

Ocena zaburzeń neurologopedycznych u osób w śpiączce

Śpiączka- stan utraty przytomności spowodowany ciężkim uszkodzeniem mózgu. Może utrzymywać się przez parę godzin lub wiele dni.

Następstwa śpiączki:

1. Śmierć mózgowa- (często nazywana śpiączką nieodwracalną)
2. Stan wegetatywny
3. Stan minimalnej świadomości

Ocena zaburzeń neurologopedycznych u osób w śpiączce oparta jest na własnych doświadczeniach i przeznaczona dla praktyków (psychologów, pedagogów, logopedów, lekarzy, pielęgniarek) pracujących z pacjentami apalicznymi. Propozycja ma charakter wprowadzający w problemy zaburzeń mowy w przypadku uszkodzeń mózgu

Zaburzenia mowy spowodowane chorobami i uszkodzeniami neurologicznymi to zespół objawów- dysfunkcji obejmujących wszystkie poziomy aparatu mowy. Kliniczny obraz zaburzeń jest złożony i na ogół pojedyncze objawy tworzą różne konfiguracje, często współwystępujące ze sobą.

Badanie diagnostyczne obejmuje:

- 1.funkcje, które są zaburzone a które zachowane
- 2.wywiad logopedyczny
- 3.kliniczne badanie artykulatorów
- 4.badanie kliniczne możliwości oddechowo- fonacyjnych
- 5.ocenę motoryki narządów mowy
- 6.badanie kliniczne mowy
- 7.ocenę wybranych cech prozodycznych mowy
- 8.dokładną obserwację reakcji chorego (grymasy twarzy, ruchy powiek i gałek ocznych, wydobywanie nieartykułowanych dźwięków, nieskoordynowane ruchy kończyn, zamiany zabarwienia skóry, reakcje oddechowe)
- 9.obserwacja pacjenta w warunkach wykonywania zadań, podczas których ujawniają się dalsze zaburzenia
10. analizę objawów patognomonicznych (tj. nadmierna męczliwość, rozproszenie uwagi, wybuchowe reakcje emocjonalne, objawy fizjologiczne)
11. zaplanowanie oddziaływań terapeutycznych

Klasyfikacja zaburzeń mowy

Zaburzenia oddechowo- fonacyjne:

- brak kontroli nad oddechem
- arytmia oddechowa (zmiana tempa oddychania oraz długość faz wdechowej i wydechowej)
 - trudności ze swobodnym oddychaniem przez nos
 - oddech niemierny z okresami bezdechu

Zaburzenia fonacji

- zanikanie głosu
- skrócenie czasu fonacji

- trudności w tworzeniu dźwięków
- mowa cicha, szept
- głos za wysoki lub za niski
- przerwy w emisji głosu
- wygaszanie napędu fonacyjnego
- dysfonia (w formie chrypki o różnym nasileniu)
- głos party o różnym nasileniu chrypki, odcieniami wibracji i jęczenia
- w choreo- atetozach głos głośny, ostry, krzykliwy, łatwo męczliwy

Zaburzenia artykulacji:

- brak kontroli kierunku ruchów artykulacyjnych i czasu ich trwania
- niedowład mięśni gardła i krtani
- nadmierne lub obniżone napięcie mięśni artykulacyjnych
- afazja
- mutyzm
- dysartria
- afonia (bezgłos)
- anartria (skrajna postać dysartrii)
- dysglosja
- zmiany miejsca artykulacji głosek, ubezdźwięcznianie

Kliniczne zaburzenia motoryki artykulatorów z uwzględnieniem wzmożonego lub obniżonego napięcia

- zaburzenia ruchów i napięcia mięśni (dyskoordynacja tych ruchów)
- spowolnienie ruchów warg, języka i podniebienia miękkiego
- otwarte usta, trudności z domknięciem warg
- brak lub słaba koordynacja ruchowa języka i warg
- niedowład mięśni gardła i krtani
- słabe reakcje mięśni pod wpływem manipulacji, stawiają opór przy próbach zmiany ich ułożenia
- wyczuwalna palpacyjnie nadmierna twardość i zbyt mała elastyczność mięśni
- przybieranie przymusowych pozycji warg
- nadmierne ściąganie warg w stronę napiętą czasami z odsłonięciem zębów
- zaciskanie warg lub wyszczerzanie zębów z towarzyszącym grymasem uśmiechu
- drżenia warg i języka
- usztywnienie języka w pozycji przymusowej
- zwężenie języka (grot) wskutek wzmożonego napięcia mięśni poprzecznych
- przymusowe wysuwanie języka na zewnątrz jamy ustnej bez możliwości kontroli tych ruchów
- niezależne ruchy języka (wybrzuszenie w kierunku podniebienia twardego)
- zatrzymanie żuchwy w niepełnym otwarciu
- uboga mimika i maskowatość twarzy, mięśnie mimiczne stwardniałe i pogrubione
- opadanie kącika warg po stronie porażonej
- pofałdowane brzegi lub grzbiet języka i w zależności od nasilenia napięcia
- zbaczanie języka na stronę porażoną w spoczynku (porażenia jednostronne)
- język przyjmuje pozycję spoczynkową na dnie jamy ustnej (porażenia obustronne)

- opadanie żuchwy, zwiotczenie mięśni żuchwy
- mięśnie mimiczne pozbawione sprężystości, co ogranicza mimikę
- brak spoczynkowej i połykowej pionizacji języka
- ograniczenie przestrzeni artykulacyjnej (wada zgryzu)
- nieprawidłowe nawyki mięśniowe na skutek braku pracy aparatu mowy
- hipotonia warg
- nienormalne ruchy języka
- ograniczenie ruchów języka wysuwanie między lub poza wargi, płaskie ułożenie na dnie jamy ustnej
- nadwrażliwość okolicy jamy ustnej (brak dotykania, jedzenia, żucia)

Współwystępujące wady zgryzu

Wady zgryzu są skutkiem nieprawidłowego sposobu oddychania, połykania, zmian morfologicznych i czynnościowych w narządzie żucia

- zmniejszenie lub zwiększenie głębokości nagryzu (pogłębiony nagryz pionowy lub ujemny nagryz pionowy)
- tyłożgryz (nadmierne wychylenie lub wysunięcie łuku zębowego)
- przodozgryz
- zgryz krzyżowy
- tyłożuchwie z protuzją górnych siekaczy , powikłane często zwężeniem górnego łuku zębowego – kształt litery V
- niedochodzenie do płaszczyzny zgryzu części łuków zębowych (jest przyczyną upośledzenia czynności odgryzania, żucia, połykania i mowy).
- zmiany w rysach twarzy skutkiem wad zgryzu
- zaburzone mechanizmy czynności narządów żucia

Rezultat terapii neurologopedycznej zależy przede wszystkim od przebiegu choroby oraz zaangażowania chorego. Terapia pacjentów apalicznych polega na prowadzeniu ćwiczeń usprawniających artykulację, oddech, fonację z wykorzystaniem różnych metod, jak również masażu języka, warg, policzków, przełyku. Możemy więc uzyskać poprawę sprawności motorycznej aparatu mowy lub spowolnić narastanie zaburzeń.

mgr Małgorzata Kukielko – specjalista neurologopedii