

## Terapia logopedică în tulburările de deglutiție la pacientul cu accident vascular cerebral

Elena Lăcrămioara BUZZO (PRIHOI)<sup>1</sup>

### Abstract

*In the first part of this article the author presents the main implications of cerebrovascular accidents on speech. These complex implications need to be approached during the speech and language therapy in a multidimensional way. But besides the classical the therapeutic approach, the author underlines the fact that eating disorders are also an important aspect to be considered during the therapy. Thus, the second part of the article presents a speech and language approach in a case of cerebrovascular accident where the focus is on deglutition and eating, swallowing and drinking disorders.*

**Keywords:** eating disorders, swallowing disorders, cerebrovascular accidents, speech and language therapy, drinking disorders, deglutition

### Accidentul vascular cerebral și implicațiile sale logopedice

Post accident vascular cerebral (AVC), reabilitarea se realizează în urma unui program constituit din totalitatea procedurilor recuperatorii ce vizează atât tulburările fizice, cât și cele psihice ale pacienților. Programul terapeutic trebuie instituit cât mai curând posibil, pentru a asigura recâștigarea abilităților pierdute în urma accidentelor vasculare cerebrale (Bodea Hațegan, 2013).

Deși procedeele de reabilitare după un accident vascular cerebral diferă de la o persoană la alta, au același scop:

Persoana să dobândească un statut funcțional care să îi ofere independența și un ajutor minim din partea altor persoane;

Persoana să se acomodeze fizic și psihic cu schimbările determinate de AVC;

Persoana să se integreze corespunzător în familie și comunitate.

Procesul terapeutic al limbajului și al comunicării în cazul acestor pacienți cu AVC, nu se rezumă doar la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la susținerea pacientului din punct de vedere afectiv și motivațional, precum și la indicații terapeutice cu privire la tulburările de deglutiție. Terapeutul limbajului are un rolul de a încuraja pacientul și de a înlătura starea de negativism față de întregul proces de recuperare (tratament medicamentos, kinetoterapie, logopedie etc.). Odată cu declanșarea patologiei, pacienții se află în imposibilitatea de a se deplasa, sau de a se autoservi și de a comunica. Marea majoritate a celor care au suferit accident vascular cerebral vor trebui să reîncepe să vorbească, să scrie și să citească, dar și să se alimenteze/ autoalimenteze corespunzător. Kory Calomfirescu și Kory Mercea (1996) subliniază că pentru mulți bolnavi, incapacitatea temporară poate părea mai mare decât este și starea de deznădejde poate fi un factor agravant, care să împingă bolnavul în depresie.

Terapia logopedică are la bază anumite principii de care trebuie să se țină cont în cadrul actului terapeutic (Calomfirescu, Mercea 1996). În cazul unui pacient cu accident vascular cerebral (ischemic sau hemoragic) este foarte important ca terapia să înceapă imediat ce pacientul are semne vitale stabile (principiul intervenției precoce). Nu se recomandă amânarea intervenției, în ideea de a nu-l obosea sau de a-i provoca un rău iremediabil. De asemenea, un alt principiu important este acela al reevaluării și reproiectării permanente a intervenției logopedice, în funcție de rezultate și starea psihică a pacientului, deoarece pot apărea o mulțime de factori ce pot duce la modificarea programului individualizat de terapie (Chinellato, 2007).

Terapeutul limbajului facilitează pacientului identificarea propriilor resurse și capacitatea de dinamizare, pentru a se ajunge astfel la efectul dorit (îmbunătățirea funcției deficitare a limbajului și chiar recuperarea funcțională). Deosebit de important însă, este ca terapeutul limbajului, în cazul unui pacient cu AVC, să colaboreze permanent cu echipa care are pacientul în terapie și anume – medicul neurolog, dieteticianul, kinetoterapeutul, familia.

După evaluarea făcută pacientului cu AVC cu disfagie și prezentată membrilor familiei și respectiv, persoanelor ce au grijă de pacient, li se oferă informații cu privire la problemele legate de patologie, precum și mijloacele de tratament specifice. Implicarea acestora în planul tratamentului este esențială prin acordarea ajutorului în realizarea exercițiilor specifice, în prepararea

alimentelor și lichidelor conform recomandărilor cu respectarea texturilor prescrise și a cantității alimentelor prescrise (Bruno, Sparpaglione, 2012).

Terapia logopedică la pacienții cu disfagie neurogenă după accident vascular cerebral trebuie să implice stimularea senzoriomotorie. La pacienții disfacici obiectivele ce trebuie urmărite sunt: (Mureșan, 2015)

- Îmbunătățirea controlului motor, în fiecare etapă a procesului de deglutiție, cu normalizarea tonusului și ameliorarea tranzitului bolului alimentar;
- Prevenirea aspirației – reducerea morbidității și mortalității asociate infecțiilor pulmonare datorate sindromului de aspirație;
- Îmbunătățirea statusului nutrițional;
- Reluarea dietei orale la un nivel optim și în siguranță;
- Îmbunătățirea calității vieții.

Scopul terapiei pentru acești pacienți este:

- Respirație și alimentație sigură;
- Evitarea aspirației;
- Dezvoltarea abilităților de comunicare verbală.
- Redobândirea abilităților funcționale de băut și mâncat;
- Facilitarea incluziunii sociale.

Deglutiția e o funcție ce impune o coordonare complexă între structurile cuprinse în traseul digestiv de la gură la stomac. Simplificând, deglutiția se poate subdiviza în șase faze, iar disfagia apare atunci când una din aceste faze este compromisă. Aceasta privește diverse

segmente ale aparatului oro-faringo-esofagian (Modena, Pellicchia, 2001).

La pacienții cu disfagie se evaluează permanent abilitățile comunicative, funcțiile cognitive și abilitățile de alimentare. Evaluarea clinică a deglutiției impune un examen obiectiv corect și se recomandă să fie realizat de către un medic sau de către un logoped specializat. Trebuie examinat, în particular: nivelul de conștiință și înțelegere; competențele labiale; motricitatea linguală și a palatului moale; reflexul tusei și de vomă; funcția respiratorie; calitatea vocii (Raggi, 2011).

Tratamentele pentru *disfagia oro-faringiană* la adulți sunt numeroase, unele strategii terapeutice privesc modificarea consistenței alimentelor, iar altele abordează exerciții de stimulare a structurilor oro-faringiene, modificări ale poziției corpului sau diverse manevre terapeutice de deglutiție. Exercițiile recomandate pacienților cu disfagie au ca și obiectiv facilitarea manipulării bolului alimentar și proiectarea acestuia din cavitatea bucală, întărirea corzilor vocale sau ameliorarea capacității respiratorii.

#### Terapia indirectă

Presupune exerciții pentru controlul motilității la nivelul cavității bucale (cu accent pe controlul limbii, în timpul deglutiției); stimularea reflexului de deglutiție (creșterea sensibilității); exerciții de creștere a gradului de adducție a țesuturilor (tehnici de ridicare, împingere -pushing- și vocalizare).

#### Terapia directă

Se administrează alimente sau lichide pacientului și acesta înghite sub

supraveghere, respectând anumite instrucțiuni specifice (exemple: poziționarea capului, etapele de înghițire, Mureșan, 2015).

#### *Terapia logopedică*

Scopul terapiei limbajului în afazie este de a îmbunătăți capacitatea unei persoane de a comunica prin sprijinirea acesteia în a-și folosi abilitățile lingvistice rămase, de a restaura abilitățile lingvistice cât mai mult posibil, de a compensa învățând alte metode de comunicare (Crăciun, 2009). Terapia individuală se concentrează pe nevoile specifice ale persoanei. Implicarea familiei este o componentă esențială de tratament pentru bolnavul afazic, astfel membrii familiei pot învăța cel mai bun mod de a comunica cu acesta. În cazul prezenței și a unei disfagii urmare a AVC, procesul terapeutic și de reabilitare este și mai anevoios, cu un ritm mai lent de desfășurare. Trebuie avut în vedere că rezultatele nu sunt întotdeauna observabile imediat. Deficitele apărute odată cu disfagia conduc la efecte neplăcute în viața pacientului din toate punctele de vedere: fizic, psihic, social. Terapia logopedică la acești pacienți (cu disfagie după accident vascular cerebral) implică stimulare senzorio-motorie, terapie directă și indirectă. Intervenția logopedică în disfagia oro-faringiană va fi prezentată prin exemplificarea pe un studiu de caz.

#### **Studiu de caz privind terapia logopedică în contextul disfagiei oro-faringiene**

Studiul de caz descrie terapia de recuperare a tulburărilor de deglutiție în cazul unui pacient în vârstă de 82 de ani, gen masculin, inginer, cu afazie globală

mixtă severă. Terapia a început abia după aproximativ un an și jumătate de la accidentul vascular cerebral, până atunci urmând doar tratamentul medicamentos prescris, și kinetoterapie în spital, ulterior la domiciliu.

### **Diagnostic**

Hemiplegie dreaptă spastică post accident vascular cerebral ischemic Sylvian stâng secundar hemoragic, afazie globală mixtă severă predominant expresivă, hipertensiune arterială grad III cu risc adițional foarte înalt, ateromatoză carotidiană bilaterală cu ocluzie de arteră carotidiană internă stângă, tromboza venoasă profundă ilio- femuro-polplitee și parțial recanalizată, cardiopatie ischemică cronică în observație. Alte examinări paraclinice și de specialitate: eco-doppler carotio-vertebral, eco-doppler venos MI, consult cardiologic, oftalmologic, urologic- hematurie monitorizată.

### **Epicriza**

Pacient în vârstă de 79 ani (data externării), cunoscut hipertensiv, cu cardiopatie ischemică, permanentă din august 2013, un epiteliom periauricular stâng și frontal excizat în 13.06.2013, precum și cu un AVC cerebral ischemic sylvian stâng secundar hemoragizat confirmat imagistic în 24.06.2013, a urmat tratament medicamentos cu antiagregante plachetare, anticoagulante, blocante canale de calciu; IECA (inhibitorii enzimei de conversie (IECA), beta blocante, statine, alături de un program de fiziokinetoterapie și masaj, cu evoluție discret favorabilă.

### **Alte informații**

Intervenția logopedică - terapeutică a avut loc la domiciliul pacientului abia după aproximativ un an și jumătate. Până la acel moment nu a mai beneficiat de terapie logopedică, nefiindu-i indicat în fișa de externare.

Familia este formată din soț, soția și un fiu care nu locuiește împreună cu aceștia, dar care oferă tot sprijinul necesar. Este îngrijit de o altă persoană, soția neputând să îl ajute (din cauza vârstei înainte a acesteia). Pacientul nu este imobilizat la pat, se poate deplasa cu cârja, dar are permanent nevoie de supraveghere.

### **Evaluare**

Observațiile realizate înaintea evaluării propriu-zise și discuțiile avute cu aparținătorii au evidențiat hemiplegia pe partea dreaptă și dificultățile severe de exprimare. Practic vorbirea acestuia era neinteligibilă, putea articula doar sunete și silabe (de ex.: pla, plea, tatata). Deși în scrisoarea medicală nu era scris nimic despre tulburările de înghițire ale pacientului, capacitatea și modalitatea acestuia de a se hrăni, familia a precizat faptul că acesta se confruntă cu probleme la alimentație. Astfel s-a constatat că alimentația pacientului se bazează doar pe hrană paserată, cu o consistență cremoasă, pacientul nefiind capabil de a mastica singur, existând pericolul de înec și asfixie. Lichidele i se administrau cu paiul. Un alt aspect important este faptul că pacientul are proteză dentară, dar care datorită unei inflamații gingivale, nu o mai poate folosi, prin urmare actul de masticare e și mai dificil de realizat.

În urma primei evaluări a funcției expresive, vorbire provocată și spontană, vorbire automată, pacientul nu poate

articula cuvinte în mod inteligibil. Însă, la evaluarea funcțiilor receptive, indicarea unui obiect corespunzător cuvântului auzit, pacientul este capabil să dea un răspuns corect, demonstrând că înțelege sarcina dată. Execută cerințele verbale date și indică culorile denumite. Nu recunoaște litere sau cuvinte, nici măcar numele propriu scris. Grafia este realizată cu mâna stângă, dar mișcările sunt imprecise. Desenează la cerere un cerc și un x. Calculul nu îl poate realiza, dar poate număra mecanic până la 5 sau uneori cu ajutor până la 10, fiind obișnuit să numere pașii la ședințele de kinetoterapie. În ceea ce privește orientarea în timp și spațiu se pot delimita următoarele aspecte: nu poate indica ora după consultarea unui ceas, dar recunoaște orele și este ancorat în timp, fiind ajutat de familie, care îl informează.

Testarea screening a deglutiției s-a realizat în poziția șezând a pacientului, în patul special cu ridicare mecanică. Pacientul își poate controla poziția capului. Rugat să tușească a avut intenția, dar fără să reușească. În mod spontan însă, poate tuși. În general, poate controla saliva, o înghite la timp, dar sunt și momente când nu reușește acest lucru. Pus să deschidă tare gura, să lingă buzele, să scoată limba afară, pacientul reușește după ce i se oferă model, însă cu dificultate. Pacientul poate respira liber, iar după și cu model repetă exercițiul respirator.

În urma observațiilor realizate se constată o hipotonie și o lipsă de coordonare a mișcărilor la nivelul musculaturii aparatului fono-articulator. Anamneza și discuțiile cu pacientul și aparținătorii au

condus la următoarele observații: o motricitate facială dreaptă deficitară, o hemipareză ce cuprinde și partea dreaptă a limbii și a faringelui (nu ridică sprâncenele în mod egal; nu reușește să închidă alternativ ochii; nu poate fluiera; ține cu dificultate aerul când umflă obraji; nu poate scoate limba în formă de săgeată; nu poate imita plescăitul; alimentația este cu textură moale, paserată; apa/ceaiul îi este dată cu paiul, se îneacă uneori; se îneacă uneori și în timpul terapiei logopedice deoarece i se usucă gura, iar saliva are o textură vâscoasă și nu o poate gestiona corespunzător).

### ***Intervenția***

Terapia s-a desfășurat săptămânal câte două ședințe, unde subiectul a fost supus unui program de reabilitare a disfagiei cu o modificare graduală a gradului de dificultate a exercițiilor.

Pe parcursul programului s-au urmărit:

- dozarea corectă a bolului alimentar,
- închiderea corespunzătoare a gurii în timpul mestecării bolului alimentar,
- mestecarea corectă și înghițirea bolului alimentar.

În prima etapă s-au evaluat deprinderile pacientului în acel moment, pe cele patru paliere amintite mai sus. S-au folosit informațiile adunate din timpul anamnezei, discuțiile avute cu membrii familiei, prin intermediul observației și prin intermediul Bateriei Western.

Evaluarea de început a deprinderilor de dozare corectă a bolului alimentar evidențiază buna capacitate de a aprecia mărimea bolului alimentar. Evaluând deprinderea de a închide corespunzător

cavitatea bucală în timpul masticației, s-a observat că subiectul reușește doar parțial închiderea acesteia, datorită hemiplegiei drepte, ce îi afectează musculatura obrazilor și a buzelor.

Cu privire la masticația corectă apar dificultăți (ex. datorită hemiplegiei drepte care cuprinde și organele implicate în deglutiție, mestecarea bolului se realizează cu dificultate, incomplet și se acumulează o cantitate mare de hrană pe care nu o poate gestiona în cavitatea bucală). Urmărind capacitatea de înghițire a bolului alimentar se observă o înghițire forțată (înghițite cu mare dificultate).

În vederea îmbunătățirii și menținerii abilităților de masticație se propune un plan terapeutic ce cuprinde diverse exerciții. Familia este informată și susținută să continue aceste tipuri de exerciții, precum și colaborarea cu kinetoterapeutul se face periodic în același scop.

Familiei îi vor fi furnizate Informații generale despre alimentație: (Raggi, 2011)

- Poziția corectă/adecvată a corpului: pacientul trebuie să stea pe scaun și cu capul ridicat; dacă stă pe pat trebuie să aibă o poziție la 90 de grade;
- Evitarea discuțiilor în timpul mesei;
- Evitarea factorilor distractori (TV);
- Așteptarea înghițirii bolului alimentar înainte de următorul;
- Să se evite băutul lichidelor dacă mai există resturi alimentare în gură;
- Să se suspende masa dacă au apărut următoarele semne: tuse în timpul sau imediat după înghițirea bolului alimentar, ieșirea hranei pe nas, voce

ca o gargară, oboseală, pierderea atenției la actul masticației.

Rezumând, tratamentul se bazează pe tehnici indirecte ce presupun modificarea consistenței alimentelor și pe modul de prezentare a acestora și tehnici directe ce constau în stimularea structurată orală și faringiană.

Tehnicile indirecte/nonspecifice constau în măsuri adaptative ce intenționează reducerea dificultăților întâmpinate în timpul tranzitului oro-faringian al bolului alimentar și prepararea acestuia, astfel sunt indicate:

#### Modificări dietetice

Temperatura - evitarea alimentelor la temperatura corpului (temperatura corpului fiind 35-36 grade, se recomandă ca temperatura alimentelor să fie mai scăzută, în reabilitare, pentru că tocmai stimularea cald/ rece provoacă sensibilitatea).

Dimensiunea bolului - evitarea bucăților mari.

Gusturi → evitare gust acru/acid.  
→ evitare gust amar.  
→ evitare gust picant.

Accentuarea gustului reduce riscul inhalării în prezența hiposensibilității.

Apetitul → preferințe individuale.  
→ aspect vizual și olfactiv.  
→ varietate.

Dozarea corectă a bolului alimentar - este indicată modificarea volumului și consistenței bolului alimentar. Scăderea volumului și creșterea consistenței bolului alimentar duce la îmbunătățirea siguranței alimentației în raport cu riscul

penetrației și aspirației (Raggi, 2011). Alimentele trebuie să fie luate în mușcături mici, iar pacientul trebuie să mănânce încet și să nu introducă mai multă hrană în gură până când nu înghite ceea ce a mestecat. Când pacientul poate consuma lichide, este indicat să bea cantități mici prin utilizarea linguriței, nu trebuie forțat să ridice capul. Alimentele solide ar trebui să fie tăiate în bucăți egale și de dimensiuni extrem de mici. Trebuie evitate alimentele crude, fibroase, de consistență uscată, lipicioasă sau alimentele cu consistență mixtă

#### Exerciții ale musculaturii gâtului

În procesul înghițirii alimentelor și lichidelor musculatura gâtului realizează diferite mișcări ce ajută la pătrunderea acestora în esofag și nu înspre plămâni. Exercițiile sunt concepute pentru a mări flexibilitatea și forța musculaturii gâtului implicate în procesul înghițirii (Barringer, Denise, 2008). Exercițiile se vor realiza de 2 ori pe zi, 5 până la 10 seturi, timp de 6-8 săptămâni.

Programul terapeutic propus a presupus și o serie de exerciții. Aceste exerciții sunt descrise și indicate mai jos:

#### Exerciții de încălzire

Întins pe spate pe pat sau pe podea, fără pernă - umerii trebuie să fie pe o suprafață plată;

Păstrați umerii pe suprafața plată și ridicați-vă capul, aducând bărbia până la piept (pentru a vedea degetele de la picioare);

Poziția trebuie menținută cât mai mult timp, apoi odihniți-vă;

Exercițiul se repetă de 10-20 ori, de 3 ori/zi, timp de mai multe săptămâni;

#### Exerciții de întindere

Dați capul pe spate, și deschideți gura;

Împingeți maxilarului înainte și apoi împingeți maxilarul în sus spre nas. Ar trebui să simțiți o întindere de-a lungul părții din față a gâtului;

Stați în această poziție timp de cinci secunde;

Repeți acest exercițiu de cinci ori.

#### Exerciții de control al respirației

Este important și necesar dobândirea controlului voluntar al respirației funcționale, pentru prevenirea insurului în timpul actului deglutiției. În vederea antrenărilor abilităților respiratorii s-au realizat următoarele exerciții:

Inspiră lent pe nas și umflă abdomenul, expiră lent pe gură și dezumflă abdomenul;

Inspiră lent pe nas și umflă abdomenul, expiră cu forță tot aerul

Inspiră lent pe nas, expiră suflând 2/3 din cantitatea de aer, faci 1 secundă pauză și apoi expiri și restul cantității de aer.

Rolul buzelor este deosebit de important în realizarea deglutiției. Prin mișcarea de proeminare, extensie și ocluzie acestea dețin un rol activ în masticăție. Dintre exercițiile pentru dezvoltarea motricității labiodentale care se pot realiza în cadrul activităților terapeutice pentru ameliorarea disfagiei (Comper, Veit, Markart, Calligione, 1996) sunt propuse următoarele:

#### Exerciții pentru dezvoltarea motricității labiale

– Deschidere, închidere, strângere, întindere („ti-tu”, realizând extensia

- comisurilor bucale și revenirea în poziția inițială);
- Presiune cu mici obiecte (ridicarea și ținerea unui obiect: pai, creion, cu buzele);
  - Vibrarea buzelor, suflat, aspirat cu un pai (imitând sforăitul cailor, fluieratul);
  - Alternarea mișcărilor buzelor (prindeți buza de jos cu dinții, prindeți buza de sus cu dinții);
  - Imitarea apelativului pentru chemarea pisicii (pis, pis);
  - Articularea fonemelor bilabiale (P, B, M) și labio-dentale (F, V);
  - Articularea unor silabe ce conțin consoane bisilabice (silabe unice, repetate: pa, pa, pa) (silabe diferite alternate secvențial: pa, ba, ma).

Programul terapeutic include și exerciții pentru antrenarea musculaturii maxilarelor, a musculaturii feței, precum și a musculaturii linguale (Raggi, 2011).

#### Exerciții pentru mandibulă și obraji

- Deschidere, închidere, strângere, retracție, lateralizare, rotirea mandibulei;
- Închiderea/deschiderea maxilarului cu apropierea dinților "clănțănirea dinților";
- Exerciții cu alimente de texturi diferite mestecate în tifon (bucăți de mere, gheață);
- Umflarea și sugerea obrazilor.

#### Exerciții pentru dezvoltarea motricității linguale

- Rădăcina limbii este musculatura ce împinge bolul alimentar spre esofag. Aceste exerciții sunt concepute pentru a consolida baza limbii.

- Mișcare înăuntru și în afară, ridicare și coborâre, lateralizare înăuntru și înafara cavității bucale, parcurgerea canalului labio-dental prin mișcări de rotire;
- Arcuirea bazei limbii înspre palat ducând vârful limbii în spatele incisivilor inferiori;
- Numărați dinții cu limba și masați gingiile;
- Exercițiul Masako: Scoateți limba și ține-o între buzele sau dinți în timp ce încercați să înghițiți. Repetați acest exercițiu de cinci ori;
- Mișcări ale limbii în față și în spate masând palatul dur și menținând în poziție retrasă pentru câteva secunde;
- Articularea fonemelor apico-alveo-dentale (T, D, N, L, R);
- Stimulare gustativă cu mici cantități de alimente cu gusturi diferite;
- Exerciții pentru vălul palatin: emiterea prelungită a vocalelor (A, E); articularea fonemelor velare (C, G), articularea silabelor (CA, GA).
- Înghițirea cu efort: înghițiți cât de tare puteți, alimente sau salivă. Împingeți cât de tare puteți, cu limba în cerul gurii în timp ce înghițiți. Repetați exercițiul de cinci ori
- Exerciții de gargară: trageți limba înapoi în timp ce faceți gargară și țineți apăsat pentru o secundă. Repetați acest exercițiu de cinci ori.

Programul terapeutic elaborat s-a bazat și pe următoarele strategii de modificare comportamentală:

#### Strategii comportamentale

- Mușcăături alternative de alimente solide/semi-solide (masticarea bucățelelor de alimente) cu înghițirea

- de lichide subțiri/ groase (din cană/pahar);
- Utilizarea de boluri alimentare mai mari, deoarece un bol mai mare mărește capacitatea senzorială de înghițire, la unii pacienți;
- Înghițirea de 2-3 ori pentru fiecare mușcătură/bol alimentar;
- După masă e indicat să nu se așeze imediat în pat, ci dacă e posibil să facă un pic de mișcare prin casă - plimbare);
- Să realizeze igiena orală după fiecare masă (clătirea gurii cu apă, mișcări circulare ale limbii pe pereții obrazilor);

Analizând starea inițială și observând performanțele scăzute în ceea ce privește deglutiția până la intervenția logopedică, se poate spune că au fost înregistrate progrese vizibile în cazul pacientului, în planul deprinderilor urmărite. Relația terapeutică stabilită cu pacientul a fost una foarte bună, acesta fiind bine motivat să participe împreună cu familia la mesele familiale și astfel, în consecință a fost de un mare ajutor pe parcursul demersului terapeutic. Familiei i s-a recomandat continuarea terapiei specifice: modificarea consistenței alimentelor, exerciții de stimulare a structurilor orofaringiene, modificări ale poziției corpului și utilizarea unor manevre terapeutice de deglutiție. În urma terapiei rezultatele realizate de pacient sunt: mestecă singur bucăți de mâncare solidă de o consistență suficient de moale (pacientul are proteză dentară, dar pe care însă nu o poate folosi deoarece a rămas cu o anume sensibilitate în urma gingiilor inflamate) renunțând treptat la mâncarea paserată, bea lichide (apă, ceai)

din cană/pahar, mănâncă supa cu lingura cu mâna stângă, felul doi îl mănâncă cu furculița, tot singur. Se poate afirma că intervenția cu programul de reabilitare a disfagiei a fost benefic pacientului și că formarea și consolidarea unor deprinderi necesare deglutiției se datorează atât selectării și aplicării unor tehnici și strategii specifice, a instruirii și susținerii permanente a pacientului, cât și colaborării strânse cu familia și kinetoterapeutul.

### Concluzii

Pentru că disfagia este un simptom larg întâlnit, în patologia neurologică, dar și în cea non-neurologică, este indicat ca orice practician să cunoască manifestările, cauzele și abordarea acestora. În recuperarea disfagiei este necesar să se implice o echipă multidisciplinară de specialiști: ORL-ist, gastroenterolog, ortofonist, neurolog, logoped, nutriționist etc., iar pentru diagnosticul corect și stadializare să se folosească tehnici imagistice adaptate și specifice. Logopedia, mai puțin cunoscută în acest domeniu de performanță la noi, joacă totuși un rol important în fața dificultăților de înghițire. Este realizată de profesioniști, ce vor oferi suport tehnic, informațional pe parcursul procesului terapeutic, ce va permite o reabilitare individuală sub aspectul terapiei limbajului, dar și a tulburărilor de înghițire. Pe tot parcursul terapiei se oferă permanent suportul emoțional necesar, știut fiind faptul că aceste persoane sunt predispuse la episoade depresive.

Rolul logopedului este acela de a contribui la reintegrarea în familie, comunitate și societate a pacientului cu

accident vascular cerebral cu tulburări de înghițire și nu numai, prin recuperarea totală sau parțială, prin îmbunătățirea capacității de comunicare prin limbaj, îmbunătățirea capacității de alimentație, a conduitelor perceptiv-motrice cât și orientarea și organizarea spațio-temporală.

### **Bibliografie:**

- Bodea Hațegan, C.(2013). *Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Bruno, V., Sparpaglione, D. (2012). *I disturbi di deglutizione Come aiutare i pazienti:note per familiari ed assistenti*, Pavia: Ed. I manuali della Fondazione Maugeri.
- Kory Calomfirescu, Ș., Kory Mercea, M. (1996). *Afazia în accidente cerebrale*, Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință.
- Chinellato, P. (2007). *Lezioni di linguistica clinica*. Venezia: Libreria Editrice Cafoscarina.
- Crăciun, M. (2009). *Diagnosticul și tratamentul afaziei*. Cluj-Napoca: Risoprint.
- Comper, I. Veit, V., Markart, H., Calligione, I. (1996).*La disfagia (disturbo della deglutizione) casa di cura Villa Melita, Bolzano, [www.villamelitta.it](http://www.villamelitta.it)*
- Modena, L., Pellecchia, C. (2001). *La disfagia oro-faringea nel paziente adulto con patologia neurologica*, U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpigli.
- Mureșan, R. (2015). *Terapia tulburărilor de înghițire. Notițe de curs*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.
- Raggi, R. (2011). *Il trattamento logopedico:strategie e tecniche*, Ausl di Piacenza, Dipartimento della Non Autosufficienza e Riabilitazione Unita Operativa Medicina Riabilitativa Borgonovo Val Tidone (PC) Direttore dott. H. Cerrel Bazo.

---

<sup>1</sup>Profesor logoped, CJRAE, Cluj-Napoca.  
E-mail: [amelaprihoi@yahoo.com](mailto:amelaprihoi@yahoo.com)