagal duomenų lentelę ligoniai, galintys įsijungti į iš dalies pilnavertiškesnę gyvenimą, pagal amžiaus grupes turėtų galimybes. Tačiau iš bendros ligonių ir jų artimųjų apklausos, grįžusių po metų tęsti reabilitaciją į reabilitacijos įstaigas, tokiomis galimybėmis naudojosi vienetai.

Svarbu, kad veiktų regioninis ambulatorinės reabilitacijos tinklas, dienos centrai, profesinės reabilitacijos įstaigos, padedančios palengvinti ligonių, turinčių kalbos sutrikimus, bendravimą, komunikavimą su supančia aplinka kasdieninėje veikloje, įsitraukimą į pilnavertiškesnę gyvenimą.

Literatūra

1. Badalian L.O. Nevropatologija. Moskva. "Prosvescenie". 1982; 122-195.
2. Kaffemanas R. Suvokimo psichologija, Šiaulių pedagoginis institutas, 1997.
3. Kaffemanas R. Suvokimo psichologijos pagrindai. Š., 1998.

4. Garšvienė A., Ivoškuvienė R. Logopedija. Kaunas. "Švieša", 1993; 146-165.
5. Cvetkova L.C. Afazija i vostonovitelnoe obucenie. Moskva, "Prosvescenie", 1988; 68-94.
6. Avižonienė I. ir kt. Nervų ligos, V., 1998; 29-33.
7. Jatužis D. Galvos smegenų insultas: naujas požiūris. Nervų ir psichikos ligos, 2007, 30-34
8. Juocevičius A., Janonienė D. Sirgusių galvos smegenų insultu pacientų kompleksinės reabilitacijos priemonių efektyvumas ir rezultatų prognozavimas. Sveikatos mokslai, 2007
9. EDEL H. Fibel der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Verlag gesundheit GmbH Berlin, 6th edition, 1991.
10. VAN GOMPEL J. Neuromusculaire Elekrtofonatoire Stimulatie (NMEFS) Tijdschrift voor Logopedie & Audiologie 2001.

SPEECH THERAPY ACTIVITIES FOR PATIENTS DURING REHABILITATION PERIOD FOLLOWING CEREBROVASCULAR DISORDERS

Violeta Butrimienė

Summary

Key words: speech therapy-based correction, speech function disorders, cerebral diseases, cognitive disorders.

Speech training methods are selected according to the predominant speech impairment. In severe speech retrieval cases, the training is commenced with non-lingual communication methods, proceeding to the pronunciation of sounds, auditory training, etc. An important role is played by the organs of speech, tongue, teeth, lips, palate, and the training of the whole vocal apparatus. Speech restoration is based on the employment and exercise of auditory and visual perception as well as tactile and kinaesthetic methods.

Positive results are observed by applying technical instruments. One of them is the electrotherapy treatment unit with vocaSTIM® to restore tonality and the swallowing function, to reduce saliva flow, and to activate the motoric coordination of the vocal apparatus, particularly in the case of dysarthrias and larynx pareses. Computer programs adapted to the patient's possibilities are used for teaching the re-recognition of letters, syllables, words, and texts, listening to audio recordings, training auditory perception, phonemic hearing and other cognitive processes.

According to scientific data, the most successful rehabilitation in speech retrieval takes place during the first three months and the first half-year (6-8 months) following the active phase of rehabilitation [8]. Upon leaving rehabilitation institutions, approximately 80% of patients are recommended the continuation of speech training at their places of residence. According to the data table, patients would be able to integrate into a partially more complete life under relevant age groups. However, the joint survey of patients and their relatives shows that such opportunities are improved only by a few of all patients who return to a rehabilitation facility for proceeding rehabilitation after a year.

It is important for a regional network of outpatient rehabilitation and day care centres to operate in facilitating contact and communication between the surrounding environment and patients with speech impairments in their daily activities.

Correspondence to: violetabutrimiene@hotmail.com

Gauta 2010-11-08

