
Marta Moneta*

Praca z blizną w gabinecie logopedycznym

Wstęp

W praktyce logopedycznej praca z blizną znajdującą się na twarzy jest niezwykle istotna z wielu różnych powodów. Oczywiście jest opracowywanie blizny po operacji zamknięcia rozszczepu warg. Wówczas cel stanowi poprawa artykulacji, wyćwiczenie prawidłowego schematu połykania, które przed operacją było zaburzone. Niezwykle ważne jest wypracowanie i utrwalenie prawidłowego toru oddechowego. Dla wielu osób duże znaczenie ma także estetyka – w obecnej kulturze ideałem jest skóra gładka, pozbawiona niedoskonałości, dlatego blizna może okazać się stygmatem, synonimem brzydoty, czegoś oszpecającego. A zatem w przypadku osób po rozszczepie warg praca logopedy z blizną nie budzi żadnych wątpliwości. Ten rodzaj pracy nie powinien być jednak ograniczony do tak wąskiej grupy pacjentów.

1. Czym jest blizna?

Blizna (łac. *cicatrix*, ang. *scar*) jest naturalnym efektem procesu gojenia się rany, mającym na celu przywrócenie funkcji i odbudowanie struktury. W przebiegu tego procesu wyróżnia się 4 fazy:

- fazę hemostatyczną,
- fazę zapalną,
- fazę proliferacyjną (fibroplastyczną),
- fazę przebudowy.

* Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków, ORCID: 0009-0006-5135-0635

Pierwsza z nich następuje już w kilka sekund po uszkodzeniu skóry, po przerwaniu ciągłości tkanek, a rozpoczyna się krzepnięciem krwi, tworzeniem pierwszego zabezpieczenia przed nadmierną utratą krwi. Następnie, w fazie zapalnej, dzięki komórkom układu odpornościowego – neutrofilom, z rany usuwane są zanieczyszczenia, szkodliwe mikroorganizmy. Kolejno, dzięki makrofagom uwalniane są mediatory prozapalne, takie jak histamina, która rozszerza nieuszkodzone naczynia krwionośne, znajdujące się w obrębie rany. Z tego powodu uszkodzony obszar jest obrzęknięty, zaczerwieniony, bolesny, co zwykle trwa do 4 dni (Zastawny, 2014). W fazie proliferacyjnej widoczne są pierwsze oznaki tworzenia się blizny. Powstająca wówczas tkanka określana jest mianem ziarniny. Intensywnie namnaża się kolagen typu I, będący składnikiem budulcowym skóry, ścięgien, więzadeł, nadającym wytrzymałość i elastyczność tkance łącznej. Uszkodzonemu obszarowi wciąż może towarzyszyć obrzęk, zaczerwienienie, ból. Ta faza trwa zwykle od 4 do 21 dni, choć – w zależności od głębokości rany – może przedłużyć się nawet do 6 tygodni. W ostatnim etapie prawidłowa tkanka bliznowata zmienia swój wygląd – zmniejsza się obrzęk, znika zaczerwienienie, obszar wokół uszkodzenia staje się cieńszy, bardziej płaski, bledszy. Przyjmuje się, że proces przebudowy trwa, dopóki blizna pozostaje bardziej czerwona niż otaczająca ją tkanka (Smith i Ryan, 2021). To najdłuższy etap, faza przebudowy może trwać od kilku miesięcy nawet do kilku lat, ale przebiega względnie bezboleśnie.

Każda blizna wykazuje odmienne cechy niż tkanki, które nigdy nie uległy uszkodzeniu. Cechuje się przede wszystkim dużo niższą zawartością kolagenu typu I, mniej typowym czy chaotycznym układem włókien. Jak podkreśla Olga Zastawny (2014, s. 122–123):

O ile w skórze nieuszkodzonej włókna kolagenu przypominają swoim ułożeniem sieć (często porównywaną do wzoru spotykanego w wiklinowych koszykach), tak w bliznie są one odkładane niemal równolegle względem siebie, są również znacznie cieńsze. Ze względu na zmieniony wzór przebiegu włókien, blizny są o wiele mniej rozciągliwe i elastyczne w porównaniu z nieuszkodzoną skórą. Często prowadzi to do przykurczów [...].

Blizny w obszarze, który zagoił się w sposób prawidłowy, nie powinny być bolesne ani powodować dyskomfortu czy dysfunkcji. Tkanka w miejscu uszkodzenia stopniowo staje się cienka, blada, stabilna. Jej wytrzymałość wzrasta i osiąga plateau około 7 tygodni po rozpoczęciu procesu przebudowy (Smith i Ryan, 2021).

Gdy rozpoczyna się etap przebudowy, to najlepszy moment, by rozpocząć opracowywanie tkanki podczas terapii logopedycznej. Stymulacja w tym czasie ma wpływ na powstanie zdrowej, dojrzałej blizny, minimalizuje

dysfunkcje lub kompensacje. Należy jednak pamiętać, że blizna nigdy nie będzie wykazywać pełnej funkcjonalności i struktury, które skóra posiadała przed urazem (Zastawny, 2014).

2. Blizna z perspektywy logopedycznej

U małych pacjentów niezwykle częste są blizny (nawet niewielkie) w okolicy brody, szyi, podbródka i nad górną wargą. To częsty skutek upadku, uderzenia np. podczas nauki jazdy na rowerku, biegania, gry w piłkę. Takie wypadki najczęściej są niegroźne, w większości nie wymagają interwencji medycznej, czasem konieczne jest założenie kilku szwów. Pozostaje po nich jednak ślad w postaci blizny na brodzie, podbródka, szyi, nad wargą, co ma przełożenie m.in. na sztywność tkanki, zanik elastyczności, napięcia w stawie skroniowo-żuchwowym. Blizna to także rodzaj urazu powięzi, czyli tkanki łącznej.

Niewielka blizna na brodzie dziecka lub tuż pod nią może ograniczyć ruchomość powierzchownej powięzi szyi i wprowadzić lokalny wzorzec napięciowy, który wpłynie na ruchy boczne żuchwy oraz jakość ruchów jej opuszczania i unoszenia. (Czajkowska, 2023a, s. 36).

Blizna zlokalizowana na brodzie czy nad górną wargą powoduje wzmożone napięcie mięśniowe w obrębie aparatu artykulacyjnego, co często prowadzi do trudności z kontrolowaniem śliny (wyraźnie widoczne trudności motoryczne; nieefektywne połykanie), braku okluzji warg – otwartej buzi, a więc nieprawidłowego (ustnego) toru oddechowego, mocno napiętych mięśni żwaczy i mięśni skroniowych, wzmożonego napięcia w stawie skroniowo-żuchwowym. Blizny mogą także ograniczać pracę języka, warg oraz prowadzić do ograniczeń ekspresji twarzy, powodować trudności w ruchach mimicznych, a gdy są zlokalizowane na szyi lub klatce piersiowej przyczyniają się do oddychania torem szczytowym (Kolasa, 2013).

Palpacyjna diagnostyka punktów spustowych wokół żuchwy, ucha, stawu skroniowo-żuchwowego oraz sztywność tkanek jasno wskazują na miejsca wymagające terapii. Zbyt duże napięcie mięśniowe w obszarze aparatu artykulacyjnego może prowadzić także do męczliwości, nieprawidłowej realizacji wielu głosek (w przypadku ustnego toru oddechowego najczęściej nieprawidłowa realizacja dotyczy głosek miękkih)¹. Nieprawidł-

¹ W przypadku wzmożonego napięcia obszaru aparatu artykulacyjnego i ustnego toru oddechowego możemy zaobserwować dysfunkcję połykania i/lub dysmedialne ułożenie języka. Jak wykazują badania Izabeli Malickiej, częstość współwystępowania dysfunkcji połykania i dysfunkcji oddychania wynosi 71,6%. Ułożenie języka podczas połykania fizjologicznego jest tożsame z ułożeniem języka podczas artykulacji głosek

łowy tor oddechowy jako konsekwencja nadmiernego napięcia w obszarze ustno-twarzowym, spowodowanego blizną, bardzo często prowadzi także do wykształcenia wysokiego, wąskiego podniebienia twardego i stłoczenia zębów. Jest to predyktorem do długofalowego leczenia ortodontycznego. Ustny tor oddechowy wywiera oczywisty wpływ na permanentne zmęczenie dziecka, które nie jest właściwie dotlenione, ma też częste korelacje z moczaniem nocnym. Dziecko nie zapada w sen głęboki, a jego mniej dotleniony mózg, a dokładnie przysadka mózgowa, wydziela zbyt małą ilość hormonu ADH (hormon antydiuretyczny; wazopresyna), co w konsekwencji powoduje zwiększoną produkcję moczu i jego niekontrolowane wydalanie (Czajkowska, 2023b).

Blizna w obszarze ustno-twarzowym może mieć negatywny wpływ nie tylko na wyizolowaną funkcję mięśni, ale na ich głębsze współdziałanie, koordynację, na codzienne funkcjonowanie dziecka, na jego artykulację, dobrostan fizyczny i psychiczny.

3. Jak pracować z blizną w gabinecie logopedycznym

Praca z blizną w gabinecie logopedycznym jest wielopłaszczyznowa i znacznie wykracza poza sam teren gabinetu – musi być kontynuowana każdego dnia, według wskazówek terapeuty.

Jeden z najważniejszych punktów stanowią praca manualna, kierunkowa na mięśniach, masaż logopedyczny, praca zgodnie z zasadą tensegracji. Zasada ta wskazuje, że wzrost napięcia jednego elementu struktury (w tym przypadku będzie to miejsce wokół blizny) powoduje analogiczny wzrost napięcia pozostałych jej elementów, pozostających we wzajemnym kontakcie strukturalnym. To właśnie „na zjawisku tensegracji opiera się wiele nowoczesnych terapii holistycznych” (Bobak-Powroźnik i Jaworek, 2021, s. 37). Działania terapeutyczne zgodne z zasadami tensegracji pojmują ciało człowieka jako całość, którego poszczególne elementy są od siebie zależne. Zastosowanie zasady tensegracji w masażu logopedycznym polega nie tylko na wykonywaniu kierunkowej pracy na mięśniach, gdzie występują dolegliwości bólowe, ale przede wszystkim na opracowywaniu mięśni, powięzi pozostających w pośrednim lub bezpośrednim kontakcie strukturalnym z tkankami leżącymi w miejscu bólu (Kassolik i Andrzejewski, 2010, s. 69).

W przypadku blizn zlokalizowanych wokół jamy ustnej (okolice warg, brody, podbródka) napięcie jest wyraźnie wyczuwalne w takich strukturach jak: mięsień mostkowo-obojęczykowo-sutkowy (MOS), mięśnie nadgnykowe,

mięsień bródkowy, mięsień okrężny ust, mięsień obniżacz wargi dolnej, mięsień skroniowy, staw skroniowo-żuchwowy. Często obecne są parafunkcje² (np. ssanie policzków, nagryzanie błony śluzowej policzków, zasysanie lub przygryzanie górnej wargi, bruksizm, zaciskanie zębów). W zależności od zaobserwowanych deficytów w pracy grup mięśniowych należy rozpocząć właściwą stymulację. Przeciwwskazaniami do rozpoczęcia masażu logopedycznego są przede wszystkim: brak zgody lekarza prowadzącego, brak zgody pacjenta, infekcje, gorączka, stany zapalne w obrębie twarzy (Francuz-Matwiejczyk, 2022a).

Masaż logopedyczny ukierunkowany na pracę z blizną to mechaniczne działanie terapeuty na tkanki, mięśnie, ścięgna, więzadła, powięź, układ nerwowy. Po przeprowadzeniu dokładnego, szczegółowego badania palpacyjnego, określeniu priorytetów i uwzględnieniu zasady tensegracji, można rozpocząć działania manualne. W badaniu należy także ocenić symetrię, dlatego że często jest ona zaburzona w przypadku nadmiernego napięcia mięśni po jednej stronie twarzy w spoczynku lub podczas mówienia (Czajkowska, 2013). Technik pracy jest wiele, wszystkie jednak mają na celu rozluźnienie napiętych struktur, zaktywizowanie mniej aktywnych struktur, działanie przeciwobrzękowe i przeciwbólowe, aktywizację układu limfatycznego i krwionośnego. Masaż oddziałuje na przepływ i rozmieszczenie krwi i limfy, co ma szczególne znaczenie w przypadku blizny – usuwa on zastoje limfy, dzięki czemu tkanka staje się bardziej elastyczna i szybciej się regeneruje. Badania prowadzone w Monash University (Melbourne, Australia) pod kierunkiem Helen C. Scott wykazały, że masaż blizn może poprawić ich wygląd, zmniejszyć ból i zwiększyć ruchomość. Jednocześnie zwrócono uwagę na brak spójnych metod badawczych, protokołów interwencji terapeutycznej i pomiarów wyników, a także efektów prowadzonych działań terapeutycznych (Scott i in., 2022).

Elementy masażu logopedycznego, które warto zastosować, to: rozluźnienie podstawy czaszki, mięśni podpotylicznych (co zwiększa przepływ krwi i tlenu, stymuluje przywspółczulny układ nerwowy, wycisza), mobilizacja tkanek otaczających bliznę, przesuwanie tkanek wzdłuż i w poprzek blizny. Istotna jest także praca wewnątrz jamy ustnej: rozluźnianie dna jamy ustnej, praca na podniebieniu oraz rozluźnianie powięzi piersiowej i piersiowo-obojczykowej. Terapia może być prowadzona technikami nakierowanymi na poprawę ukrwienia i likwidowanie punktów spustowych, takimi jak: masaż miejscowy w poprzek włókien mięśnia, wzdłuż włókien mięśnia, kompresja przerywana (Śleboda, 2019). Punkty spustowe to nadwrażliwe miejsca zlokalizowane wzdłuż napiętego pasma mięśniowego, powodujące

² Parafunkcja rozumiana jako czynność ruchowa w obrębie narządu żucia. Działanie często nieświadome, mające na celu rozładowanie napięcia w organizmie.

podwyższone napięcie wyczuwalne palpacyjnie. Dzięki prostopadłej palpacji lub chwytowi szcypcowemu można dokładnie zlokalizować napiętą strukturę (tamże).

Objawy ze strony punktów spustowych wywołują dolegliwości bólowe [...], ograniczają ruchomość. Mobilizacje uciskowe punktów spustowych mają na celu znieść napięcie mięśniowe, obniżyć dolegliwości bólowe pochodzenia mięśniowego. (Kolasa, 2013, s. 251)

Badacze podkreślają, że jeśli mięsień z punktami spustowymi jest czynnościowo powiązany z innym mięśniem, to zaburza jego pracę pomimo braku w nim punktów spustowych (Dommerholt, 2006; Sawrasewicz-Rybak, 2006; Split, 2009). Masaż można także uzupełnić o mobilizację tkanek z użyciem bańki chińskiej, która wykorzystuje próżniowe zasysanie skóry, dzięki czemu poprawia przepływ limfy, uelastycznia skórę. Co ważne, działanie terapeutyczne musi odbywać się w komforcie pacjenta, bez bólu, bez rozciągania i rozciągania blizny. Terapeuta może używać bardzo niewielkiej ilości naturalnych olejków eterycznych, koniecznie w połączeniu z olejem bazowym (olejem nośnikowym, tłustą substancją pochodzenia roślinnego, np. olejem arganowym, olejem ze słodkich migdałów, olejem jojoba, olejem lnianym, które mają również niskie prawdopodobieństwo wystąpienia podrażnień i stosunkowo rzadko alergizują). Justyna Marwicka zauważa, że działanie olejów roślinnych na skórę jest wynikiem zawartości dużej ilości składników odżywczych, takich jak nienasycone kwasy tłuszczowe, fitosterole, witaminy czy fosfolipidy. Większość olejków eterycznych, dzięki obecności związków fenolowych, tymolu i eugenolu, ma zdolności antyseptyczne, a w zależności od składu mogą działać także przeciwzapalnie – hamują mediatory reakcji zapalnej (Marwicka i in., 2015). Od wielu lat intensywne badania, prowadzone nad wpływem olejków eterycznych na regenerację tkanki, dowodzą, że kilka typów olejków sprawdza się szczególnie dobrze w pracy z blizną. Największą aktywnością antyoksydacyjną, regenerującą tkanki charakteryzuje się olejek z mięty kędzierzawej, olejek z tymianku, olejek lawendowy i olejek z pokrzywy (Grys i in., 2011; Marwicka, i in., 2015). Irańscy badacze po przeprowadzeniu testów aktywności antyoksydacyjnej olejków eterycznych wykazali, że najwyższą zdolność redukowania wolnego rodnika DPPH miał olejek mięty długolistnej (*Mentha longifolia*) – 93% oraz olejek cząbrzu ogrodowego (*Satureja mutica*) – 93%³ (Adaszyńska i Swarczewicz, 2012).

³ Wynik testu przeprowadzonego metodą DPPH. Jest to metoda pomiaru właściwości roślin przeciwutleniających.

4. Uzupełnienie działań terapeuty

W przypadku blizny istotne jest działanie wielowymiarowe. Z jednej strony będzie to masaż logopedyczny, z drugiej działanie endogenne. Powięź to tkanka łączna, zbudowana w 70% z wody, kolagenu i elastyny, dzięki czemu jest ona rozciągliwa, elastyczna i wytrzymała. Poprzez masaż logopedyczny terapeuta wpływa na powięź, która łączy wszystkie tkanki i zapewnia strukturalne wsparcie dla tkanek i narządów (Czajkowska, 2023a). Aby działania terapeuty przyniosły oczekiwane efekty, pacjent musi pić duże ilości wody, „odżywiając” powięź. Wówczas staje się ona bardziej elastyczna, umożliwia mięśniom bardziej wydajną pracę.

Badania potwierdzają także niebagatelny wpływ suplementacji kwasem askorbinowym w przypadku blizn, stanów zapalnych skóry, konieczności regeneracji tkanek i naskórka. Agnieszka Kantorska przywołuje badania na świniach, wykazujące, że doustna suplementacja witaminy C spowodowała szybsze gojenie się ran oraz zwiększenie integralności tkankowej skóry. Zwiększone spożycie witaminy C lub jej suplementacja korzystnie wpływa na leczenie ran, co pokazały badania przeprowadzone u dzieci z rozległymi oparzeniami (Kantorska, 2016). Juliet Pullar z Uniwersytetu w Otago (Nowa Zelandia) w badaniach populacji azjatyckiej wykazała poprawę w terapii blizn po miejscowym stosowaniu żelu silikonowego z witaminą C (Pullar, 2017).

Witamina C jest bardzo aktywna biologicznie, stymuluje i wspiera różne procesy biochemiczne zachodzące w organizmie, a jedną z jej najważniejszych funkcji jest biosynteza kolagenu. Jest też najbardziej znanym antyoksydantem, zabezpiecza składniki komórek przed reakcjami utlenienia, unieszkodliwia wolne rodniki. W przypadku potwierdzonych badaniem krwi niedoborów witaminy C można ją suplementować, przyjmując ją w formie syntetycznej doustnie. Formy syntetyczna i naturalna (występująca w żywności) są tożsame pod względem budowy chemicznej i właściwości. Jak jednak podkreśla A. Kantorska, witamina C zawarta w naturalnych produktach jest bardziej aktywna niż syntetyczna, wykazuje lepsze wchłanianie, a jej terapeutyczne stężenie utrzymuje się dłużej (Kantorska, 2016). W Europie do głównych źródeł witaminy C zalicza się przede wszystkim owoc dzikiej róży, czarną porzeczkę, truskawki, kiwi i grejpfruty. Z warzyw, bogate w witaminę C są: papryka, nać pietruszki, brukselka, kalarepa, brokuły. Bardzo duża zawartość tej witaminy jest także w orzechach, owocach głogu i jarzębiny, bogatym źródłem są też miody (Janda, 2015). Mając wiedzę o korelacji pomiędzy wysokim zapotrzebowaniem na kwas askorbinowy a możliwościami regeneracji tkanek, szybszego gojenia się blizn, warto polecić pacjentowi zbadanie poziomu witaminy C. W każdym przypadku skuteczne i bezpieczne jest włączenie do codziennej diety produktów bogatych w tę witaminę. Jest to niezmiernie ważne działanie uzupełniające pracę terapeutyczną.

Obszar ustno-twarzowy poddawany regularnej pracy manualnej podczas terapii blizny wymaga szczególnej ochrony. Warunkiem do tego, aby masaż logopedyczny nie był dla pacjenta dyskomfortem, nie niósł ze sobą odczuć bólowych, jest odbudowa bariery hydrolipidowej. Obszar blizny należy intensywnie nawilżać i dbać o ochronę przeciwsłoneczną (tkanka w miejscu przerwania ciągłości naskórka pozbawiona jest melanocytów, a więc naturalnej ochrony przed promieniowaniem UV). Maści, kremy powinny zawierać alantoinę (usprawnia oczyszczanie się rany, pobudza proces regeneracji), kwas hialuronowy (tworzy ochronny biofilm, nawilża bliznę), witaminę A (pobudza syntezę kolagenu), heparynę (działa przeciwzapalnie). Badacze z KNU School of Medicine (Korea Południowa) wykazali, że flawonoidy (kwercetyna i kemferol) zawarte w wyciągu z cebuli działają przeciwzapalnie, przeciwozrzkowo, przeciwwłóknieniowo, hamują aktywność fibroblastów, dzięki czemu nie doprowadzają do nadprodukcji kolagenu. Wzmoczone wytwarzanie kolagenu nie jest bowiem zjawiskiem oczekiwanym, skutkuje powstawaniem blizn przerostowych, gęstej i sztywnej struktury blizny (Cho i in., 2010).

Duże znaczenie dla gojenia się ran i tworzenia blizn ma także witamina D, która reguluje proliferację i różnicowanie się komórek, ma silne działanie przeciwzapalne. Wykazuje także działanie przeciwbakteryjne i immunomodulujące (Knap i Goliszek, 2024). Jak wykazują badania, niedobór witaminy D jest bardzo powszechny w polskiej populacji (Płudowski i in., 2023). Lekarze, zgodnie z aktualnymi wytycznymi WHO, podają, że pacjenci z wysokim ryzykiem niedoboru witaminy D mogą przyjmować doustnie nawet do 10 000 IU witaminy D dziennie. Bezpieczna dawka podtrzymująca wynosi nawet do 4000 IU dziennie (Markowska i in., 2016). Należy zaznaczyć, że stężenie witaminy D w organizmie człowieka jest bezpośrednio skorelowane z płcią (wyższe stężenia wykazują kobiety), z porą roku (wyższe wyniki latem i jesienią). Pandemia COVID-19 wpłynęła na podwyższenie stężenia witaminy D u polskich pacjentów, badacze upatrują tu efektów licznych działań promocji zdrowia prowadzonych w przestrzeni publicznej, podczas których podkreślano, iż niedobór witaminy D może powodować nasilenie objawów koronawirusa (Knap i Goliszek, 2024).

Co do obecności witaminy E w preparatach na blizny – badacze nie potwierdzili skuteczności preparatów z witaminą E w leczeniu blizn, jednocześnie u 33% pacjentów wystąpiły miejscowe objawy skórne, takie jak po-krzywka, rumień, wysypka, kontaktowe reakcje alergiczne (Brudnik i in., 2006).

Należy zaznaczyć, że o zastosowaniu suplementacji witaminami czy składnikami mineralnymi zawsze decyduje lekarz, a ich podstawę stanowią wyniki badań (Białaś, 2021).

5. Praca z blizną zlokalizowaną nad górną wargą – dziewczynka, lat 5

Pięcioletnia dziewczynka zgłosiła się do gabinetu logopedycznego z powodu trudności artykulacyjnych, nieprawidłowego toru oddechowego (dziewczynka oddycha torem ustnym) oraz trudności z kontrolą saliwacyjną.

Blizna pomiędzy nosem a górną wargą jest skutkiem upadku dwa lata wcześniej. W opinii rodzica nigdy nie wymagała ona interwencji medycznej.

Badanie logopedyczne zawierało m.in.: badanie manualne, diagnozę punktów spustowych wokół ust, żuchwy, brody, badanie pozycji spoczynkowej języka, ust i sprawdzenie połykania. Wykazało brak okluzji warg, duże napięcie i sztywność tkanek obszaru orofacjalnego, w szczególności mięśni żwacza, mięśnia bródkowego i mięśnia okrężnego ust. Blizna była gruba, nierówna, miała jasny kolor. Jej obecność i sztywność rzutowała na mobilność tkanek wokół.

Badanie poziomu witaminy C z krwi wskazało na niedobory, więc pod okiem pediatry rozpoczęto suplementację. Niski poziom witaminy C w tym przypadku może być efektem wybiórczości pokarmowej dziecka. Dziewczynka każdego dnia piła duże ilości wody (adekwatne do wieku i wagi), napar z rumianku lub skrzypu polnego, który wspomaga regenerację tkanek (Malinowska, 2009). Terapia była prowadzona dwa razy w tygodniu w gabinecie i przy ścisłej współpracy z mamą, która uczyła się, jak wykonywać najprostsze ruchy na twarzy dziecka, aby codziennie wspomagać terapię. Blizna była właściwie nawilżana, stosowano dwa razy dziennie maść z wyciągiem z cebuli, heparyną i alantoiną. W ciągu dnia zabezpieczano okolice blizny kremem przeciwsłonecznym z faktorem spf 50.

Prowadzona logopedyczna praca na mięśniach obejmowała m.in.: rozluźnienie podstawy czaszki, rozluźnianie punktów spustowych sfery orofacjalnej, masaż mięśni żwaczy, mięśnia okrężnego ust, mięśnia bródkowego, a także działania intraoralne – rozluźnienie dna jamy ustnej. Stosowano również, jako element uzupełniający, stymulację bańką chińską. Aby wspomóc proces antyoksydacyjny i regenerację blizny, podczas masażu używano minimalnej ilości olejku z mięty kędzierzawej w połączeniu z olejem bazowym. Wspólne, intensywne działania w gabinecie logopedycznym, połączone z codziennymi masażami prowadzonymi przez mamę, przyniosły wymierne efekty. Po dwóch miesiącach terapii blizna jest znacznie mniej widoczna, a jej obecność niesie mniej negatywnych skutków. Dziewczynka coraz częściej oddycha nosem, domyka buzię, wyraźnie wyczuwalne jest mniejsze napięcie struktur w badaniu palpacyjnym, tkanki nabrały elastyczności i mobilności. Utrzymują się trudności z kontrolowaniem saliwacji. Przy niemal domkniętych ustach wciąż widać ślinę w kącikach ust i pomiędzy wargą dolną a górną. Terapia musi być kontynuowana, ale z całą pewnością przynosi efekty.

Podsumowanie

Możliwości i strategii pracy z blizną w gabinecie logopedycznym jest wiele. Można sięgnąć po pinoterapię, kinesiотaping, elektrostymulację, aplikatory mikroigłowe. Istotę rzeczy stanowi to, by prowadzić przemyślaną terapię, rozumiejąc zależności między strukturą a funkcją. Ciało człowieka nie jest zbiorem pojedynczych, samodzielnie funkcjonujących elementów, mięśni, tkanek. Jest jednością – funkcja buduje strukturę, a struktura tworzy funkcję, są one współzależne. Ciało zawsze szuka stabilizacji, bywa, że dzieje się to poprzez kompensacje czy parafunkcje.

Niewielka rozmiarem zmiana w postaci blizny może mieć wielkie znaczenie dla funkcjonowania obszaru ustno-twarzowego. Podstawą zaplanowania efektywnych działań logopedycznych w tym przypadku jest ocena stabilizacji orofacialnej, szczegółowe badanie punktów spustowych wokół ust, skroni, brody i możliwie jak najszybsze wdrożenie kierunkowej pracy na mięśniach. Pacjent nie jest jedynie biernym odbiorcą działań terapeutycznych, ale ma znaczący wpływ na ich przebieg, może je skutecznie wspierać i przyspieszyć.

Bibliografia

- Adaszyńska, M. i Swarczewicz, M. (2012). Olejki eteryczne jako substancje aktywne lub konserwanty w kosmetykach. *Wiadomości Chemiczne*, 66(1–2), 139–158.
- Bem-Kukulska, K. (2022). Blizny – między pięknem a brzydotą. Kulturowa percepcja blizny. *Studia Etnologiczne i Antropologiczne*, 22(1), 1–15.
- Białas, W. (2021). Wskazania do wprowadzenia suplementacji diety u dziecka. <https://dieteticy.org.pl/wskazania-do-wprowadzenia-suplementacji-diety-u-dziecka/>
- Bobak-Powroźnik K. i Jaworek, J. (2021). Zjawisko tensegracji w układzie ruchu. *Sztuka Leczenia*, 36(1), 37–42.
- Brudnik, U., Podolec-Rubiś, M. i Wojas-Pelc, A. (2006). Problemy terapeutyczne związane z leczeniem bliznowców: nowe kierunki terapii. *Przegląd Lekarski*, 63(9).
- Cho, J. W., Cho, S. Y., Lee, S. R., & Lee, K. S. (2010). Onion extract and quercetin induce matrix metalloproteinase-1 in vitro and in vivo. *International Journal of Molecular Medicine*, 25(3), 347–352.
- Chochowska, M., Marcinkowski, J. T. i Klimberg, A. (2017). Terapia manualna w pracy z blizną po operacji cięcia cesarskiego. *Hygeia Public Health*, 52(2), 151–156.
- Czajkowska, D., Lisiński, P. i Samborski, W. (2013). Terapia manualna w leczeniu zespołu bólu mięśniowo-powięziowego w przebiegu bruksizmu. *Dent Forum*, 1(41), 57–64.
- Czajkowska, M. (2023a). *Struktura i funkcja w terapii logopedycznej*. Zabrze: Wydawnictwo GooGoo.
- Czajkowska, M. (2023b). *Struktura i funkcja – wzorce napięciowe w terapii logopedycznej* [referat]. Konferencja naukowa *Diagnoza i terapia miofunkcjonalna. Ujęcie interdyscyplinarne*, Kraków.

- Dommerholt, J., Bron, C., & Franssen, J. (2006). Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe – przegląd uwzględniający dowody naukowe. *Rehabilitacja Medyczna*, 10(4), 39–51.
- Francuz-Matwiejczyk, K. (2022a). *Masaż logopedyczny – podejście całościowe (z elementami technik fizjoterapeutycznych i osteopatycznych)*. Warszawa: FizjoLogopedia.
- Francuz-Matwiejczyk, K. (2022b). *Terapia manualna dla logopedów w zaburzeniach artykulacyjnych – podejście interdyscyplinarne*. Warszawa: FizjoLogopedia.
- Grys, A., Łowicki, Z., Gryszczyńska, A., Kania, M. i Parus, A. (2011). Rośliny zielarskie w leczeniu chorób skóry – bezpieczeństwo i zastosowanie. *Postępy Fitoterapii*, 3, 191–196.
- Janda, K., Kasprzak, M. i Wolska, J. (2015). Witamina C – budowa, właściwości, funkcje i występowanie. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 61(4), 419–425.
- Kantorska, A. (2016). Witamina C, rola i znaczenie dla organizmu. Praca pogładowa w ramach specjalizacji z farmacji aptecznej. *Herbalism*, 1(2), 22–34. https://www.woia.pl/dat/attach/921_witamina-c-rola-i-znaczenie---praca-specjalizacja-apteczna-agnieszka-kantorska.pdf
- Kassolik, K. i Andrzejewski, W. (2010). Tensegration massage. *Physiotherapy Quarterly*, 18(1), 67.
- Knap, S. i Goliszek, A. (2024). Analiza zmian stężenia witaminy D u pacjentów przed i w trakcie pandemii COVID-19 w zależności od pory roku. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 27(1), 7–11.
- Kolasa, S. (2013). Diagnostyka i terapia logopedyczna pacjentów po zabiegach resekcyjno-rekonstrukcyjnych nowotworu dna jamy ustnej. *Logopedia*, 42, 239–254.
- Malicka, I. (2023). *Wady anatomiczno-czynnościowe. Holistyczne działania* [referat]. IV Ogólnopolska Konferencja Logopedyczna, Warszawa.
- Malinowska, P. (2009). Aktywność przeciwutleniająca handlowych ekstraktów roślinnych stosowanych w produktach kosmetycznych. *Studia Doktorantów*, (7), 29–30.
- Markowska, M., Maciejewska, D., Anweiler, D., Stachowska, E., Dec, K., Staroń, K. i Krajewski, A. (2016). Suplementacja witaminy D u pacjentów po ciężkich oparzeniach. *Plastic Surgery & Burns/Chirurgia Plastyczna i Oparzenia*, 4(3).
- Marwicka, J. i Gałuszka, A. (2021). Zastosowanie preparatów witaminowych w procesie pielęgnacji skóry. *Aesthetic Cosmetology and Medicine*, 10(4), 181–187.
- Marwicka, J., Niemyska, K. i Podraza, S. (2015). Terapeutyczne właściwości aromaterapii. *Kosmetologia Estetyczna*, 4(6), 525–531.
- Mazur, M. (2024). *Blizny – możliwości terapii miejscowej*. <https://www.wiadomosci-dermatologiczne.pl/artukul/blizny-mozliwosci-terapii-miejscowej>
- Płudowski, P., Kos-Kudła, B., Walczak, M., Fal, A., Zozulińska-Ziółkiewicz, D., Sierożewski, P., Peregud-Pogorzelski, J., Lauterbach, R., Targowski, T., Lewiński, A., Spaczyński, R., Wielgoś, M., Pinkas, J., Jackowska, T., Helwich, E., Mazur, A., Ruchała, M., Zygmunt, A., Szalecki, M., Bossowski, A., Czech-Kowalska, J., Wójcik, M., Pyrzak, B., Żmijewski, M. A., Abramowicz, P., Konstantynowicz, J., Marcinowska-Suchowierska, E., Bleizgys, A., Karras, S. N., Grant, W. B., Carlberg, C., Pilz, S., Holick, M. F. i Misiorowski, W. (2023). Guidelines for preventing and treating vitamin D deficiency: a 2023 update in Poland. *Nutrients*, 15(3), 695.

- Pullar, J. M., Carr, A. C., & Vissers, M. (2017). The roles of vitamin C in skin health. *Nutrients*, 9(8), 866.
- Regner, A. (2019). *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*. Wrocław: Continuo.
- Sawrasewicz-Rybak, M., Ulatowski, S. i Split, W. (2006). Bóle mięśniowo-powięziowe w narządzie żucia. Część I. Ogólna charakterystyka zespołu. *Magazyn Stomatologiczny*, 6, 22–24.
- Schünke, M., Schulte, E., Schumacher, U., Voll, M., & Wesker, K. (2021). *Prometeusz, atlas anatomiczny człowieka. Tom III. Głowa, szyja i neuroanatomia. Mianownictwo łacińskie i polskie*. Wrocław: Medpharm Polska.
- Scott, H. C., Stockdale, C., Robinson, A., Robinson, L. S., & Brown, T. (2022). Is massage an effective intervention in the management of post-operative scarring? A scoping review. *Journal of Hand Therapy*, 35(2), 186–199.
- Smith, N. K., & Ryan C. (2021). *Leczenie blizn pourazowych. Podstawowe zasady, praktyka i techniki terapii manualnej*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Split, M., Kamiński, B., Sajewicz-Rosiak, M., Split, W. i Pawlak, Ł. (2009). Punkty spustowe w mięśniach narządu żucia. *Twój Przegląd Stomatologiczny*, 6, 14–17.
- Śleboda, R., Rąglewska, P. i Pyska, J. (2019). Kompleksowe fizjoterapeutyczne podejście do pacjenta z dysfunkcjami aparatu ruchu, żucia i mowy. *Polish Dental Association*.
- Tomaszewski, W., Cabak, A. i Siwek, J. (2022). Wykorzystanie fizjoterapii w leczeniu blizn – przegląd literatury. *Medycyna Sportowa*, 38(4), 191–201.
- Zastawny, O. (2014). Czas, który leczy rany, czyli o powstawaniu blizn u człowieka. *Wszechświat*, 115(4–6).

Streszczenie

Artykuł ma na celu przybliżenie wielopłaszczyznowego działania w gabinecie logopedycznym – opracowanie blizn nie tylko w przypadku zamkniętego rozszczepu warg czy po podcięciu wędzidełka języka. Równie istotne jest rozumienie związków przyczynowo-skutkowych w przypadku blizny w okolicy ust, brody, żuchwy a sztywnością tkanek, a także – w zależności od lokalizacji blizny – z zaburzeniami w pracy stawu skroniowo-żuchwowego, nieprawidłowym wzorcem połykania, nieprawidłowym torem oddechowym, brakiem okluzji warg, nieprawidłową realizacją głosek. Na podstawie praktycznego doświadczenia z tematem blizn w obszarze ustno-twarzowym autorka podaje możliwości i strategie terapeutyczne, które uwzględniają aktywny udział pacjenta, co podnosi efektywność pracy.

Working with scar tissue in a speech therapist's office

Abstract

The work aims to provide an overview of the multifaceted action in the speech therapy office – the development of scars not only in the case of closed cleft lip or scars after frenulum undercutting of the tongue. It is equally important to understand the cause-and-effect relationships in the case of scarring of the mouth, chin, mandible

and tissue stiffness, and, depending on the location of the scar, temporomandibular joint disorders, abnormal breathing pattern, abnormal swallowing pattern, lack of lip occlusion, incorrect realisation of sounds. Based on practical experience with the topic of scars in the oro-facial area, the author gives therapeutic options and strategies that take into account the active participation of the patient, which increases the effectiveness of the work.

Słowa kluczowe: blizna, opracowanie blizny, terapia manualna, obszar ustno-twarzowy

Keywords: scar, working on a scar, manual therapy, orofacial area

