

Neurologopedia w fizjoterapii

Dysartria



FORUM

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ PIERWSZA.....	6
Analiza dokumentacji medycznej.....	6
Wywiad z pacjentem i rodziną.....	8
Obserwacja oraz orientacyjne badanie mowy.....	9
CZĘŚĆ DRUGA.....	11

NEUROLOGOPEDIA W FIZJOTERAPII

Zaburzenia mowy i wymowy u osób dorosłych powstają m.in. w następstwie chorób neurologicznych. Przyczyną tego stanu może być: udar mózgu, guz mózgu, uraz czaszkowo-mózgowy, jak również postępująca choroba degeneracyjna. Konsekwencje udaru mózgu nie tylko dotyczą narząd ruchu, ale również obejmują narząd mowy. W wyniku krwotoku lub niedotlenienia mózgu mogą pojawić się trudności w formowaniu poprawnych wypowiedzi. Termin ten jest definiowany jako „dysartria” i jest drugim (zaraz po afazji) zaburzeniem mowy występującym u pacjentów po epizodach w obszarze naczyń mózgowych.

dr n. med. Ewelina Nowak





Według definicji dysartria jest to zespół zaburzeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych wynikający z uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających aparat mowy [1]. W związku z tym, że jest to zespół zaburzeń, w terapii należy skoncentrować się nie tylko na prawidłowej realizacji dźwięków (tym zajmuje się logopedia), ale również pracować nad właściwym torem oddychania, pracą przepony, aktywowaniem odpowiednich mięśni (a tym zajmuje się kinezyterapia).

Przyczyn nieprawidłowej realizacji dźwięków w dysartrii jest wiele. Jedną z nich zakłada, że po udarze mózgu powstają nieprawidłowości w kontroli i koordynacji czynności mięśni ust, żuchwy i gardła biorących udział w mowie. Te nieprawidłowości mogą przyczyniać się do wadliwego realizowania dźwięków. Druga wskazuje na zaburzenia inervacji (wydłużania się wypustek komórek nerwowych), które wywołują zmiany w napięciu mięśni. Nieprawidłowe napięcie mięśniowe w konsekwencji pociąga za sobą niewłaściwą artykulację dźwięków lub głosek, która wpływa na szybkość, siłę, rozkład w czasie, zakres i dokładność mówienia. Według niektórych autorów zaburzenia artykulacji, będące objawem dysartrii, są wynikiem porażenia i niedowładów, które ujawniają się po udarze mózgu. A w pierwszym stadium, poprzedzającym zaburzenia artykulacji, mogą pojawić się zaburzenia żucia i połykania [2].

W przypadku dysartrii bez względu na przyczynę zakłóceniu ulega wypowiedzanie słów, natomiast w odróżnieniu od afazji rozumienie mowy, prawidłowa forma gramatyczna oraz treść jest zachowana. Dlatego też dysartria dotyczy głównie fonetycznego i ekspresyjnego aspektu mowy [3].

Typologia dysartrii uwzględnia podłoże, rodzaj uszkodzenia i objawy zaburzeń, stąd wyróżnia się kilka postaci dysartrii, m.in. korową, piramidową, pozapiramidową, mózdkową, opuszkową, mieszaną. Taki podział występuje w literaturze [4, 5]. Niniejszy artykuł koncentruje się na studium przypadku pacjenta z korową postacią dysartrii wynikającą z udaru niedokrwiennego mózgu. Dlatego też opis poszczególnych typów dysartrii został pominięty.

Bez względu na rodzaj zaburzeń każdy chory potrzebuje wsparcia, zarówno ze strony personelu medycznego, jak i rodziny. Dlatego o potrzebie terapii w zaburzeniach neurologicznych mowy nie trzeba nikogo przekonywać. Obok rehabilitacji ruchowej i neuropsychologicznej ważną jest stała i systematyczna terapia logopedyczna. Pierwszorzędnym celem terapii jest przywrócenie wszystkich utraconych funkcji. Jeśli nie jest to w pełni możliwe do zrealizowania, należy nauczyć pacjenta radzić sobie z powstałą niepełnosprawnością poprzez wykorzystanie np. alternatywnych form komunikacji. W ten sposób adaptuje się pacjenta do zaistniałej sytuacji poprzez wykorzystanie innych strategii, które pozwolą mu swobodnie funkcjonować w swoim środowisku pomimo ograniczeń. W przypadku występowania niewielkich zaburzeń, takich jak niewyraźna mowa, tzw. bełkotliwa, wybuchowy lub

monotonny charakter mowy, wolne tempo mówienia, terapia będzie ukierunkowana m.in. na poprawę wyrazistości wypowiedzi. Dlatego też terapia logopedyczna ma szeroki zakres i ciągle dostosowuje się do zmieniających się warunków, czyli stanu pacjenta. Terapia logopedyczna ściśle zaębia się z fizjoterapią, o czym wspomniano powyżej. Coraz częściej metody i techniki rehabilitacji są wplatane w działania logopedyczne. Do tego stopnia, że na oddziałach szpitalnych fizjoterapeuci proszą logopedów, aby oni wykonywali np. ćwiczenia oddechowe, a logopedzi proszą fizjoterapeutów o mobilizację stawów skroniowo-żuchwowych. Również logopedzi w terapii wykorzystują tak często stosowany przez fizjoterapeutów kinesiotaping.

Artykuł opisuje studium terapii pacjenta z dysartrią powstałą w wyniku udaru niedokrwiennego mózgu. Pierwsza część koncentruje się na szczegółowej ocenie pacjenta pod kątem logopedycznym i fizjoterapeutycznym. Opisuje trudności i ograniczenia pacjenta opracowane na podstawie wywiadu, analizy dokumentacji medycznej oraz wykonanych testów podczas badania. Druga część artykułu przedstawia metody i ćwiczenia logopedyczne i fizjoterapeutyczne zastosowane w terapii.

CZĘŚĆ PIERWSZA

Analiza dokumentacji medycznej

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjent przebywał na oddziale neurologicznym, gdzie został przekazany z rozpoznaniem infekcyjnego zapalenia wsierdza w przebiegu sepsy (posocznica o nieznanym punkcie wyjścia) i objawami sugerującymi niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) – bez cech udaru, wykonany w badaniu tomografii komputerowej mózgu (TK). W posiewach bakteriologicznych krwi i moczu wyhodowano gronkowca złocistego (*methicillin-sensitive Staphylococcus aureus* – MSSA). W wielokrotnie powtarzanym badaniu echa serca (UKG) obserwowano obecność wegetacji bakterii na zastawce mitralnej, z obecnością istotnej niedomykalności zastawki.

W pierwszej dobie pobytu w szpitalu wystąpiły objawy niedowładów lewostronnych. Wykonane kolejne badania TK potwierdziły obecność ogniska niedokrwiennego w prawej półkuli mózgu (w zakresie unaczynienia tętnicy środkowej mózgu). W kolejnych dobach nasilały się objawy obrzęku mózgu. Tomografia potwierdziła progresję wodogłowia obturacyjnego.

Mimo włączonych leków przeciwobrzękowych stan pacjenta pogarszał się – pacjent był nieprzytomny z okresowymi bezdechami. Po pięciu dniach wykonano kolejne TK głowy, które wykazało progresję wgłębienia OUN. Po konsultacjach lekarskich pacjenta zakwalifikowano do odbarczającej kraniektomii skroniowo-czołowo-ciemieniowej prawostronnej z powodu masywnego obrzęku mózgu. W rozpoznaniu opisano masywny udar niedokrwienny prawej półkuli mózgu (w zakresie unaczynienia tętnicy środ-