

УДК 616.8-039.37:615.85

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2023.4.30>

РОБОТА ТЕРАПЕВТА МОВИ І МОВЛЕННЯ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Породько Мар'яна Ігорівна,кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри спеціальної освіти
Львівського національного університету імені Івана Франка
ORCID: 0000-0002-6306-826X**Шевчук Каріна Миколаївна,**студентка кафедри спеціальної освіти
Львівського національного університету імені Івана Франка
ORCID: 0000-0003-1868-0393

Терапевт мови і мовлення (логопед) відіграє ключову роль у гострому періоді реабілітації пацієнтів, які мають неврологічні захворювання чи травми головного мозку. Функціональне завдання у цей період полягає у якісній оцінці та вдосконаленні комунікативних навичок, включаючи мовлення, слухання, читання і письмо. Терапевт спрямовує зусилля на відновлення і поліпшення мовних функцій, а також на розвиток стратегій для подолання можливих труднощів у спілкуванні. Через індивідуалізовані програми та інноваційні методи терапевт мови і мовлення сприяє відновленню пацієнтів до максимально можливого рівня комунікативної незалежності, покращуючи тим самим якість їхнього життя під час реабілітації.

Проаналізовано досвід роботи низки світових наукових асоціацій, що займаються проблемами мови та мовлення. Описано проблематику їхніх досліджень з узагальнення практичного та теоретичного досвіду роботи з пацієнтами, що мають порушення дихання, ковтання та комунікативні порушення. Опрацьовано досвід закордонних дослідників і терапевтів мови та мовлення у відділенні інтенсивної терапії з використання системи роботи з різними проблемами у пацієнтів з ураженням головного мозку чи порушенням його діяльності.

Спеціаліст взаємодіє з іншими медичними фахівцями, такими як лікарі, фізіотерапевти та психологи, для визначення індивідуальних потреб кожного пацієнта. Окрім того, фахівець взаємодіє з родинами пацієнтів, надаючи їм необхідні знання та рекомендації для підтримки процесу відновлення вдома. Його робота сприяє не лише фізичному відновленню, а й психосоціальної адаптації пацієнта під час цього складного періоду.

Теоретично проаналізовано посадові обов'язки терапевта мови і мовлення у сфері охорони здоров'я, актуальність та важливість відновлення мовлення та комунікативної функції у гострому періоді реабілітації.

Ключові слова: терапевт мови і мовлення, афазія, реабілітація, порушення мовлення, дисфагія, інсульт.

Mariana Porodko, Karina Shevchuk. Work of a speech and language therapist in the acute period of rehabilitation

A speech and language therapist plays a key role in the acute rehabilitation of patients with neurological diseases or brain injuries. The functional task during this period is to qualitatively assess and improve communication skills, including speaking, listening, reading, and writing. The therapist focuses on restoring and improving language functions, as well as developing strategies to overcome possible communication difficulties. Through individualized programs and innovative methods, the speech and language therapist helps patients regain the highest possible level of communicative independence, thereby improving their quality of life during rehabilitation.

Our study analyzes the experience of several global scientific associations dealing with speech and language issues. The problems of their research on generalizing the practical and theoretical experience of working with patients with respiratory, swallowing, and communication disorders are described. The experience of foreign researchers and speech and language therapists in the intensive care unit in using a system of work with various problems in patients with brain damage or impaired brain function is also analyzed.

The specialist interacts with other medical professionals, such as physicians, physiotherapists, and psychologists, to determine the individual needs of each patient. In addition, the specialist interacts with patients' families, providing them with the necessary knowledge and guidance to support the recovery process at home. His work contributes not only to physical recovery but also to the patient's psychosocial adaptation during this difficult period.

The article theoretically analyzes the job responsibilities of a speech and language therapist in the healthcare sector and the relevance and importance of restoring speech and communication function in the acute rehabilitation period.

Key words: speech and language therapist, aphasia, rehabilitation, speech disorders, dysphagia, stroke.

Вступ. У медичній реабілітації, відповідно до рекомендацій ВООЗ, має бути два періоди: лікарняний та післялікарняний. Сам лікарняний (гострий) період, або стаціонарний, розпочинається у лікарні, де і встановлюється діагноз та оцінюється стан мовлення (функції ковтання і дихання). Лікарняний період спрямований на припинення або зменшення активності патологічного процесу, запобігання ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем, порушених хворобою, та поступове відновлення фізичної активності пацієнта [2].

Відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я, закріплених у Довіднику кваліфікаційних характеристик професійних працівників від 10 жовтня 2023 р. № 1769, терапевт мови і мовлення повинен виконувати такі завдання [1]:

- Діагностувати порушення мовлення та процесу ковтання, проводити аналіз характеру та ступеня виявлених відхилень.

- Розробляти та впроваджувати терапевтичну програму, вести її упровадження та оцінювати її ефективність. Може також співпрацювати з пацієнтами у профілактичних заходах для запобігання можливим майбутнім порушенням комунікації та ковтання.

- Проводити комплексне обстеження, що враховує оцінку, діагностику та використання формальних та неформальних методів оцінювання.

- Подавати результати інструментальних досліджень, виконаних за допомогою різноманітних методів, таких як відеофлюороскопія, відеоендоскопія, відеостробиоскопія та ін. [1].

Низка наукових асоціацій, що займаються проблемами мови та мовлення (Факультет інтенсивної терапії (FICM) і Товариство інтенсивної терапії (ICS), Національний проект безпеки трахеостомії Великобританії) конкретизують потребу в залученні терапевтів мови і мовлення до відділень інтенсивної терапії з вимогою щодо кваліфікації, досвіду та стажу для забезпечення належного оцінювання та втручання для складних пацієнтів, у тому числі тих, які потребують вентиляції легенів, трахеостомії та тривалої комплексної роботи з подолання дисфагії та/або комунікативного дефіциту [12].

За даними Національної системи вимірювання результатів (NOMS) 2022 р., зібраних членами ASHA по всій країні, віковий діапазон пацієнтів, що потребують реабілітації і втручання терапевта мови та мовлення, такий [9]:

- 30–49 років: 12%
- 50–59 років: 13%
- 60–69 років: 19%
- 70–79 років: 28%
- 80 років і старше: 23%.

Мета статті – вивчення сучасних досліджень про особливості роботи терапевта мови та мовлення у гострому періоді реабілітації, його основних функціональних обов'язків та методів роботи на підставі аналізу міжнародного та українського досвіду.

Матеріали та методи. Аналіз та систематизація законодавчої бази, медичної та педагогічної літератури відповідно до розкриття особливостей роботи терапевта мови та мовлення з пацієнтами в гострому періоді реабілітації.

Результати. Послуги терапевта мови і мовлення (ТММ) у гострому періоді, як уже було вище сказано, повинні включати в себе оцінку та лікування різноманітних порушень мовлення, ковтання та когнітивних функцій, які можуть виникнути у пацієнтів після серйозних захворювань (частіше інсульти), черепно-мозкових травм, важливих хірургічних утручань або тривалого погіршення стану здоров'я, які впливатимуть на нормалізацію роботи мозку. За офіційною статистикою інсультів в Україні, наведеною МОЗ у 2022 р., можна зазначити, що щорічно у країні реєструється приблизно 130 тис випадків інсульту. Приблизно 35% із них стосуються осіб працездатного віку. У 2023 р. виявлено зростання кількості випадків інсультів у країні на 16% [4].

У гострому періоді терапевт мови і мовлення переважно займається з порушенням ковтання (дисфагія), дихання та комунікації. Основним завданням у цей період є відновити втрачені функції, які безпосередньо впливають на мовлення, та дати можливість пацієнту виражати свої потреби.

Дисфагія – це розлад ковтання, що стосується ротової порожнини, глотки, стравоходу або шлунково-стравохідного переходу [9]. За порушеного ковтання не перекривається доступ до трахеї, та відповідно їжа, вода і слина потрапляють у трахею та в подальшому в легені, викликаючи аспіраційну пневмонію, яка часто призводить до смерті. Окрім цього, порушення ковтання може призвести до так званої обтурації дихальних шляхів, коли людина під час ковтання набуває наляканого виду, у неї втрачається голос, жестами намагається пояснити, що вона вдавилася. У такому разі людям установлюють трахеостоми (також при порушеному диханні), гастростоми, назо-гастральний зонд. Логопедична оцінка ковтання

відіграє ключову роль у визначенні реального ризику аспірації та виборі найменш дискомфортної та найбільш приємної дієти та консистенції рідини. У цьому разі терапевти мови і мовлення роблять втручання: зосередження на вправах для ковтання, компенсаторних стратегіях ковтання (включаючи міркування щодо пози), зміні консистенції болюсних розчинів і надання консультаційної підтримки пацієнту та його родині [9; 14].

McRae J., Montgomery E., Garstang Z., Cleary E. вказують, що терапевти мови і мовлення відіграють провідну роль у відлученні трахеостоми у складі мультидисциплінарної команди. Фахівці можуть оптимізувати зв'язок, підтримуючи здуття манжети та використання односторонніх клапанів для фонації. Подібним чином трансрахеальний потік повітря допомагає відновити ларингеальні рефлексії ковтання та кашлю для підвищення безпеки дихальних шляхів. Використання тренування дихальних м'язів та біологічного зворотного зв'язку у поєднанні з реабілітацією мовлення і ковтання суттєво покращує самопочуття пацієнтів та їх сприйняття якості життя. Це не лише сприяє відновленню мовлення та здатності ковтати, а й дає змогу пацієнтам повернутися до звичайних соціальних активностей [10].

Morris L., Bedon A., McIntosh E., Whitmer A. у науковій роботі зазначають, що при трахеостомії пацієнти відчувають труднощі у фонації, оскільки трубка призводить до обмеженого потоку повітря, збільшеного опору дихальних шляхів та підвищеного навантаження на дихальну систему. Це може призвести до ускладнень у використанні мови. Якщо надута манжетка, то потік повітря не проходить через голосові зв'язки, тим самим унеможливує утворення фонації. Сьогодні існує багато методів для відновлення дихання та фонації. Вибір методу залежатиме від свідомості пацієнта, когнітивного стану та фізичних можливостей [11].

Для пацієнтів із трахеостоמוю, які дихають спонтанно і не потребують штучної вентиляції легень, можна використовувати три основні методи фонації: зменшення надуття манжети із цифровою блокадою трахеостомічної трубки, використання ковпачка або застосування розмовного клапана [11].

Відновлення мовлення у пацієнтів, які залежать від штучної вентиляції легень (ШВЛ), може бути нелегким завданням. Morris L., Bedon A., McIntosh E., Whitmer A. вказують, що підходи різняться залежно від можливості пацієнта переносити здування манжети. Ті, хто може

контролювати здування манжети, можуть користуватися методом витікаючого мовлення. Тимчасово нездатні захистити свої дихальні шляхи потребують підходів, які підтримують здування манжети.

Відповідно до досліджень Morris L., Bedon A., McIntosh E., Whitmer A., медичні сестри з реанімації та інтенсивної терапії є невід'ємними учасниками медичної команди, які сприяють систематичному та планомірному підходу до досягнення фонації. Також автори зазначають, що координація роботи міждисциплінарної команди, до якої входять медичні сестри, терапевти мови і мовлення та лікарі, має велике значення для досягнення мети відновлення голосу [11].

У Типовому положенні про мультидисциплінарну реабілітаційну команду в Україні вказано, що до її складу входять фахівці з реабілітації, а їх професійний та кількісний склад залежить від нозологічних особливостей надання реабілітаційної допомоги та/або віку осіб, які потребують реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу. Також вказано, що до її складу можуть входити лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та асистенти ерготерапевтів [5].

Американська асоціація логопедів і слуху (ASHA) визначає різні варіанти та методи відновлення ковтання [6]:

1. Індивідуальний підбір текстури їжі та рідин. Відповідно до можливостей ковтання людини підбирається густина їжі та рідин, яка буде безпечною. Також зміна температури та смаку для кращого відчуття болюсу. Але важливо звертати увагу на те, чи навіть зміна густини не буде викликати аспірацію, оскільки за більшої в'язкості аспірація тиха. Окрім цього, за зміни текстури харчування потрібна консультація лікаря, щоб вияснити, чи немає супутніх захворювань, алергії, цукрового діабету, якщо використовується спеціальний згущувач. Такий метод допоможе підтримувати стан здоров'я людини та тренувати ковтання.

2. Постуральна техніка. Постуральні методи спрямовують рух їжі у ротовій порожнині та глотці і впливають на розміри глотки. Використання постуральних методів може бути обґрунтованим у випадках пацієнтів із неврологічними порушеннями, резекціями пухлин головного мозку та ший, а також іншими ураженнями струк-

тур мозку. Опишемо декілька вправ постуральної техніки:

– «Поза опущеного піднебіння» – під час опускання підборіддя вниз воно опускається в напрямку шиї, що може призвести до наближення основи язика до задньої стінки глотки. Це може зменшити просвіт для дихальних шляхів та розширити простір у валлекулярній області.

– «Поза з піднятим підборіддям» – підборіддя закинута вгору, що може полегшити виведення болусу з ротової порожнини. Поза з піднятим підборіддям може покращити оральне болусне транспортування. Ця поза може мати потенційний реабілітаційний ефект на глоткове ковтання.

– «Поворот голови (поворот набік)» – голову зазвичай обертають у бік, де відбулось ураження або де спостерігається слабкість (але можна спробувати і з іншого боку, якщо перша спроба була невдалою). Це робиться з метою направлення болусу в сильніший із бічних каналів глотки.

– «Нахил голови» – голову нахилиють у напрямку сильної сторони, щоб утримати їжу на жувальній поверхні.

3. Вправи на ковтання.

– «Підняття гортані» – пацієнт виконує вправи для підняття гортані з метою підняття та утримання гортані у піднятому положенні.

– «Масако, або утримання язика» – пацієнт використовує метод тримання язика між зубами під час ковтання. Метою цього прийому є поліпшення рухів та сили задньої стінки глотки під час ковтання. Однак варто зауважити, що цей маневр може бути непридатним для осіб зі зменшеним зміщенням під'язикової кістки та/або слабкою моторикою глотки.

– «Прийом Шейкера», вправи з підняттям голови – пацієнт у положенні лежачи на спині піднімає голову, щоб спостерігати за пальцями ніг. Це спрямовано на підвищення відкриття верхнього стравохідного сфінктера і зміцнення м'язів над'язикової області [6].

Кількість доказів, підтверджуючих ефективність ранньої логопедичної оцінки та втручання в рамках мультидисциплінарної команди, стабільно зростає, свідчаючи про важливість цих заходів для поліпшення результатів у сфері охорони здоров'я [14]. Позитивні наслідки включають раннє сприяння розвитку мовлення та безпечний початок перорального прийому їжі. Це може допомогти уникнути ускладнень, покращити настрої

та скоротити тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії [14].

Окрім порушення ковтання, харчування, фонації, виникають комунікативні розлади мови і мовлення. Афазія – це порушення всіх боків мовлення внаслідок органічного ураження мозку, яке призводить і до порушення психічних функцій [3]. Афазія характеризується тим, що вона виникає за сформованого мовлення. При цьому порушенні люди втрачають розуміння мовлення, можливість висловлюватися, знижується вербальна пам'ять, забувають слова, втрачається здатність до читання та письма, відсутня ініціатива тощо, але не в усіх пацієнтів будуть однакові симптоми. Одним з основних симптомів афазії є неможливість повноцінно комунікувати.

Терапевт мови і мовлення здійснює оцінку рецептивної мови та експресивного мовлення (як вербального, так і невербального), голосу та когнітивної комунікаційної функції, використовуючи як формальні, так і неформальні методи [9]. Якщо пацієнт у свідомості, метою терапевта мови і мовлення буде правильно підібрати методи спілкування для пацієнта з рідними, друзями та персоналом у відділенні. Можуть використовуватися альтернативні засоби комунікації, якщо є до них доступ. Паралельно проводиться робота над активізацією артикуляційного апарату, викликання звуків, складів та слів. Серед завдань у гострому періоді є:

– Відновлення тимчасово пригнічених мовленнєвих структур.

– Уникання виникнення та фіксування певних ознак афазії, таких як аграматизм, літеральні парафазії та мовленнєвий ембол.

– Стимулювання позитивного ставлення особи з афазією до самої себе, сприяння відсутності відчуття неповноцінності та переконання, що вона здатна спілкуватися.

Висновки. Таким чином, можемо підсумувати вище сказане, що у гострому періоді реабілітації основним завданням терапевта мови і мовлення буде оцінити стан ковтання, дихання та передбачити порушення мовлення і комунікації пацієнта. Разом із міждисциплінарною командою підбираються методи для безпечного ковтання та дихання і напями відновлювальної роботи. Також завданням терапевта мови і мовлення є підібрати способи комунікації пацієнта з рідними та близькими, оскільки такий стан може викликати у людей стрес та депресивні стани.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/50415-dn_1769_10102023_dod.pdf (дата звернення: 27.11.2023).
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація : підручник. 3-є вид., перероб. та доп. Київ : Олімп, л-ра, 2009. 488 с.
3. Самойлова І.В., Тельна О.А. Афазія : навчально-методичний посібник. Харків, 2021. 156 с.
4. Статистика інсультів в Україні. Центр реабілітації та відновлення після інсульту «Life-House». URL: <https://life-house.ua/center/statystyka-insultiv-v-ukraini/> (дата звернення: 27.11.2023).
5. Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#n262>.
6. Adult Dysphagia. American Speech-Language-Hearing Association. web-site: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_2
7. Dilworth C. The role of the speech language pathologist in acute stroke. *Ann Indian Acad Neurol.* 2008 Jan;11(Suppl 1):S108–S118. PMID: 35721441; PMCID: PMC9204112.
8. Faculty of Intensive Care Medicine (FICM), & The Intensive Care Society (ICS). (2019). Guidelines for
9. Getting Started in Acute Inpatient Rehabilitation. American Speech-Language-Hearing Association. web-site: https://www.asha.org/slp/healthcare/start_acute_in/
10. McRae J, Montgomery E, Garstang Z, Cleary E. The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *J Intensive Care Soc.* 2020 Nov;21(4):344–348. DOI: 10.1177/1751143719875687. Epub 2019 Sep 30. PMID: 34093737; PMCID: PMC8142103
11. Morris L.L., Bedon A.M., McIntosh E., & Whitmer A. (2015). Restoring speech to tracheostomy patients. *Critical care nurse*, 35(6), 13–28. DOI: 10.4037/ccn2015401
12. New Zealand Guidelines Group [homepage o the Internet] New Zealand: Life after stroke: the New Zealand Guidelines for the Management of Stroke;c; 2003. cited 2007 on Nov 1. Available from: <http://www.nzgg.org.nz/>
13. Royal College of Physicians, London: Intercollegiate Stroke Working Party [homepage on the Internet] 2nd Edition. London: National Clinical Guidelines for Stroke; c 2004 June. cited on 2007 Nov 2. Available from: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/>
14. The Provision of Intensive Care Services (GPICS) Edition 2. Retrieved from <https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/gpics-v2.pdf>

REFERENCES

1. Zminy do Dovidnyka kvalifikatsiinykh kharakterystyk profesii pratsivnykiv [Amendments to the Handbook of Qualification Characteristics of Employee Occupations]. Vypusk 78 «Okhorona zdorovia». Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy: veb-sait. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/50415-dn_1769_10102023_dod.pdf (data zvernennia: 27.11.2023) [In Ukrainian].
2. Mukhin V.M. Fizychna rehabilitatsiia: pidruchnyk [Physical rehabilitation]: 3-tie vyd., pererobl. ta dopovn. K.: Olimp, l-ra, 2009. 488 s: il. [In Ukrainian].
3. Samoiloval I.V., Telna O.A. Afaziia [Aphasia]: navch.– metod. posibnyk dlia zdobuvachiv osvity spetsialnosti Doshkilna osvita. Spetsialna osvita: Kharkiv, 2021. 156 s. [In Ukrainian].
4. Statystyka insultiv v Ukraini [Stroke statistics in Ukraine]. Tsentr rehabilitatsii ta vidnovlennia pislia insultu «Life-House»: veb-sait. URL: <https://life-house.ua/center/statystyka-insultiv-v-ukraini/> (data zvernennia: 27.11.2023) Adult Dysphagia. American Speech-Language-Hearing Association. web-site: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_2 [In Ukrainian].
5. Typove polozhennia pro multydystsyplinarnu rehabilitatsiinu komandu Zatverdzheno postanovoiu Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 3 lystopada 2021 r. № 1268. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#n262>
6. Adult Dysphagia. American Speech-Language-Hearing Association. web-site: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_2
7. Dilworth C. The role of the speech language pathologist in acute stroke. *Ann Indian Acad Neurol.* 2008 Jan;11(Suppl 1):S108–S118. PMID: 35721441; PMCID: PMC9204112.
8. Faculty of Intensive Care Medicine (FICM), & The Intensive Care Society (ICS). (2019). Guidelines for
9. Getting Started in Acute Inpatient Rehabilitation. American Speech-Language-Hearing Association. web-site: https://www.asha.org/slp/healthcare/start_acute_in/
10. McRae J, Montgomery E, Garstang Z, Cleary E. The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *J Intensive Care Soc.* 2020 Nov;21(4):344–348. doi: 10.1177/1751143719875687. Epub 2019 Sep 30. PMID: 34093737; PMCID: PMC8142103
11. Morris L.L., Bedon A.M., McIntosh E., & Whitmer A. (2015). Restoring speech to tracheostomy patients. *Critical care nurse*, 35(6), 13–28. DOI: 10.4037/ccn2015401
12. New Zealand Guidelines Group [homepage o the Internet] New Zealand: Life after stroke: the New Zealand Guidelines for the Management of Stroke;c; 2003. cited 2007 on Nov 1. Available from: <http://www.nzgg.org.nz/>
13. Royal College of Physicians, London: Intercollegiate Stroke Working Party [homepage on the Internet] 2nd Edition. London: National Clinical Guidelines for Stroke; c 2004 June. cited on 2007 Nov 2. Available from: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/>
14. The Provision of Intensive Care Services (GPICS) Edition 2. Retrieved from <https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/gpics-v2.pdf>