

масажу (класичним, іспанським, м'зово-структурованим, баночним, кріо масажем тощо).

Література

1. Дерматологія, венерологія. Підручник / За редакцією В. І. Степаненка – К.: КІМ, 2012. – 848 с.
2. Дрибноход Ю. Введение в косметологию / Ю. Дрибноход. Учебник для косметологов – 2-е издание. – СПб.: Питер, 2013. – 352 с.
3. Эрнандес Е. Новая косметология. Основы современной косметологии / Е. Эрнандес, А. Марголина. – М.: Издательский дом "Косметика & Медицина", 2017. – 252 с.
4. Міхеєнко О. І. Загальна теорія здоров'я / О. І. Міхеєнко. – Суми: Університетська книга, 2017. – 156 с.
5. Самойлова Л. Китайський масаж гуаша / Л. Самойлова. – СПб.: Питер, 2012. – 224 с.

ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ МОВЛЕННЯ В НАСЛІДОК ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Манучарян С.В.¹, Сивенко О.Л.¹, Білецька О.М.¹,
Шевченко Н.І.², Матар Алі³

¹Харківський національний медичний університет, Україна,

²КНП «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І.Мещанінова» ХМР, Харків, Україна,

³Харківський національний медичний університет, Ізраїль

Анотація. Розглянуто сучасні погляди на застосування логопедичного масажу в комплексі засобів фізичної реабілітації пацієнтів з наслідками черепно-мозкової травми. Проаналізовано особливості, види і техніки логопедичного масажу.

Ключові слова: логопедичний масаж, артикуляційно-дихальні вправи, черепно-мозкова травма, субдуральна гематома.

Abstract. Take a closer look at the practice of speech therapy massage in the complex of physical rehabilitation of patients with a history of craniocerebral trauma. Analyzed features, views and techniques of speech therapy massage.

Keywords: speech therapy massage, articulation and breathing exercises, traumatic brain injury, subdural hematoma.

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) характеризується зростаючою частотою множинних травматичних внутрішньочерепних гематом. За останні 10-15 років цей вид крововиливу був виділений в особливу групу, що зумовлено своєрідністю їх клінічного прояву, труднощами ранньої діагностики, високою летальністю. До неї відносяться крововиливи, що виникли в порожнині черепа в результаті травми і здатні, в силу своєї величини, особливостей локалізації та рефлекторних впливів, зумовити розвиток місцевої та загальної компресії. З внутрішньочерепних гематом найчастіше зустрічаються субдуральні. Вік більшості хворих з подібними травмами коливається від 20 до 50 років [4].

Травматична субдуральна гематома (ТСГ) – зумовлена скупченням крові між внутрішньою поверхнею твердої мозкової оболонки та павутинною оболонкою на зовнішній поверхні головного мозку, яке призводить до стиснення головного мозку. Шифр за МКХ-10: S06.5. ТСГ – поширений вид внутрішньочерепних гематом. На ізольовані ТСГ припадає 26-40% випадків компресії головного мозку крововиливами. Джерелом кровотечі при формуванні ТСГ є пошкоджені внаслідок травми голови вени, які впадають у синуси головного мозку, пошкоджені поверхневі судини гемісфер (вени та артерії), ушкодження венозних синусів [9].

Після встановлення остаточного діагнозу хворій людині призначається відповідне лікування. Воно може бути консервативним або хірургічним. Методика лікування безпосередньо залежить від характеру та ступеня тяжкості травми. Серед консервативних методів відновлювальної терапії та подальшої фізичної реабілітації привертають увагу широкі можливості лікувального масажу. Однак аналіз спеціальної літератури в цьому напрямі вказує на не достатнє вивчення його дії на хворих людей при подібних черепно-мозкових

травмах. Саме це вплинуло на формулювання мети й завдання нашого наукового дослідження.

Мета роботи дослідження – обґрунтувати сучасні підходи до призначення логопедичного масажу в комплексі з раціональним застосуванням артикуляційно-дихальних вправ, рефлексотерапії, музикотерапії та інших засобів реабілітації хворих після черепно-мозкової травми.

Завдання дослідження:

1. На підставі аналізу сучасної спеціальної літератури охарактеризувати етіологію, механізм виникнення гематоми головного мозку, класифікацію та клінічні прояви субдуральних гематом.

2. Визначити завдання та форми проведення логопедичного масажу в комплексній реабілітації хворих з субдуральними гематомами після черепно-мозкових травм.

Хід дослідження і обговорення результатів: Для травматичної субдуральної гематоми характерним є гострий, підгострий і хронічний клінічні перебіги. Стан свідомості у хворих з ТСГ може коливатись від ясної свідомості до коми (від 15 до 3 балів за ШКГ). Вогнищева симптоматика при ТСГ є менш вираженою та більш розсіяною. Патогномонічних клінічних тестів та симптомів для розпізнання ТСГ немає.

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від клінічної фази, форми та розмірів ТСГ. У фазі декомпенсації лікування починається з часу надходження хворого в приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії [5]. Пацієнти з ТСГ підлягають стаціонарному лікуванню в нейрохірургічному відділенні лише при комплексному клініко-інструментальному обстеженні із застосуванням сучасних методів інтенсивної терапії та реанімації. Обстеження в перші 3 години з часу надходження в приймальне відділення включає: загальний соматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АД); неврологічний огляд; КТ головного мозку в перші 60 хвилин (основний метод діагностики ТСГ); рентгенографія черепа в 2 проекціях; ЕхоЕС (при відсутності КТ); визначення групи крові та резус-фактора; загальний аналіз крові та сечі; біохімічне

дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту; контроль згортання крові [4;5].

Наявність мовного дефекту (афазії, дизартрії інш.) спостерігається майже у третини хворих, що значно знижує їх комунікативні можливості, повсякденну активність і сприяє соціальній ізоляції.

До основних форм афазії та її наслідків відносять: амнестична – людина може спілкуватися, але періодично забуває назви предметів, про які вона говорить; семантична – в цьому випадку з хворим потрібно розмовляти виключно простими пропозиціями (складні пацієнт не зрозуміє); сенсорна – складний вид афазії, у якому пацієнт не розуміє мову взагалі (мова зводиться йому до набору звуків, сенс сказаного пацієнт майже не розуміє); моторна – пацієнт все розуміє, але не може нічого сказати, плутає звуки і слова або зупиняється на якомусь одному звукосполученні; тотальна – хворий нічого не розуміє, нікого не дізнається, сказати нічого не може. Найчастіше така фаза буває одразу після органічного ураження головного мозку. Через деякий час вона може перейти у моторну.

Щоб підвищити шанси на повне відновлення втраченої функції, необхідно своєчасно розпочати реабілітацію. Важливо, що цей процес треба починати після того, як фахівці правильно визначать ступінь пошкодження мови та складуть ефективний комплекс заходів для її відновлення. Головні завдання такого комплексу: відновити мовленеве дихання, голос, артикуляцію, інтонацію, тембр [7].

Логопедичний масаж – активний метод механічного впливу, який змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин та тканин периферичного мовного апарату. Такий масаж може здійснювати логопед, дефектолог, або медичний працівник, який володіє технікою логопедичного масажу [8].

До основних систем і методів логопедичного масажу відносяться: класичний ручний; точковий; зондовий, апаратний (вібраційні, вакуумні прилади).

Як і у будь-якій лікувальній процедурі, у логопедичному масажі є протипоказання: підвищена температура тіла; вірусні захворювання; кон'юнктивіт; шкірні захворювання; загострення лабіального герпесу;

стоматит. Перед проведенням курсу масажу необхідно отримати висновок невропатолога про відсутність протипоказань.

Логопедичний класичний масаж проводиться у теплом, добре провітряному приміщенні. за призначенням лікаря при відсутності протипоказань. Його проводять курсами по 10-15 сеансів, щодня або через день. Після перерви курс повторюють. Тривалість процедури варіює в залежності від тяжкості порушення, індивідуальних особливостей тощо. Початкова тривалість перших сеансів становить від 5 до 10 хвилин, а кінцева – від 15 до 30 хвилин [1].

Завданнями даної процедури є: активізувати мікроциркуляцію крові та лімфи в травмованих тканинах, усунути застійні явища, покращити трофічні процеси; сприяти прискоренню розсмоктуванню гематом. Враховуючи те, що травмовані тканини від зовнішнього впливу захищені кістками черепа, то дія масажу проявляється суто рефлекторно через ділянки тіла, що рефлекторно з ними пов'язані. До цих зон відносяться комірцеві зона, волосиста поверхня голови й лице.

Починають процедуру з комірцевої зони. Проводять такі прийоми: погладжування, м'яке вижимання, поверхнєве розтирання, роминання м'язів шиї й надпліч. Після цього масажують потилицю прийомами погладжування й м'які й повільні розтирання. Далі масажують тім'яну поверхню та скроні прийомами погладжування та розтирання. На завершення масажують лице: лоб, верхню та нижню щелепи. Основної уваги приділяють м'язам.

Цей масаж проводять м'яко й повільно. При зниженому тонусі масажованих тканин не допускають значного розтягування шкіри і м'язових тканин. А при тонічному стані, навпаки, слід підвищувати рухомість шкіри і усувати гіпертонус м'язових тканин комірцевої зони та лица (мімічних м'язів) [1, 3].

Точковий масаж (акупресура) своїм впливом спрямований на біологічно активні точки (БАТ), відноситься до рефлекторної терапії. Метою точкового масажу в логопедичній практиці, є: нормалізація тону м'язів, що забезпечують роботу голосового, дихального та артикуляційного апарату;

регуляція вегетативних функцій; відновлення емоційного тону; профілактика захворювань верхніх дихальних шляхів [9].

Точковий масаж, за технікою його проведення буває тонізуючим та гальмівним. При м'язовому гіпертонусі використовують гальмівний метод. На необхідну точку, натискають, проводять обертальні рухи за годинниковою стрілкою, фіксують таке положення протягом 5-6 секунд, поступово заглиблюючись. Потім застосовується та ж техніка, але проти годинникової стрілки, зменшуючи силу впливу на точку.

При явищах зниженого тону застосовують стимулюючий метод. На певні БАТ діють обертальними рухами протягом 3-4 секунд і потім різко відривають палець від точки. Цей рух повторюють 6-10 разів [1. 6].

У логопедичній практиці при корекції мови у пацієнтів, які страждають на дизартричні порушення з усіма формами парезів артикуляційної мускулатури застосовується зондовий масаж. Є. Новікова (2000 р.) розробила набір зондів та технологію зондового масажу. Основна мета методу – нормалізація мовної моторики. Пропонуються 8 спеціальних зондів на певну групу м'язів, язика, щік, м'якого піднебіння. Зонди повинні бути стійкі до циклу обробки, що складається з дезінфекції, передстерилізаційного очищення, стерилізації відповідно до режимів ОСТ 42-21-2-85 [10].

Крім проблем з мовленням у людей, які пережили важку черепно-мозкову травму, з'являється ряд інших ускладнень, зокрема, обвисання м'яких тканин (щік, куточків рота), порушення жувальної функції та надлишкове слиновиділення. Завдяки сеансам спеціального масажу вдається відновити тону м'язів обличчя, істотно поліпшити міміку. В результаті пацієнту легше вимовляти слова. Для проведення масажу фахівець знаходить необхідні БАТ для масування і визначає які ділянки варто тонізувати, а які навпаки розслаблювати. Крім масажу обличчя призначають масаж язика, губ, щік, вух, шкіри голови, кистей рук.

Рекомендовані артикуляційні вправи дозволяють відновити мову після ЧМТ. Ці вправи також призначаються індивідуально. Їхнє основне завдання – покращити контроль над мімікою, язиком та губами. Щоб швидше досягти позитивного результату, рекомендується виконувати вправи регулярно.

Вправи для розвитку м'язів язика та м'якого неба: рух язиком по колу; ведення кінцем язика по піднебінню назад-вперед; ведення кінчиком язика по піднебінню у різні боки; цокання язиком (спочатку один раз, потім два, три); спрямування язика в праву та ліву щоку; прикушування розслабленого язика; висування язика, в напрямку спочатку одного куточку рота, потім іншого; розслабленим язиком рухи уперед-назад, злегка покусуючи його зубами.

Вправи для губ включають посмішку з не розтиснутими губами, складання губи трубочкою, витягування вперед, надування щік і перекочування повітря з одного боку в інший.

Вправи для правильної і чіткої вимови включають спроби вимовлення по черзі приголосних (спочатку глухі, потім дзвінкі), потім голосні (з перетіканням одного звуку до іншого).

Вправи для міміки: включають відкриття рота широко (тримають кілька секунд і розслаблюють), підняття, опускання та розслаблення брів, складання губ у трубочку, витягування язика у різні боки.

Важливим питанням у відновленні після ЧМТ є безперервне продовження занять в домашніх умовах за допомогою рідних. Але до початку курсу необхідне попереднє проведення логопедом тестування та оцінки стану пацієнта. Починають заняття з найпростіших елементів протягом 10-15 хвилин. Поступово програма ускладнюється, і час заняття збільшується.

Завдання роботи логопеда полягає у залученні різних областей мозку у процес управління мовленням. Використовують одразу кілька комплексів, спрямованих на відновлення мови: фонетичні – потрібні для покращення контролю міміки, на заняттях повторюють окремі звуки та слова; наочні – якщо діагностовано сенсорну афазію, то на заняттях використовують картки з картинками та спеціальні посібники, які спонукають знаходити послідовності; семантичні – стимулюють активне мислення, на заняттях пропонують продовжити розпочату фразу або вступити до імпровізованого діалогу на конкретну тему.

Артикуляційно-дихальні вправи. Спочатку пацієнту пропонується просто подихати, потім на видиху вимовляти певні приголосні звуки, один звук на

видих. Після цього на видиху вимовляються всі ці звуки поспіль. Їх не більше чотирьох. Звуки можливо вимовляти на видиху з піднятим підборіддям.

Артикуляційна гімнастика включає в себе вправи для язика, губ, голосу, мімічних м'язів обличчя.

Вправи для губ: губи подати трубочкою вперед; скласти в посмішку із закритим ротом; оголити зуби і підняти верхню губу, так потримати кілька секунд; надути щоки і похитати повітрям з боку в бік, поклатати повітря по роті; розслабити губи і подути через щілину в них.

Вправи для мімічних м'язів обличчя: брови підняти, опустити, насупити, розслабити; широко відкрити рота, спробувати його розтягнути, потім розслабити; посміхнутися, не відкриваючи рота; надути і здути щоки; витягнути губи (як для поцілунку); максимально витягувати язик у різні боки від рта; посувати нижньою щелепою акуратно то вліво, то вправо, потім по колу.

Вправи для голосу: вимовляти окремо всі голосні звуки спочатку довгі, потім короткі, на видиху – на видиху вимовляти всі звуки поспіль; вимовляти приголосні звуки, спочатку глухі, окремо, потім один за одним на одному видиху; після цього вимовляти дзвінкі звуки так само; складати приголосні звуки з голосними у певні склади, при цьому чергувати парні глухі та дзвінкі приголосні; говорити звук «І» лише артикуляційно, без звуку, і відчувати напругу під підборіддям. Усі комбінації звуків, їх перестановки та поєднання визначає логопед.

Черевне дихання (діафрагмою) дозволяє збільшити обсяг повітря, що вдихається, поліпшити насичення клітин киснем. В результаті нормалізується робота серця, стабілізується тиск, зникає відчуття тривоги. Виконують ці вправи у зручному горизонтальному положенні. Спочатку через ніс роблять глибокий вдих, а потім повільно видихають через рот. Повторивши кілька разів вправу ускладнюють. Для цього при видиху вимовляють по черзі кілька звуків: розтягнутий «ф»; розтягнутий «с»; розтягнутий «ш»; розтягнутий «х».

Після виконання комплексу вправ необхідно проводять диференційований масаж кожної ділянки обличчя, релаксуючи або

стимулюючи певні м'язи. Для зняття скутості м'язів масажують язик, губи, внутрішні поверхні щік, вуха, голову, кисті рук.

Доцільно включати до занять вправи на скоромовки. Вони покращують дикцію, відновлюють рухливість язика. Спочатку дають завдання пацієнту домовити відому йому скоромовку, поступово збільшуючи кількість сказаних ним слів. Вправу доводять до досконалості [8, 9].

Як допоміжні засоби реабілітації використовують: музикотерапію (якщо пацієнту, важко говорити, але він може співати); лицьова рефлексотерапія (впливає на біологічно активні точки на обличчі); акупунктура (переважно при моторній афазії) [7, 9]. Широко застосовують кінезотерапію, прогулянки на свіжому повітрі, дієту.

Лікарські засоби допомагають значно знизити рівень тяжкості порушень, але вони не в змозі повністю відновити втрачені функції. Позитивний результат буде лише у комплексному підході до вирішення проблеми (за рахунок поєднання з іншими способами терапії). У той же час реабілітаційна програма повинна відповідати конкретному періоду захворювання або травматичної хвороби, а також характеру перебігу патологічного процесу. Найбільш ефективна, триланкова схема поетапного відновного лікування: ранній відновлювальний (до 3 місяців); пізній відновлювальний (до 1 року); етап компенсації залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік).

Висновки:

1. Лікування та фізична реабілітація хворих після черепно-мозкових травм з субдуральними гематомами є складним комплексом, що включає широкий спектр лікувально-оздоровчих заходів.

2. При порушенні мовлення застосовують: логопедичний масаж; артикуляційно-дихальні вправи; рефлексотерапію; акупресуру; музикотерапію та інші лікувально-оздоровчі заходи згідно етапу, характеру травми та перебігу патологічного процесу.

3. Усі засоби в комплексі сприяють більш прискореному зниженню активності запального процесу, підвищенню захисних сил організму та найбільш повному відновленню пацієнтів з подальшим поверненням їх до соціуму.

Література:

- 1 Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 20с.
- 2 Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу. 2-е видання перероб. й доп. Харків : ХНАДУ, 2013. 296 с.
- 3 Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.
- 4 Иванова Н.Е. Последствия черепно-мозговой травмы // пособие по черепно-мозговой травме. СПб. Спецлит. 2000. 271 с.
- 5 Капитанов, Д.М. Отоневрологические и оториноларингологические последствия черепно-мозговой травмы // Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. М.: Антидор, 2002. С. 242-260.
- 6 Кошелевський Р. Основи дитячої рефлексотерапії. Тернопіль: Підручники і посібники, 2007. 248 с.
- 7 Ласточкіна О.В. Логопедичний масаж: курс лекцій [навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Корекційна освіта. Логопедія»]. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2012. 80с.
- 8 Логопедія: підручник / за ред. М.К. Шеремет. К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.
- 9 Лопатинська Н.А. Неврологічні основи логопедії. Курс лекцій: навчальний посібник для студентів спеціальності 016 «Спеціальна освіта» / Н.А. Лопатинська. Київ: Видавничий дім «Слово», 2017. 152 с.
- 10 Новикова Е. Зондовый массаж. Коррекция звукопроизношения. Наглядно-дидактическое пособие. Часть 1. М.: Издательство "Гном и Д", 2009. 457 с.