

Լոգոպեդական աշխատանքում կիրառվող դիսֆազիայի հաղթահարման անհատական ծրագիր

Անի Ռ. Մանուկյան

«Զինվորի տուն» վերականգնողական կենտրոն, Երևան, Հայաստան

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Հոդվածը նվիրված է լոգոպեդական աշխատանքի կարևոր ուղղություններից մեկին՝ դիսֆազիայի հաղթահարմանը: Համառոտ ներկայացված են կլինիկական պատմությունը և փոփոխությունները: Հոդվածում ներառված է մեր կողմից մշակված դիսֆազիայի հաղթահարմանն ուղղված անհատական ծրագիրը (ԴԱԾ): ԴԱԾ-ը ներառում է ընդհանուր և լոգոպեդական հետազոտում, կերակրման ընթացակարգի մշակում, խորհրդատվություն և վերահսկողություն: Նշվում է, որ դիսֆազիա ունեցող անձանց սնուցման գործընթացը առաջին հերթին գտնվում է բժշկի, լոգոպեդի, ինչպես նաև բազմամասնագիտա-

կան թիմի այլ անդամների ուշադրության կենտրոնում: Հոդվածում տեղ են գտել դիսֆազիայի հաղթահարման գործընթացում առավել հաճախ կիրառվող լոգոպեդական վարժությունների օրինակներ՝ միտված շուրթերի, այտերի, լեզվի, մակկոկորդի մկանների ուժեղացմանը և աշխատանքի բարելավմանը: Ներկայացված են մեր կողմից մշակված լոգոպեդական խորհուրդներ դիսֆազիա ունեցող անձանց խնամողներին (ընտանիքի անդամներին, բուժքույրերին)՝ ԴԱԾ-ի արդյունավետությունն ապահովելու նպատակով:

Հիմնաբառեր. լոգոպեդական աշխատանք, կլինիկական խանգարում, դիսֆազիայի հաղթահարման անհատական ծրագիր

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Կլինիկական գործընթացը շարժողական հմտությունների համալիր է, որը պահանջում է բազմաթիվ նյարդերի և մկանների համակարգում:

Կլինիկական պատմությունում ունեցող բուժառուների մի մասը հեղուկները և սնունդը ստիպված են լինում ընդունել էնտերալ սնուցման խողովակի միջոցով: Հիվանդի վիճակով պայմանավորված՝ կարող է անհրաժեշտություն առաջանալ փոփոխելու սնուցման եղանակը՝ անցնելով նազոգաստրալ զոնդի կամ գաստրալ զոնդի: Նման դեպքերում մասնագիտացված բժշկը բուժառուին և/կամ նրան խնամող անձին պատշաճ կերպով տեղեկացնում է կերակրման զոնդային եղանակին անցնելու մասին:

Դիսֆազիան հաճախ ընկալում են միայն որպես բուն կլինիկական պատմություն, սակայն հարկ է նշել, որ այն նաև ներառում է բերանը բացելու և փակելու, հեղուկներ խմելու, սնուն-

դը բերանով ներքաշելու (ծծելու), ծամելու, թքով փափկացնելու խնդիրներ: Դիսֆազիան կարող է հանգեցնել թերսնման, ջրազրկման, ասպիրացիայի, որի դեպքում հեղուկը և սնունդը սխալ ճանապարհով տեղաշարժման արդյունքում կերակրափողի փոխարեն հայտնվում են շնչափողում՝ առաջ բերելով հազ, ձայնի և խոսքի որակի փոփոխություններ, շնչառական վարակներ, թոքաբորբ և այլն:

Համաձայն բազմաթիվ հեղինակների, առանձնացնում են կլինիկական պատմության օրալ (բերանային), ֆարինգեալ (ըմպանային) և էզոֆագեալ (կերակրափողային), որոնք հաջորդում են միմյանց առանց ընդհատումների [1]:

Օրալ փուլը համարվում է կուլ տալու գործընթացի հիմնական, գիտակցված փուլ, որը վերահսկվում է գլխուղեղի ցողունի և կեղևի որոշակի հատվածների կողմից: Օրալ փուլին մասնակցում են գանգուղեղային V (n. trigeminus, եռվորյակ), VII (n. facialis, դիմային) և XII

*Կոնտակտային հեղինակ. էլ. փոստ՝ ani.manukyan4956@gmail.com, հեռ.՝ +374 91 46 92 10
DOI: 10.54235/27382737-2024.v4.1-73

(n. hypoglossus, ենթալեզվային) զույգ նյարդերը [2,3]: Ֆարինգեալ և էզոֆագեալ փուլերը համարվում են ոչ կամային՝ ռեֆլեկտոր: Ֆարինգեալ փուլին մասնակցում են գանգուղեղային IX (n. glossopharyngeus, լեզվաըմպանային), X (n. vagus, թափառող) և XI (n. accessorius, հավելյալ) զույգ նյարդերը, իսկ էզոֆագեալ փուլին՝ գանգուղեղային նյարդերի X (n. vagus, թափառող) զույգը [1]: Ծանր գանգուղեղային վնասվածքների դեպքում կլման ակտի փուլերից ավելի հաճախ խանգարվում են օրալ և ֆարինգեալ փուլերը, մինչդեռ էզոֆագեալն առավելապես պահպանված է լինում [4]:

ԴԻՍՖԱԳԻԱՅԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԾՐԱԳԻՐ (ԴՀԱԾ)

Կլման ակտի խանգարում ունեցող անձանց սնուցման գործընթացը գտնվում է բազմամասնագիտական թիմի՝ առաջին հերթին՝ բժշկի, լոգոպեդի, ինչպես նաև կինեզիստի, էրգոթերապիստի, բուժքրոջ ուշադրության կենտրոնում:

Ուտելիքի բաղադրությունը որոշում է սննդաբանը: Նա կազմում է ֆիզիոլոգիական առումով լիարժեք օրաբաժին՝ հաշվի առնելով սննդի քանակական և որակական համապատասխանությունը հիվանդության բնույթին, հիվանդի վիճակին և նրա օրգանիզմի առանձնահատկություններին: Կինեզիստը որոշում է բուժառուի դիրքը սնունդն ընդունելու ժամանակ՝ նստած, թե պառկած: Էրգոթերապիստը հստակեցնում է, թե որքանով է բուժառուն ֆունկցիոնալ կարողունակ սնունդն ինքնուրույն ընդունելու համար: Բուժքույրը վերահսկում է բուժառուի սնվելու գործընթացը՝ դրանով իսկ ապահովելով նրա անվտանգությունը: Մասնագիտացված լոգոպեդը մանրակրկիտ գնահատում է կլման գործընթացը և յուրաքանչյուր բուժառուի համար մշակում դիսֆագիայի հաղթահարման անհատական ծրագիր (ԴՀԱԾ): Ծրագրի հիմնական նպատակն է բերանով սնվելու և խմելու ֆունկցիայի վերականգնումը:

ԴՀԱԾ-ի բովանդակությունը պայմանավորված է գիտակցության խանգարված կամ պահպանված լինելով: Ըստ այդմ, ցուցումները լինում են տարբեր: Գիտակցության բացակայության դեպքում բուժառուն պասիվ է, և դիսֆագիայի հաղթահարմանն ուղղված աշխատանքը իրականացնում է լոգոպեդը: Իսկ գիտակցության պահպանված լինելու դեպքում բուժառուն ակտիվ մասնակցում է լոգոպեդական աշխատանքին՝ նմանակելով և/կամ ինքնուրույն կատարելով լոգոպեդի հրահանգները:

ԴՀԱԾ-ի մշակման ընթացքում հաշվի են առնվում կերակրման անվտանգության կանոնները, սննդի համապատասխան տեսակը, բուժառուի դիրքավորման առանձնահատկությունները ուտելու/խմելու ընթացքում, մեկանգամյա կուլ տալու չափաբաժինը:

ՄԵԹՈՂՆԵՐ

- ▶ **ԴՀԱԾ-ը ներառում է.**
- ▶ Ընդհանուր և լոգոպեդական հետազոտում:
- ▶ Կերակրման ընթացակարգի (սխեմայի) մշակում:
- ▶ Խորհրդատվություն և վերահսկողություն:

1. Ընդհանուր և լոգոպեդական հետազոտումն իր մեջ ներառում է.

- ▶ **Կլինիկական անամնեզ.** լոգոպեդը տեղեկատվություն է հավաքում բուժառուի հիվանդության պատմության և հիմնական ախտորոշման մասին, ճշտում է կլման ակտի դժվարությունների առաջացման պատճառները (վիրահատություն, կաթված և այլն), սկիզբն ու զարգացումը:
- ▶ **Ֆիզիկական զննում.** անցկացվում է բերանի խոռոչի, կոկորդի և պարանոցի մանրակրկիտ հետազոտություն՝ կառուցվածքային անոմալիա, թուլություն կամ ասպիրացման նշաններ հայտնաբերելու նպատակով:
- ▶ **Կլման զննում.** լոգոպեդը հիվանդին առաջարկում է կուլ տալ տարբեր խտության, տեքստուրայի, չափաբաժնի սնունդ և հեղուկներ՝ հետևելով կուլ տալու մեխանիզմի համակարգմանը և շարժմանը:
- ▶ **Դեղորայքի ճշգրտումներ.** ներքին ընդունման որոշ կոշտ դեղաձևեր (օրինակ, դեղահաբեր, դեղապատիճներ և այլն) առաջացնում են կլման դժվարություններ և կարող են ներկայացնել խեղդվելու վտանգ: Նման դեպքերում լոգոպեդը խորհրդակցում է հիվանդի բուժող բժշկի հետ՝ դեղորայքի տեսակը կամ ընդունման եղանակը վերանայելու նպատակով:
- ▶ Որոշակի իրավիճակներում դիսֆագիա ունեցող անձանց անհրաժեշտ է ուղղորդել **գործիքային գնահատման**, որը ներառում է կլման ակտի վիդեոֆլյուրոսկոպիա (ԿՎԿՖ), կլման օպտիկամանրաթելային էնդոսկոպիկ գնահատում (ԿՕԷԳ), մանոմետրիա, կերակրափողի pH մշտադիտարկում: Գործիքային գնահատումն արժեքավոր տեղեկատվություն է տրամադրում դիսֆագիայի առաջացման պատճառների և ծանրության աստիճանի մասին՝ դրանով իսկ օգնելով լոգոպեդին ավելի արդյունավետ կերպով մշակել ԴՀԱԾ-ը:

2. ԴՀԱԾ-ը ենթադրում է կերակրման որոշակի ընթացակարգ, որի մշակման ընթացքում լոգոպեդը կարևորում է կերակրման հետևյալ ասպեկտները.

- ▶ **Տեքստուրայի փոփոխություն.** սնունդը բերանով ընդունելը և կուլ տալը ավելի դյուրին և անվտանգ դարձնելու, ինչպես նաև համի և հոտի զգայական ազդակները բարելավելու նպատակով, լոգոպեդը փոխում է սննդի համը, ջերմաստիճանը, տեքստուրան [5]: Վերջինս ենթադրում է հեղուկների թանձրության փոփոխություն, (օրինակ՝ օշարակի խտության, մեղրի խտության), ինչպես նաև պինդ մթերքների փափկեցում, կտրատում, պյուրենների պատրաստում: Փոփոխված տեքստուրան թույլ է տալիս կանխել ըմպանային խցանումը, հեշտությամբ կուլ տալ սնունդը, ինչպես նաև նվազեցնել ասպիրացման վտանգը: Սննդի տեքստուրայի (սովորական, փափուկ, աղացած, բլենդերացված, պյուրեանման) փոփոխման վերաբերյալ որոշումը լոգոպեդը կատարում է՝ ելնելով կլման ակտի խանգարման ծանրության աստիճանից: 1-2 հանդիպումներից հետո, համոզվելով, որ տեքստուրան ճիշտ է ընտրված, լոգոպեդը համապատասխան ցուցումներ է տալիս բուժքույրերին և բուժառուին խնամող անձանց: Հեղուկի/սննդի թանձրության աստիճանը (չափազանց թանձր, չափավոր թանձր, քիչ թանձր) նույնպես որոշում է լոգոպեդը: Նոսր հեղուկները, մասնավորապես, ջուրը, վտանգավոր են կլման ակտի խնդիր ունեցող հիվանդների համար: Հեղուկի թանձրացումը դանդաղեցնում է վերջինիս հոսքի արագությունը, բարելավում է բոլյուսի (սննդազնդի) վերահսկումը՝ կանխելով և նվազեցնելով ներթափանցման ու ասպիրացման ռիսկերը, ապահովելով կլման անվտանգությունը:
- ▶ **Կեցվածք և դիրքավորում.** գլխի և պարանոցի դիրքի փոփոխությունը օգնում է կանխարգելել ասպիրացիան: Ուղիղ դիրքում ուտելը հեշտացնում է սննդի և հեղուկների անցումը կերակրափողով: Կեցվածքի և դիրքավորման վերաբերյալ տեղեկությունը ներկայացված է ստորև՝ հոդվածում տեղ գտած մեր կողմից մշակված ցուցումներում:
- ▶ **Լոգոպեդական աշխատանքում կիրառվում են կլման գործընթացը բարելավող բազմաթիվ տեխնիկաներ և վարժություններ:** Դրանք նպաստում են կորճոսկրի (ենթալեզվային ոսկրի) ճիշտ շարժմանը կամ կայունությանը, կերակրափողի սեղմանկանի բացմանը, հետնալեզվային մասում գտնվող մկանների բարելավմանն ու ուժեղացմանը, լեզվարմա-

տի մկանների ամրապնդմանը, կլման ակտի օրալ և ֆարինգեալ փուլերում ներգրավված մկանների համակարգմանը: Վարժությունները բարելավում են սննդի և հեղուկի առաջնային մուտքը կոկորդ և կարգավորում կլման ակտը: Դիսֆազիայի հաղթահարման գործընթացում կիրառվում են բազմաթիվ վարժություններ շուրթերի, այտերի, լեզվի ուժի, լեզվի շարժունակության, լեզվարմատի, մակկոկորդի համար: Ներկայացնենք առավել հաճախ կիրառվողներից մի քանիսը.

- ▶ **Մասակոյի վարժություն.** բարելավում է լեզվարմատի, կոկորդի հետևի մկանների ուժն ու շարժումը: Բուժառուն (նստած կամ կանգնած դիրքում) լեզուն հնարավորինս դուրս է հանում բերանից և պահում այն ատամնաշարերի միջև: Այս դիրքում կուլ է տալիս թուրք: Վարժությունը անհրաժեշտ է կատարել օրական 2 անգամ 3-ական մոտեցումներով՝ ամեն մոտեցման ժամանակ կատարելով 10 այդպիսի շարժումներ [6]:
- ▶ **Լեզվարմատի վարժություն.** կիրառվում է լեզվարմատի սահմանափակ շարժունակության դեպքում: Բուժառուին խնդրում են պատկերացնել՝ իբր կոկորդում խաղողի խոշոր հատիկ է մնացել և այն հարկավոր է «կուլ տալ» առավելագույն ջանքեր գործադրելով [7]:
- ▶ **Լեզվի ուժը** բարելավելու նպատակով բուժառուին խնդրում են լեզուն դուրս հանել և փորձել հնարավորինս ուժեղ սեղմել բերանի առջևում հորիզոնական դիրքով պահված փայտյա ստերիլ շպատելին: Վարժության տևողությունը պետք է լինի առնվազն 5 վայրկյան [7]:
- ▶ **Մենդելսոնի վարժություն.** իրականացվում է նստած կամ կանգնած: Բուժառուին առաջարկում են կուլ տալ թուրք և այն պահին, երբ կոկորդը գտնվում է ամենաբարձր կետում, 3 վայրկյան սեղմել կոկորդի մկանները, ապա հանգստանալ: Բուժառուին խորհուրդ է տրվում այդ պահին շոշափել կոկորդը, մկանների լարվածությունը զգալու նպատակով [7]:
- ▶ **Շեյքեր տեխնիկա.** ցուցված է այն անձանց, որոնք ունեն ենթակոկորդային համալիրի առաջային և վերին շարժումների նվազում, վերին կերակրափողային սեղմանկանի ախտահարում: Վարժությունն իրականացվում է երկու մասով: Մաս առաջին. բուժառուն պառկում է մեջքի վրա՝ ուտերը հետնած հարթ մակերեսին: Բարձրացնում է գլուխն այնքան, որպեսզի տեսնի իր ոտնաթաթերը և այդ դիրքում 60 վայրկյան

պահում է գլուխը, այնուհետև՝ 60 վայրկյան հանգստանում: Վարժությունը կրկնում է ևս 2 անգամ՝ պահպանելով կատարման նույն տեմպը: Մաս երկրորդ. բուժառուն պառկած դիրքից գլուխը 30 անգամ բարձրացնում է և իջեցնում: Այս վարժությունը կրկնվում է ևս 2 անգամ՝ պահպանելով կատարման նույն տեմպը [7]:

▶ **Շնչուղիները ասպիրացիան կանխելու նպատակով բուժառուին խնդրում են քթով շունչ քաշել և 5 վայրկյան պահել շունչը, այնուհետև շունչը պահած կատարել կուլ տալու գործողություն, որից հետո հազալ:**

3. Խորհրդատվություն և վերահսկողություն

▶ Սննդի չափաբաժնի փոփոխություններ. բուժառուին ցուցվում է օրվա ընթացքում սնվել ավելի հաճախ և դանդաղ, սովորականից ավելի փոքր չափաբաժիններով, ինչը հեշտացնում է կլման մեխանիզմը և նպաստում կլման անվտանգությանը:

▶ Շրջակա միջավայրի փոփոխություններ. հարկավոր է նվազագույնի հասցնել ուշադրությունը շեղող հանգամանքները (հեռուստացույց, աղմուկ, զրույց և այլն), ապահովել հանգիստ միջավայր, որպեսզի բուժառուն կենտրոնանա ծամելու և կլման գործընթացի վրա:

▶ Օժանդակող սարքեր. դիսֆագիա ունեցող անձանց ուտելն ու խմելը հեշտացնելու նպատակով առաջարկվում են մասնագիտացված պարագաներ կամ հարմարեցումներ:

ԴՀԱԾ-ի արդյունավետությունը կախված է նաև դիսֆագիայով տառապող հիվանդի խնամողների՝ առաջին հերթին նրա ընտանիքի անդամների և բուժքույրերի ներգրավվածությունից և աջակցությունից: Մեր կողմից մշակվել են ցուցումներ՝ ուղղված խնամողներին.

1. Ապահովել բուժառուի վիճակին համապատասխան կերակրման ճիշտ տարբերակը՝ բերանով, նազոգաստրալ զոնդով, գաստրալ սնուցման զոնդով:
2. Վերքերից խուսափելու նպատակով, ամեն օր տեղաշարժել նազոգաստրալ զոնդը: Ցանկալի չէ հաճախակի փոփոխել այն: Նույն խողովակը կարող է ծառայել մինչև 14-21 օր, իսկ 3 շաբաթ անց՝ անցկացնել մյուս քթանցքով: Այդ հարցում կօգնեն բժիշկները:
3. Չկերակրել բուժառուին պառկած վիճակում՝ դեպի կերակրափող ստամոքսահյութի կամ տարբեր հեղուկների հետադարձ հոսքից խուսափելու նպատակով:
4. Հնարավորության դեպքում բուժառուին կե-

րակրել աթոռին/անվասայլակին նստած: Կերակրելիս հետևել, որպեսզի նրա մարմնի դիրքը լինի ուղղահայաց (90° անկյան տակ), ոտքերն՝ ուղիղ հարթության վրա կամ հատակին դրված, գլուխը՝ միջին գծով, թեթևակի իջեցրած:

5. Նստած դիրքում կերակրելու հակացուցումների դեպքում բուժառուի մեջքը թիկնել մահճակալի հենակին այնպես, որ մարմինը լինի միջին գծով, ծնկների տակ դնել բարձ:

6. Տրախեոստոմիկ փողրակ և/կամ գաստրալ սնուցման զոնդ կրող բուժառուին հակացուցված է կերակրել ուղղահայաց դիրքով (90° անկյան տակ): Այս պարագայում բուժառուն պետք է լինի կիսապառկած դիրքով (առնվազն 45° անկյան տակ): Խուսափել բուժառուի գլուխը ետ գցելուց: Հակառակը, ամեն կուլ տալուց առաջ հիշեցնել կամ օգնել նրան գլուխն իջեցնել ներքև՝ դրանով իսկ նվազեցնելով խեղդվելու վտանգը [8,9]:

7. Ցանկալի է ուտելուց անմիջապես հետո բուժառուին 45-60 րոպե չպառկեցնել: Այն դեպքերում, երբ նստած դիրքում այդքան երկար մնալը ցուցված չէ՝ մարտոդական գործընթացներն ակտիվ պահելու նպատակով բուժառուին պառկեցնել ձախ կողմի վրա:

8. Միանգամից չտալ մեծ քանակությամբ սնունդ, ցուցաբերել անհատական մոտեցում՝ ըստ բժշկի ցուցված քանակի և կերակրման հաճախականության:

9. Հեղուկը և կերակուրը չի կարելի տալ միաժամանակ:

10. Տեղեկացնել բուժառուին առաջարկվող կերակրատեսակի մասին, հատկապես այն դեպքերում, երբ սնունդը հարած է:

11. Ուտելու ընթացքում ՉԽՈՍԵԼ:

12. Մշտապես հիշեցնել բուժառուին, որ կերակուրը հարկավոր է տեղավորել բերանի առողջ կողմը: Յուրաքանչյուր պատահից հետո անհրաժեշտ է ստուգել՝ արդյոք չկա մնացորդ բերանի ախտահարված կողմում: Դրանից հետո միայն շարունակել սնվել/կերակրել:

13. Կերակուրը տալ զուլ վիճակում, փոքր չափաբաժիններով/կումերով: Հիշեցնել, որ պետք է ուտել դանդաղ: Եթե բուժառուն զգում է, որ կարիք ունի բազմակի կուլ տալու նույն պատահը, կուլ տալուց հետո «մաքրել» կոկորդը հազի միջոցով:

14. Կարևոր է, որ բուժառուն սնվելու ընթացքում իրեն զգա ապահով և ստանա հաճույք:

ԴՀԱԾ-ը պարբերաբար վերանայվում և ճշգրտվում է լոգոպեդի կողմից՝ ելնելով հիվանդի առողջական վիճակից և փոփոխվող կարիքներից:

ԴՀԱԾ-ն ապացուցել է իր արդյունավետությունը բուժառուների կլման ակտի վերականգնման, հետևաբար, կյանքի որակի բարելավման գործում: Դիսֆագիա ունեցող բոլոր բուժառուների հետ մեր կողմից իրականացված լոգոպեդական աշխատանքում ԴՀԱԾ-ը սկսել է կիրառվել «Զինվորի տուն» վերականգնողական կենտրոնում 2019 թվականի հունվար ամսից մինչև 2024 թվականի մարտ ամիսը: Մինչ օրս էլ նրա կիրառությունը շարունակվում է: Այս ժամանակահատվածում իրականացվել է դիսֆագիա ունեցող 45 (32 տղամարդ և 13 կին, 15-83 տարեկան) բուժառուների հետ: Վերջիններիս մոտ դիսֆագիայի պատճառ են հանդիսացել գլխուղեղի սուր իշեմիկ կաթվածը (13 տղամարդ (28,9%), 11 կին (24,4%)), գլխուղեղի քաղցկեղը (3 տղամարդ (6,7%), 4 կին (8,9%)), ցրված սկլերոզը (2 տղամարդ (4,4%), 3 կին (6,7%)), կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզը (3 տղամարդ (6,7%)), Պարկինսոնի հիվանդությունը (4 տղամարդ (8,9%), դեմենցիան (2 կին (4,4%)): Ինչպես տեսնում ենք, գերակշռող մասը եղել է գլխուղեղի սուր իշեմիկ կաթվածը՝ 53,3 %:

ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

Մեր կողմից ստացված քանակական տվյալները վկայում են, որ ԴՀԱԾ-ի ներդրումը զգալիորեն կրճատել է կուլ տալու դժվարությունները հաղթահարելու համար պահանջվող ժամանակահատվածը: Մինչ ԴՀԱԾ-ի ներդրումը (2019 թ.) կլման ակտի հաղթահարմանն ուղղված լոգոպեդական աշխատանքը միջինում տևում էր

2,5-3 ամիս: ԴՀԱԾ-ի ներդրումից հետո դիսֆագիայի հաղթահարումն իրականացվում է 1-1,5 ամսում, այսինքն կուլ տալու դժվարությունների ժամանակահատվածը զգալիորեն կրճատվել է միջինում 1-1,5 ամսով, ինչը կազմում է 30-45 օր:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

ԴՀԱԾ-ի կիրառումից ստացված տվյալները վկայում են արդյունավետության մասին: Ավելի սեղմ ժամկետում դիսֆագիայի կարգավորումը կարևոր նշանակություն կունենա բուժառուի ընդհանուր վերականգնման և կյանքի որակի բարելավման գործում: ԴՀԱԾ-ի կառուցվածքի, մեթոդների, բովանդակության վերաբերյալ աշխատանքները հստակեցվում են. մտադրություն ունենք յուրաքանչյուր բուժառուի համար մշակել անհատական պարզեցված ուղեցուցային սանդղակներ, ինչը կհեշտացնի վերականգնման գործընթացը:

ԴՀԱԾ-ի կիրառումից ստացված տվյալները վկայում են արդյունավետության մասին: Ավելի սեղմ ժամկետում դիսֆագիայի հաղթահարումը կարևոր նշանակություն կունենա բուժառուի ընդհանուր վերականգնման և կյանքի որակի բարելավման գործում: ԴՀԱԾ-ի կառուցվածքի, մեթոդների, բովանդակության վերաբերյալ աշխատանքները հստակեցվում են. մտադրություն ունենք յուրաքանչյուր բուժառուի համար մշակել անհատական պարզեցված ուղեցուցային սանդղակներ, ինչը կհեշտացնի վերականգնման գործընթացը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Диагностика и лечение дисфагии. При заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации. Научное редактирование: Л.В. Стаховская, Е.В. Мельникова. Утверждено профильной комиссией по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ. Председатель Г.Е. Иванова, М., 2013
2. Mélotte E, Maudoux A, Delhalle S et al. Is oral feeding compatible with an unresponsive wakefulness syndrome? J Neurol. 2018;265:954-961
3. Shaker R. Principles of Deglutition: A Multidisciplinary Text for Swallowing and Its Disorders. Springer; New York, NY, USA: 2013
4. Mélotte E, Maudoux A, Delhalle S et al. Swallowing in individuals with disorders of consciousness: A cohort study. Ann Phys Rehabil Med. 2021;64:101403
5. Cichero JA, Lam P, Steele CM et al. Development of international terminology and definitions for texture-mod-

- ified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI Framework. Dysphagia. 2017 Apr;32(2):293-314
6. Leonard R, Kendall KA. Dysphagia Assessment and Treatment Planning: A Team Approach. Fourth edition. San Diego: Plural Publishing: 2019
7. Easterling C. 25 Years of dysphagia rehabilitation: what have we done, what are we doing, and where are we going? Dysphagia. 2017;32(1):50-54
8. Ertekin C, Keskin A, Kiylioglu N et al. The effect of head and neck positions on oropharyngeal swallowing: a clinical and electrophysiologic study. Arch Phys Med Rehabil. 2001;82(9):1255-60
9. Rasley A, Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Dodds WJ. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. AJR Am J Roentgenol. 1993;160(5):1005-9

Индивидуальная программа преодоления дисфагии, используемая в логопедической работе

Ани Р. Манукян

Реабилитационный центр «Дом Солдата», Ереван, Армения

АБСТРАКТ

Статья посвящена одному из важных направлений логопедической работы – преодолению дисфагии. Кратко представлены особенности и этапы акта глотания. В статье раскрыто содержание разработанной нами индивидуальной программы преодоления дисфагии (ИППД). ИППД включает общее и логопедическое обследование, разработку методики кормления,

консультирование и контроль. Отмечается, что процесс питания людей с дисфагией находится, в первую очередь, в центре внимания врача, логопеда, а также остальных членов мультидисциплинарной команды. В статье приведены примеры логопедических упражнений, наиболее часто используемых в процессе преодоления дисфагии и направленных на улучшение и усиление работы мышц губ, щёк, языка и глотки. Представлены разработанные нами логопедические рекомендации для лиц, осуществляющих уход за пациентом с дисфагией (членов семьи, медицинских сестёр и др.), с целью обеспечения эффективности ИППД.

Ключевые слова: логопедическая работа, нарушение глотания, индивидуальная программа преодоления дисфагии

An individual program for overcoming dysphagia used in speech therapy work

Ani R. Manukyan

“Soldier’s Home” Rehabilitation Center, Yerevan, Armenia

ABSTRACT

The article is dedicated to one of the important directions of speech therapy work – overcoming dysphagia. The characteristics and stages of the act of swallowing are briefly presented. The article presents the individual program for overcoming dysphagia (IPOD) developed by us. The IPOD includes a general and speech therapy examination, development of a feeding procedure, coun-

seling and supervision. It is noted that the process of feeding people with dysphagia is primarily the focus of attention of the doctor, speech language pathologist, as well as other members of the multidisciplinary team. The article contains examples of the most commonly used speech therapy exercises in the process of overcoming dysphagia, aimed at strengthening and improving the muscles of the lips, cheeks, tongue, and epiglottis. Speech therapy instructions developed by us for the caregivers (family members, nurses) of persons with dysphagia are presented in order to ensure the effectiveness of the IPOD.

Keywords: speech therapy work, swallowing disorder, individual program for overcoming dysphagia