

spolupráce, kognitivních a řečově jazykových schopností, fyzikálního vyšetření orální motoriky a senzitivity, hodnocení fonorespirace a kvality hlasu. Přímé vyšetření polykání spočívá v polykání soust jednotlivých konzistencí (slin, pyré, tekutin, polopevných a pevných soust) s hodnocením ne/přítomnosti symptomů dysfagie. Na základě klinického vyšetření dochází ke stanovení ne/přítomnosti diagnózy dysfagie (MKN 10 – kód diagnózy R13), ne/doporučení dalšího instrumentálního (objektivního) vyšetření schopnosti polykání, nastavení rehabilitačních a kompenzačních strategií, nastavení bezpečné konzistence stravy a tekutiny a/nebo zavedení enterální sondové výživy (11, 18).

Objektivní/instrumentální vyšetření polykání zajišťuje zobrazení části či celého polykacího aktu s možností hodnocení symptomů dysfagie, a to především přítomnosti aspirace, resp. aspirace tiché. Mezi objektivní metody se řadí vyšetření polykání pomocí flexibilní endoskopie (FEES – Flexible/Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). FEES vyšetření provádí ORL lékař spolu s klinickým logopedem. V průběhu vyšetření je hodnoceno polykání soust různých konzistencí zabarvené potravy (Obr. 2). Druhou metodou je rentgenologické vyšetření – videofluoroskopie (VFSS – VideoFluoroscopic Swallowing Study). Videofluoroskopii provádí lékař rentgenolog opět v přímé spolupráci s klinickým logopedem během vyšetření. Při tomto vyšetření se k hodnocení polykání používá polykání kontrastní látky baryové nebo jodové suspenze. Obě metody mají své výhody a nevýhody, obě jsou však zlatým standardem (1, 2, 7, 11, 13). V České republice jsou objektivní metody vyšetření polykání dostupné ve většině krajů, s určitostí ve všech fakultních nemocnicích.

Obr. 2. Objektivní vyšetření polykání FEES – tichá aspirace



Terapie dysfagie

Terapii onofaryngeální dysfagie dominantně zajišťuje klinický logoped. Terapie zahrnuje nejčastěji zapojení:

- kompenzačních a/nebo
- rehabilitačních technik.

Kompenzační techniky nabízí strategie okamžitého benefitu pro pacienta tím, že kompenzují postiženou funkci. Mezi nejčastější kompenzační postupy patří posturální techniky, tj. nastavení náhradní polohy hlavy pro polykání, změny konzistence stravy či senzorycká stimulace.

Posturální techniky mění nastavením polohy hlavy směr toku sousta, a tak kompenzují oslabenou funkci nejčastěji v oblasti faryngeální fáze polykání. Mezi nejvyužívanější posturální techniky patří poloha hlavy s přitažením brady, otočení hlavy k postižené straně či úklon hlavy ke straně zdravé.

Změny konzistence stravy kompenzují oslabení funkce zpracování sousta a manipule se soustem v dutině ústní. Konzistence stravy bývá upravována do podoby homogenního pyré, měkké/mleté konzistence nebo běžné stravy s omezením rizikových potravin (např. malých, tvrdých kousků – rýže, oříšky, vláknitých potravin – hovězí maso, zelí, potravin se slupkou – luštěniny, rajče apod.). Změna konzistence tekutiny vede k jejímu zahuštění, tím zpomalení toku doušku a lepší možnosti koordinace doušku tekutiny. Zahuštění pomocí zahušťovadla bývá doporučeno do konzistence sirupu, nektaru, medu nebo pudinku.

Senzorycká stimulace nejčastěji využívá termálně taktilní stimulace studenými, kyselými podněty či změny struktur, teplot a chutí v průběhu příjmu stravy (především u pacientů se syndromem demence).

Rehabilitační techniky mají za cíl restituovat funkci polykání, zlepšit sílu a rozsah pohybu struktur, které se na polykání podílí. Mezi rehabilitační techniky se nejčastěji řadí oromotorická cvičení, polykací manévry či fonorespirační cvičení (1, 7, 10).

Cílem oromotorických cvičení může být např. posílení retního uzávěru, posílení kořene jazyka, cvičení k posílení velofaryngeálního uzávěru, nácvik kousání a manipule se soustem v dutině ústní. Mezi další reha-

bilitační techniky patří cvičení zaměřená na posílení hlasivkového uzávěru, elevace a protruze hyolaryngeálního komplexu, rozsahu pohybu hypofaryngu.

Polykací manévry jsou techniky používané při přímém polykání soust, které uvádí faryngeální fázi polykání částečně pod volní kontrolu. Využívají se při omezeném posteriorním pohybu jazyka, omezené laryngeální elevaci, opožděném spouštění faryngeální fáze polykání či omezeném uzávěru dýchacích cest. Mezi tyto techniky se řadí manévr usilovného (energického) polykání, Mendelsonův manévr, manévr supraglotického a super-supraglotického polykání.

K fonorespiračním cvičením lze řadit cvičení k posílení brániční opory, respirační koordinace, nácvik expektorace, ale i využívání dechových pomůcek (např. Threshold).

Pro kontrolu dostatečné výživy a nutričního stavu je nezbytná spolupráce s lékařem nutricionistou a nutričním terapeutem. Terapie v tomto případě zajišťuje preskripci enterální výživy, sippingu, zahušťovadel pro zajištění doporučené změny konzistence tekutin, ale i poradenství při nastavení nutričně vyváženého plného jídelníčku při změnách konzistence stravy.

Pomůcky u pacientů s dysfagií

V této části se zaměříme na různé pomůcky, které mohou být užitečné pro pacienty s dysfagií, a mohou přispět ke zlepšení jejich kvality života a snížení rizika komplikací spojených s polykáním. Správný výběr a používání těchto pomůcek je velice individuální, a proto je doporučeno při jejich výběru konzultovat vhodný typ s odborníkem – klinickým logopedem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem. V našem prezentovaném příspěvku rozdělujeme pomůcky užívané při dysfagii do tří skupin: (1) pomůcky umožňující bezpečnější a snadnější příjem potravy a tekutin; (2) rehabilitační a terapeutické pomůcky a (3) pomůcky usnadňující stolování a mechanický příjem potravy.

1. Pomůcky umožňující bezpečnější a snadnější příjem stravy a tekutin

■ **BabyCup** byl vyvinut v rámci terapie dětských pacientů s dysfagií, je však používán i v terapii dysfagie u dospělých (Obr. 3). Speciální tvar hrnku zajišťuje při pití na-