

Diagnostika a terapie ezofageální fáze polykání spadá do gesce gastroenterologie. Orofaryngeální průběh polykacího aktu a jeho poruchy vyžadují multioborovou spolupráci lékařů (nejčastěji neurologa, ORL lékaře, radiologa, praktického lékaře, nutricionisty), klinického logopeda, ošetřujícího personálu, fyzioterapeuta, psychologa (4). Právě orofaryngeální fázi polykání a jejím poruchám je věnován tento příspěvek.

Dysfagie

Narušením jedné či více fází v procesu polykání dochází k rozvoji poruchy polykání, dysfagii. Dysfagie se může vyskytovat v různých fázích života. V některých případech může být jen dočasná, zatímco v jiných případech může přetrvávat od dětského věku až do dospělosti.

Zdravotní péče dětským a dospělým pacientům s dysfagií je v zahraničí, ale i v České republice, poskytována v rámci tzv. dysfagiologických týmů, které tvoří lékaři různých specializací, klinický logoped se specializací z dysfagiologie, speciální pedagog, klinický psycholog, fyzioterapeut a nutriční poradce (5) (Schéma 1).

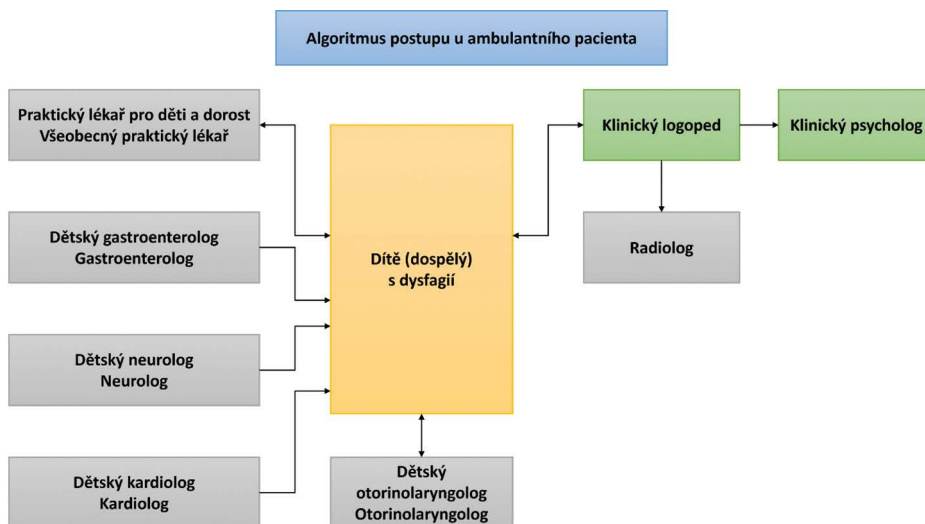
Je žádoucí se zmínit o podstatě primární, sekundární a terciární prevence dysfagie (6).

- **Primární prevence** dysfagie je zacílena na prevenci onemocnění, při nichž bývá dysfagie přítomna. Dále sem spadá i osvěta o problematice dysfagie vč. symptomů, které jsou typické pro dysfagii.
- Podstatou **sekundární prevence** dysfagie je včasný screening pacientů s identifikovatelným či potenciálně identifikovatelným rizikem dysfagie.
- Smyslem **terciární prevence** je eliminování nežádoucích psychosociálních následků dysfagie, eliminace zhoršení klinického obrazu v rámci dysfagie, potažmo i zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta.

Dělení a etiologie dysfagie

Dle lokalizace potíží je dysfagie nejčastěji dělena na orofaryngeální (horní) a ezofageální (dolní). Funkční orofaryngeální poruchy jsou obvykle důsledkem narušení fyziologických procesů orální a faryngeální fáze polykání, včetně chybějícího polykacího reflexu, snížené faryngeální peristaltiky, oslabení hlasivko-

Schéma 1. Multidisciplinární dysfagiologický tým (volně podle Bunová, Piovárová, 2020 (5))



Tab. 1. Dělení dysfagií

Místa	Příčiny	Věku	Doby vzniku	Průběhu
Orální	Neurogenní	Dětské	Vrozené	Regredující
Faryngeální	Strukturální	Dospělé	Získané náhle	Progredující
Ezofageální	Funkční (psychogenní)		Postupně rozvíjející	Fluktuující

vého uzávěru a dyskoordinací poruchy. Dle příčiny vzniku lze dysfagii dělit na:

- neurogenní,
- strukturální (nádory v oblasti hlavy a krku) a
- funkční (psychogenní).

Dysfagie může být symptomem mnoha onemocnění v dětském i dospělém věku, která mohou být vrozená, vzniknout náhle nebo se rozvíjet postupně. Polykací potíže se mohou manifestovat v různé tíži a vzhledem k základnímu onemocnění může být jejich průběh regredující, progredující nebo fluktuující (Tab. 1). Prognóza se značně liší v závislosti na základní etiologii. U neurologických onemocnění se dysfagie nejčastěji manifestuje u cévních mozkových příhod (a to až v 81 %), nervosvalových onemocnění (amyotrofická laterální skleróza, myasthenia gravis), neurodegenerativních onemocnění (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba apod.), ale i u autoimunitních onemocnění (roztroušená skleróza), zánětlivých onemocnění (meningitidy, encefalitidy), po úrazech mozku, krční páteře a míchy apod. Některé etiologie dysfagie spadají do více kategorií současně. Dysfagické obtíže jsou přítomny i u starší populace osob nad 60 let věku v po-

době presbyfagie. V kojeneckém a dětském věku je dysfagie spojena s vrozenými příčinami jako mozková obrna (prevalence u mozkové obrny je až v 99 %), je součástí syndromových a genetických vad (např. Downův syndrom, Charge syndrom, Pierre Robinova sekvence), důsledkem nedonošenosti novorozenců, neurovývojových poruch nebo poruch senzoryky (hypo/hyper senzitivita dutiny ústní), které mohou přetrvávat do dospělosti (3, 7, 8, 9).

Rizika dysfagie

Mezi závažné důsledky dysfagie se řadí:

- malnutrice,
- dehydratace,
- aspirace.

V důsledku aspirace může dojít k rozvoji aspirační pneumonie a dokonce úmrtí (10). K nejzávažnějším rizikům patří aspirace tichá, kdy sousto proniká do dýchacích cest pod úroveň hlasivek bez reflexního obranného mechanismu k jeho vypuzení.

I přes tato rizika bývá dysfagie často poddiagnostikovaná jednotka, i když důsledky představují hrozbu pro další zhoršování zdravotního stavu pacienta a prodlužují délku hospitalizace až na dvojnásobek.

Pneumonie je hlavní příčinou morbidit a mortality po cévní mozkové příhodě. Většina