

**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: Η ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΩΝ**  
**ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΚΑΙ Ο**  
**ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ.**  
**ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

**TITLE: THE AWARENESS OF NEUROLOGISTS ON**  
**SWALLOWING DISORDERS AND THE DUTIES OF**  
**SPEECH THERAPIST TO THESE. REFERENCE AND**  
**INTERDISCIPLINARY TEAM**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΝΑΒΑ ΜΑΡΙΑΝΘΗ**

**ΜΟΡΦΙΡΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2016**

*«Η καλύτερη άσκηση για την  
κατάποση, είναι η ίδια η  
κατάποση...»*

*Jerilyn A.Logemann*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας, κ.Βασιλείου Κωνσταντίνο κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και για τις πολύτιμες συμβουλές του, την υποστήριξη του και τη συνεισφορά του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Θα θέλαμε επίσης να απευθύνουμε τις ευχαριστίες μας στους γονείς μας, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μας με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μας, καθώς και την αμέριστη συμπαράσταση, αγάπη και ανοχή που μας έδειξαν καθ' όλη την διάρκεια υλοποίησης της εργασίας μας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους νευρολόγους που συμμετείχαν στην έρευνα, και για την αφιέρωση του πολύτιμου χρόνου τους, στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	3
Περιεχόμενα .....	4
Περίληψη.....	8
Abstract.....	10
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>     Ανατομία και φυσιολογία δομών κατάποσης</b>	
1.1 Εισαγωγή.....	12
1.2 Στοματική κοιλότητα.....	14
1.3. Ρινική κοιλότητα.....	17
1.4 Φάρυγγας.....	17
1.5 Λάρυγγας.....	17
1.6 Οισοφάγος.....	18
1.7 Κρανιακά νεύρα που συμμετέχουν στη διαδικασία της κατάποσης	
1.7.1 Τρίδυμο νεύρο V.....	19
1.7.2 Προσωπικό νεύρο VI.....	20
1.7.3 Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο IX.....	20
1.7.4 Πνευμονογαστρικό νεύρο X.....	21
1.7.5 Υπογλώσσιο νεύρο XII.....	22

1.8 Φυσιολογική κατάποση.....	22
1.8.1 Γενική επισκόπηση.....	22
1.8.2 Ανατομία και φάσεις κατάποση.....	23
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Παθολογία της κατάποσης</b>	
2.1 Ορισμός Δυσφαγίας.....	27
2.1.1 Επιπολασμός.....	27
2.2 Ορολογία της παθοφυσιολογίας της κατάποσης.....	28
2.3 Παθοφυσιολογία των φάσεων κατάποσης.....	29
2.3.1 Στοματική προπαρασκευαστική φάση.....	29
2.3.2 Στοματική φάση.....	29
2.3.3 Φαρυγγική φάση.....	30
2.3.4 Οισοφαγική φάση.....	30
2.4 Ενδείξεις και κλινικά συμπτώματα των διαταραχών κατάποσης.....	31
2.4.1 Ενδείξεις.....	31
Άμεσες.....	31
Έμμεσες.....	32
2.4.2 Κλινικά συμπτώματα.....	32
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Αίτια Δυσφαγίας</b>	
3.1 Αίτια Δυσφαγίας.....	33
3.2 Μηχανικά Αίτια.....	33
3.3 Νευρολογικά Αίτια Δυσφαγίας.....	35
3.4 Ψυχογενής Δυσφαγία.....	38
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Η Διαχείριση της δυσφαγίας</b>	
4.1 Η Διεπιστημονική Ομάδα.....	38

4.2 Η αξιολόγηση της δυσφαγίας.....	39
4.2.1 Ο Ρόλος του νευρολόγου .....	43
4.2.2 Ο Ρόλος του λογοθεραπευτή.....	47
4.3 Η Θεραπεία της δυσφαγίας.....	52
4.3.1 Προϋποθέσεις.....	52
4.3.2. Το θεραπευτικό πρόγραμμα.....	53
4.3.3 Η συνεργασία του ασθενούς.....	53
4.4.4 Αρχές της λειτουργικής αποκατάστασης της κατάποσης.....	54
4.4.5 Ο Ρόλος του λογοθεραπευτή.....	55
4.4.6 Ο Ρόλος του νευρολόγου.....	64
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Μεθοδολογία της έρευνας</b>	
5.1. Σκοπός της έρευνας- υποθέσεις της έρευνας.....	67
5.2.Μεθοδολογία-συλλογή απαντήσεων.....	69
5.3. Δειγματοληψία- συμμετέχοντες.....	70
5.4 Χρόνος και τόπος έρευνας.....	70
5.5. Είδος έρευνας.....	71
5.6 Ερευνητικό εργαλείο.....	71
5.7 Εγκυρότητα-Αξιοπιστία.....	72
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Ανάλυση Αποτελεσμάτων</b>	
6.1 Δημογραφικά στοιχεία έρευνας .....	74
6.2 Κύριο μέρος έρευνας-Δυσφαγία και Διεπιστημονική Ομάδα.....	80

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Συμπεράσματα Έρευνας**

7.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων Έρευνας .....	98
7.2 Περιορισμοί- Συστάσεις.....	104
Βιβλιογραφία.....	106
Παράρτημα	
Ερωτηματολογίου.....	118

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του κατά πόσο οι νευρολόγοι είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαταραχές κατάποσης, τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και την αποκατάσταση των διαταραχών αυτών καθώς και την άποψή τους τόσο για τη συνεργασία με την ειδικότητα του λογοθεραπευτή όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίου στον ιατρικό κλάδο των νευρολόγων. Το δείγμα αποτελούνταν από 86 νευρολόγους, ηλικίας 30 έως 60+ ετών, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Τα συμπεράσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι Έλληνες νευρολόγοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τείνουν να γνωρίζουν τον όρο της δυσφαγίας, τα συμπτώματα καθώς και τη συμβολή του λογοθεραπευτή, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της κατάποσης. Παρόλα αυτά, θεωρούν ότι κατέχουν οι ίδιοι τον πρωτεύοντα ρόλο στην αξιολόγηση της κατάποσης. Τέλος, τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων της διεπιστημονικής κοινότητας θα ήταν επιθυμητή, ωστόσο, έχει ελλείψεις.

Όσον αφορά τη δομή της έρευνας :

- Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται η ανατομία και φυσιολογία των δομών κατάποσης καθώς και τα στάδια κατάποσης.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθεται ο όρος της δυσφαγίας και αναφέρονται τα επιδημιολογικά της στοιχεία. Στη συνέχεια, αναλύεται η παθοφυσιολογία των φάσεων κατάποσης καθώς και οι ενδείξεις και τα κλινικά συμπτώματα που οι ασθενείς με δυσφαγία παρουσιάζουν.
- Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τόσο τα μηχανικά όσο και τα νευρολογικά αίτια καθώς επίσης γίνεται αναφορά της ψυχογενούς δυσφαγίας.



- Στο τέταρτο κεφάλαιο θίγεται ο ρόλος των ειδικοτήτων που απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα της δυσφαγίας όπως επίσης και οι ρόλοι των νευρολόγων και των λογοθεραπευτών στην αξιολόγηση και στη θεραπευτική παρέμβαση ασθενών με διαταραχές κατάποσης.
- Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας. Αναλυτικότερα, παρατίθενται οι υποθέσεις που τέθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη καθώς και άλλα στοιχεία που αφορούν κυρίως στο ερευνητικό εργαλείο, το δείγμα καθώς και τον τόπο και τον χρόνο πραγματοποίησης της συγκεκριμένης μελέτης.
- Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα γραφήματα των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου.
- Στο έβδομο κεφάλαιο συγκρίνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων νευρολόγων με άλλες μελέτες κοινού ερευνητικού περιεχομένου και στη συνέχεια σχολιάζονται και αναλύονται. Στη συνέχεια, καταγράφονται τα γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, δίνοντας έτσι απάντηση στα ερευνητικά μας ερωτήματα.

**Λέξεις Κλειδιά:** Λογοθεραπευτής, νευρολόγος, αξιολόγηση, θεραπεία, διαταραχή κατάποσης, διεπιστημονική ομάδα

## ABSTRACT

Purpose of this research is to investigate whether neurologists are aware of the role of speech and language pathologists (SLPs) in the assessment and treatment of swallowing disorders. Furthermore, their opinion on the cooperation with the speech pathologists and the other scientists of the interdisciplinary team is examined. The survey was conducted via questionnaire delivery to the medical sector of neurologists. The sample consisted of 86 neurologists, aged 30-60+ years, who work in various cities of Greece. The results suggest that most Greek neurologists know the condition of dysphagia, the symptoms and the contribution of the speech therapist, both in the diagnosis and in the treatment of swallowing disorders. Nevertheless, they consider that they have the leading role in the evaluation of swallowing mechanism. In conclusion, the results of the survey present that the cooperation among the scientists of the interdisciplinary community would be desirable, although it lacks.

Regarding the structure of the current research:

- The first chapter consists of the anatomy and physiology of the swallowing structures as well as of the swallowing phases.
- The second chapter presents the definition of dysphagia and its epidemiology. Furthermore, it is analyzed the pathophysiology of the swallowing phases as well as the signs and symptoms the patients with dysphagia present.
- In the third chapter the structural and neurological causes are presented and the psychogenic dysphagia is mentioned.

- The fourth chapter discusses the role of each member of the interdisciplinary team of dysphagia and the role of the neurologists and speech therapists regarding to the assessment and treatment of the swallowing disorders.
- The fifth chapter presents the methodology of the survey. Specifically, the assumptions that guide this study are being given. Moreover, in this part are being included the elements that are mainly related to the research tool, the sample, the place and the time of execution of this study.
- In the sixth chapter the graphs of the questions being set are presented and analyzed.
- Finally, in the seventh chapter the responses of the neurologists are being compared with similar researches and are being commented and analyzed. Moreover, the general conclusions of the findings of the current study are being mentioned, responding to our survey questions.

**Key words:** Speech therapist, neurologist, assessment, treatment, swallowing disorder, interdisciplinary team

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

### 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαδικασία της κατάποσης είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη, γρήγορη και συγχρονισμένη διαδικασία η οποία επηρεάζεται από πολλούς ανατομικούς και νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς (Stevenson, Allaire, 1991). Ο μηχανισμός της κατάποσης ελέγχεται από διάφορα νεύρα και περιλαμβάνει τους μύες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου. Η διαδικασία αυτή σταματά να γίνεται φυσιολογικά, αν τα νεύρα ή οι μύες που συμμετέχουν σε αυτή παρουσιάσουν κάποια βλάβη ή καταστραφούν. Στην περίπτωση αυτή, απόρροια είναι η δυσφαγία, η διαταραχή της σίτισης κατά την οποία παρατηρούνται δυσκολίες ή και αδυναμία να ολοκληρωθεί η λειτουργία της κατάποσης και σίτισης ενός ατόμου.

Η λήψη τροφής από το στόμα εξυπηρετεί τόσο την θρέψη και την ενυδάτωση, όσο και συμβάλλει στην απόλαυση της ζωής καθώς και στην κοινωνική ενσωμάτωση (Buchholz, 1996). Τα άτομα με τέτοιου είδους διαταραχές αναφέρουν συχνά, κοινωνικά αλλά και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα τα οποία είναι σε άμεση σχέση με τις δυσκολίες σίτισης και κατάποσης. Αν καθημερινές συνήθειες που δίνουν χαρά στο άτομο εμποδίζονται από τη δυσφαγία τότε ως φυσικό επακόλουθο έχουμε την πτώση της ποιότητας ζωής (Πρώιου, 2003).

Ένας θεραπευτής πρέπει να μπορεί να παρέχει βοήθεια τόσο ψυχικά όσο και κοινωνικά στον ασθενή του, όμως πρώτιστα πρέπει να διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις που αφορούν τη δομή και την ανατομία των μηχανισμών εκείνων που συνδράμουν στην κατάποση καθώς και της παθολογίας του κάθε ατόμου. Συνάμα, θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζει τα συμπτώματα των διαταραχών σίτισης και κατάποσης και να

εφαρμόζει τις κατάλληλες μεθόδους αξιολόγησης ώστε να μπορεί να σχεδιάζει ένα στοχευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Επιπρόσθετα ένας θεραπευτής δεν θα πρέπει να αγνοεί τις συνέπειες των διαταραχών αυτών στην ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και της οικογένειάς τους (Πρώιου, 2003).

Ο συνδυασμός απόψεων και γνώσεων από διαφορετικές επιστημονικές σκοπιές, εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την ορθή αξιολόγηση και διάγνωση της διαταραχής, καθώς και την δημιουργία κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου, το οποίο οφείλει να είναι ανάλογο με τις ανάγκες, αλλά και με τις ικανότητες του κάθε ασθενή (Mathieson, 2001, Βλασσοπούλου & Μύρκος, 2013). Έτσι, η συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων της διεπιστημονικής κοινότητας κρίνεται απαραίτητη.

Με την εργασία που εκπονείται θα εξετάσουμε ερευνητικά την ενημερότητα που έχει ο νευρολόγος για την αναγνώριση των συμπτωμάτων των διαταραχών κατάποσης, ώστε να βοηθήσει έγκαιρα τους ασθενείς του στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που οφείλονται σε αυτές. Η ειδικότητα του νευρολόγου είναι νευραλγικής σημασίας και χρειάζεται ένας επιστήμονας να είναι ενήμερος σχετικά με τη δυσφαγία και με τα προβλήματα που αυτή μπορεί να προκαλέσει. Επιπλέον θα εξετασθεί η πεποίθηση των νευρολόγων σχετικά με τη συμβολή του λογοθεραπευτή στην αναγνώριση αλλά και αντιμετώπιση των διαταραχών κατάποσης και πώς μπορούν αυτές οι δύο ειδικότητες να συνεργαστούν.

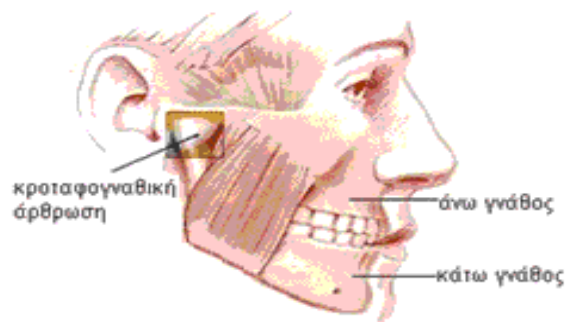
Προκειμένου να κατανοήσουμε την διαταραχή της δυσφαγίας και των δομών που η ίδια επηρεάζει, κρίνεται αναγκαίο να γίνει αναφορά στις δομές κατάποσης του ανθρώπου καθώς και στην ανατομία που αυτές παρουσιάζουν.

## 1.2 Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Η στοματική κοιλότητα αποτελείται από τις παρακάτω δομές (Πρώιου, 2003):

- **Χείλη:** Είναι μυώδεις πτυχές του δέρματος με ιδιαίτερη ευκινησία. Είναι στην ευθύνη τους το σφράγισμα της στοματικής κοιλότητας ώστε να γίνεται σωστά η στοματική διαδικασία.
- **Οστέινος σκελετός:** Οι γνάθοι ή σιαγόνες και η κροταφογναθική άρθρωση είναι οστέινες δομές που σχηματίζουν τον σκελετό του στόματος και συγκρατούν τα δόντια.
  - **Άνω γνάθος:** Η άνω γνάθος αποτελεί σταθερό τμήμα του κρανίου και δεν έχει δυνατότητα κίνησης. Σχηματίζει τμήμα της παρειάς, της υπερώας, της ρινικής κοιλότητας καθώς και τη βάση της οφθαλμικής κόγχης (βλ. Εικόνα 1.1.).
  - **Κάτω γνάθος:** Συνδέεται με το κρανίο μέσω δύο αρθρώσεων (κροταφογναθική άρθρωση) που βρίσκονται κάτω από κάθε αυτί και της δίνουν την δυνατότητα κίνησης. Η ικανότητα της κάτω γνάθου για τρισδιάστατη κίνηση είναι βασικό στοιχείο της δυνατότητας μας να μασάμε σωστά (βλ. Εικόνα 1.1.).
  - **Κροταφογναθική Άρθρωση:** Πρόκειται για ένα ζεύγος κινητών αρθρώσεων, μία σε κάθε πλευρά, που συνδέουν την κάτω γνάθο με το κρανίο. Προβλήματα με τη σωστή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσουν δυσκολία στη μάσηση και να οδηγήσουν σε μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο κροταφογναθικής άρθρωσης ή κροταφογναθικό σύνδρομο (βλ. Εικόνα 1.1.).

**Εικόνα 1.1.** Οστέινες δομές της στοματικής κοιλότητας

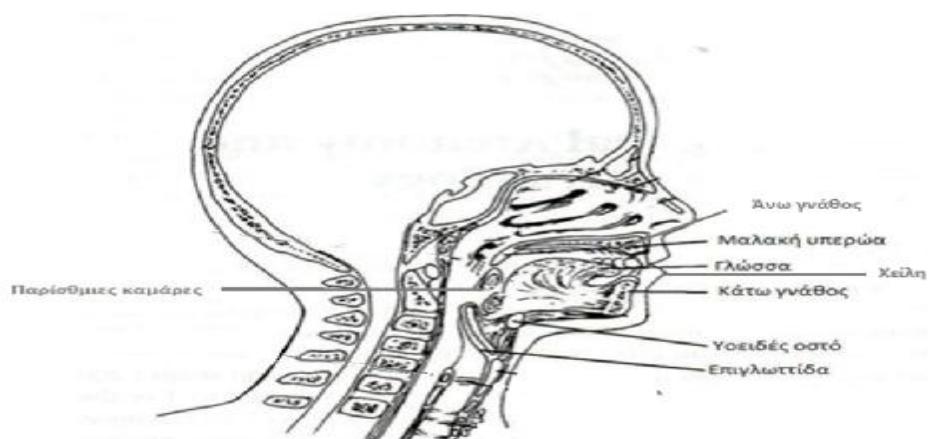


Πηγή: [www.dontiaostoma.gr](http://www.dontiaostoma.gr)

- **Οδοντικές δομές:** Τα δόντια σχηματίζουν ένα τόξο που λέγεται οδοντικός φραγμός . Οι δομές των δοντιών είναι υπεύθυνες για το μάσημα της τροφής καθώς και για την άρθρωση σε συνεργασία με τη γλώσσα.
- **Γλώσσα:** Το όργανο της γλώσσας είναι μυώδες και ευκίνητο και αποτελείται από παχύ μυϊκό ιστό. Συμμετέχει και στις τρεις φάσεις της κατάποσης, αφού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη μεταφορά του βλωμού από εμπρός προς τα πίσω, όσο και στην προώθησή του στην περιοχή του φάρυγγα. Η γλώσσα είναι επιφορτισμένη με τη λειτουργία της μάσησης, της κατάποσης, της φωνητικής άρθρωσης, της αντίληψης της γεύσης, της αφής, του πόνου, της θερμοκρασίας καθώς και της στοματικής αντίληψης. Οι μύες της γλώσσας οι οποίοι είναι πολύ χρήσιμοι για την κατάποση είναι: ο γενειοϋοειδής και ο διγάζτωρ (βλ. Εικόνα 1.2.).

- **Σιελογόνοι αδένες:** Είναι εξωκρινείς αδένες που βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα και η κύρια λειτουργία τους είναι η σύνθεση του σιέλου. Έχουν στην ευθύνη τους την παροχή υγρασίας στη στοματική κοιλότητα έτσι ώστε να διευκολύνουν την ομιλία, τη μάσηση και τη κατάποση.
- **Μαλακή υπερώα:** Βρίσκεται προς το πίσω μέρος του στόματος και αποτελείται από μυϊκό και συνδετικό ιστό, χωρίς οστέινη υποστήριξη. Έχει στην ευθύνη της την ανύψωση-φραγή της ρινικής κοιλότητας κατά τη διαδικασία της κατάποσης (βλ. Εικόνα 1.2.).
- **Το νοειδές οστό:** Αποτελεί το θεμέλιο της γλώσσας και το σημείο ανάρτησης του λάρυγγα (βλ. Εικόνα 1.2.).
- **Οι παρίσθμιες καμάρες:** Έχουν επιφορτιστεί με την ευθύνη της οριοθέτησης της έναρξης της αισθητήριας περιοχής στη διάρκεια μεταφοράς των αισθητήριων πληροφοριών και δηλώνουν την αρχή της φαρυγγικής φάσης της κατάποσης (βλ. Εικόνα 1.2.).
- **Η επιγλωττίδα:** Αποτελεί έναν ινώδη ελαστικό χόνδρο, λιγότερο σκληρό από τα οστά, ο οποίος εκτείνεται ως τον χόνδρο του θυρεοειδή. Η «κατάσπαση της επιγλωττίδας» είναι εκείνη που προστατεύει το λάρυγγα και δεν επιτρέπει την είσοδο του βλωμού στην τραχεία (βλ. Εικόνα 1.2.).

**Εικόνα1.2.** Πλάγια όψη κεφαλής και τραχήλου (Δομές της κατάποσης)



Πηγή: Sapienza, Hoffman-Ruddy, 2009



### **1.3 Η ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ**

Είναι η πύλη εισόδου του εισπνεόμενου αέρα και για το λόγο αυτό, δέχεται όλες τις βλαπτικές και τοξικές προσμίξεις που παρασύρονται με το εισπνεόμενο ρεύμα αέρος. Οι ρώθωνες φέρουν τριχίδια, που διαμορφώνουν ένα σύστημα συγκρατήσεως σωματιδίων. Ο ρινοφάρυγγας εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι τη μαλακή υπερώα (Martin & Clark, 2008) (βλ. Εικόνα 1.3.).

### **1.4 Ο ΦΑΡΥΓΓΑΣ**

Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας που η έκτασή του ξεκινά από τη βάση του κρανίου μέχρι το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου. Βρίσκεται δηλαδή πίσω από την κοιλότητα της μύτης, του στόματος και του λάρυγγα με τις οποίες επικοινωνεί με στόμια (Bigenzahn, Denk, 2007). Διακρίνεται στις εξής μοίρες: τη ρινική μοίρα του φάρυγγα ή ρινοφάρυγγας, τη στοματική μοίρα του φάρυγγα ή αλλιώς στοματοφάρυγγας και τη λαρυγγική μοίρα ή υποφάρυγγας. Ο φάρυγγας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την διαδικασία της κατάποσης γιατί οι σφιγκτήρες του συσπώνται και έτσι εμποδίζεται η μεταφορά του γαστρικού περιεχομένου στο λάρυγγα κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης, ενώ η χάλαση των σφιγκτήρων του βοηθούν την προώθηση της καταπινόμενης τροφής στον οισοφάγο (Χατζημπούγιας, 2000) (βλ. Εικόνα 1.3.).

### **1.5 Ο ΛΑΡΥΓΓΑΣ**

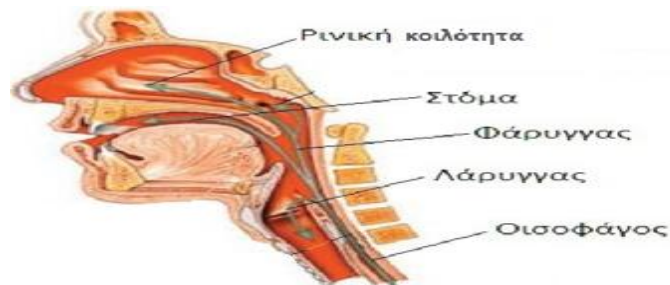
Είναι ένα μυοσκελετικό σύστημα με ιδιαίτερη ισορροπία που αποτελείται από ένα χόνδρινο-οστέινο σκελετό, ελαστικές μεμβράνες και συνδέσμους, αρθρώσεις, νεύρα, αγγεία και βλεννογόνο. Βρίσκεται στο μέσο του τραχήλου, εκεί που διαχωρίζεται η πεπτική από την αναπνευστική οδό

(Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006). Κατά τη διαδικασία της κατάποσης, ο λάρυγγας πραγματοποιεί μια ανυψωτική κίνηση κατά την οποία η επιγλωττίδα πιέζεται από τη βάση της γλώσσας, δημιουργώντας το γνωστό σε όλους αντανακλαστικό του βήχα όπου αποτελεί μια προστατευτική δομή του λάρυγγα (Widdicombe & Fontana, 2006) (βλ. Εικόνα 1.3.).

## **1.6 Ο ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ**

Ο οισοφάγος είναι μυώδης σωλήνας ο οποίος αποτελεί την προέκταση του φάρυγγα και είναι αυτός που συνδέει το φάρυγγα με την περιοχή του στομάχου (Χατζημπούγιας, 2000). Η βασική λειτουργία της δομής του οισοφάγου είναι να προωθεί τις καταπινόμενες στέρεες ή υγρές τροφές στο στομάχι με τη βοήθεια του περισταλτισμού του οισοφαγικού σώματος και της συνδυασμένης χάλασης του άνω και κάτω οισοφαγικού σφικτήρα. Με το στομάχι επικοινωνεί μέσω του κάτω οισοφαγικού σφικτήρα, που αποτρέπει την παλινδρόμηση των τροφών και γαστρικών υγρών (Bigenzahn & Denk, 2007; Πρώιου, 2003). Ο οισοφάγος είναι μία κατασκευή η οποία χρησιμεύει για τη μεταφορά όλων των τροφών, υγρών αλλά και στερεών μέσω της θωρακικής κοιλότητας στην κοιλιακή κοιλότητα ώστε να αρχίσει η διαδικασία της πέψης (Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006) (βλ. Εικόνα 1.3.).

**Εικόνα 1.3.** Ανατομικές δομές οι οποίες εμπλέκονται στην κατάποση



Πηγή: [www.vardouniotis.gr](http://www.vardouniotis.gr)

## **1.7 ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ**

Τα νεύρα του κρανίου που συμμετέχουν στην κατάποση είναι σημαντικά και αποτελούν μέρος του περιφερειακού νευρικού συστήματος και η οποιαδήποτε δυσλειτουργία τους μπορούν να επιδράσουν στην ικανότητα σίτισης, αλλά και την ικανότητα της ομιλίας των ανθρώπων.

### **1.7.1 Τρίδυμο νεύρο V**

Πρωταρχικά είναι το γενικό αισθητήριο νεύρο του προσώπου και έχει τρεις αισθητηριακούς κλάδους: τον οφθαλμικό που εννευρώνει το μέτωπο, τα μάτια και τη μύτη· τον άνω γναθικό που εννευρώνει τον βλεννογόνο του άνω χείλους, την άνω γνάθο, τα άνω δόντια, το κάτω χείλος, το άνω μέρος των παρειών και μέρος του έξω ωτός και τέλος το κάτω γναθικό που με τη σειρά του εννευρώνει τη γλώσσα, την κάτω γνάθο και τα κάτω δόντια (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

Τα άνω και κάτω νεύρα της γνάθου είναι πολύ σημαντικά για τον άνθρωπο και αυτό γιατί λαμβάνουν όλες τις αισθητηριακές πληροφορίες από το στόμα, τα χείλη, τα δόντια και την κάτω γνάθο, τη γλώσσα και την υπερώα (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001). Αν το νεύρο αυτό παρουσιάσει διαταραχή στην ομαλή λειτουργία του, τότε παρατηρούνται κάποια κινητικά προβλήματα όπως μισάνοιχτο στόμα, τρυσμός των οδόντων, αδρές και υπερβολικές κινήσεις μάσησης και δάγκωμα αργό και κοπιώδες (βλ. Εικόνα 1.4.).

### **1.7.2 Προσωπικό νεύρο VII**

Το προσωπικό νεύρο έχει επιφορτιστεί να μας βοηθά στην πραγματοποίηση εκφράσεων στο πρόσωπο καθώς και στον τομέα της γεύσης. Είναι εκείνο που εννευρώνει τους υπογναθικούς - υπογλωσσικούς αδένες, τους ρινικούς-υπερωικούς αδένες, τα μπροστινά 2/3 της γλώσσας καθώς επίσης και την υπερώα.

Αν παρατηρηθεί κάποια διαταραχή στην ομαλή λειτουργία του, τότε εμφανίζονται στα άτομα προβλήματα κινητικά όπως είναι η παράλυση των μυών, πτώση της γωνίας του στόματος ενώ έχει παρατηρηθεί υπαισθησία και υπογευσία (βλ. Εικόνα 1.4.).

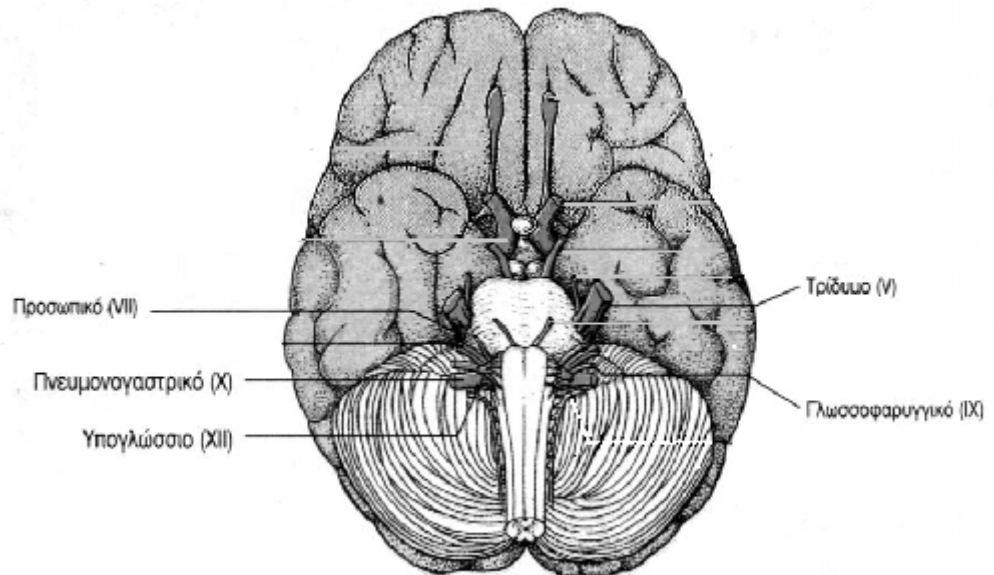
### **1.7.3 Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο IX**

Αυτό το νεύρο είναι πολύ σημαντικό για την ικανότητα της γεύσης και την κατάποση καθώς εννευρώνει τον στυλοφαρυγγικό μυ και συμβάλλει στην ανύψωση του φάρυγγα και του λάρυγγα. Μέσω αυτού μεταφέρονται ακόμη οι γευστικές πληροφορίες στο πίσω μέρος της γλώσσας.

Οι διαταραχές του νεύρου αυτού μπορούν να προκαλέσουν ελαφρά δυσκαταποσία, γλωσσοφαρυγγική νευραλγία, ελάττωση του αντανακλαστικού του φάρυγγα στο μέρος της βλάβης και σε ιδιαίτερες

περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί διαταραχή στην κατάποση και πάρεση του φάρυγγα (Ταφιάδης, 2008) (βλ. Εικόνα 1.4.).

**Εικόνα 1.4.** Κρανιακά νεύρα που συμμετέχουν στην κατάποση



Πηγή: Βιολογία Α' Λυκείου

#### 1.7.4 Πνευμονογαστρικό νεύρο X

Το πνευμονογαστρικό είναι το βασικό κινητικό νεύρο της καρδιάς, του αναπνευστικού συστήματος και μέρος του πεπτικού συστήματος. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό νεύρο καθώς είναι αυτό που εννεурώνει πολλές περιοχές που βρίσκονται σε απόσταση μεταξύ τους. Ακόμη εννεурώνει τους υπερωικούς μύες (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

Αν παρατηρηθούν διαταραχές στη λειτουργία του τότε σε μονόπλευρη βλάβη έχουμε, λαρυγγικό σπασμό, σύστοιχη παράλυση του φάρυγγα, της μαλθακής υπερώας και του λάρυγγα όπως και προβλήματα στην κατάποση. Σε αμφοτερόπλευρη βλάβη προκαλούνται δυσκολία στην

κατάποση, ένρινη φωνή, αφωνία ή δυσφωνία και απώλεια του φαρυγγικού αντανακλαστικού (Ταφιάδης, 2008) (βλ. Εικόνα 1.4.).

### **1.7.5 Υπογλώσσιο νεύρο XII**

Το νεύρο αυτό είναι υπεύθυνο για κάθε κίνηση που μπορεί να κάνει η γλώσσα και είναι αυτό που τροφοδοτεί όλους τους εσωτερικούς μύες. Αν το νεύρο αυτό δεν λειτουργεί ομαλά τότε έχουμε σε μονόπλευρη βλάβη απόκλιση της γλώσσας μέσα στο στόμα προς την πλευρά που είναι υγιής, ενώ έξω από το στόμα έχουμε απόκλιση προς την αντίθετη πλευρά. Σε αμφοτερόπλευρη βλάβη η γλώσσα εξωθείται δύσκολα ή ακόμη και καθόλου, έχουμε δυσαρθρία, διάχυτη ατροφία καθώς και έντονη δυσκολία στην κατάποση (Ταφιάδης, 2008) (βλ. Εικόνα 1.4.).

## **1.8 Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΣΗ**

### **1.8.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ**

Για την φυσιολογική κατάποση απαιτείται ένα υγιές νευρικό σύστημα, ορισμένες δομικές προϋποθέσεις στην περιοχή του λάρυγγα, καθώς επίσης και ένα λειτουργικά ικανό μυϊκό σύστημα (Bigenzahn & Doris, Denk, 2007).

Η φυσιολογική κατάποση επιτελεί τρία σημαντικά έργα. Αυτά είναι η λήψη και η μεταφορά τροφής, η μεταφορά σιέλου και η προστασία των κατώτερων αεροφόρων οδών από εισρόφηση. Για να επιτευχθούν τα παραπάνω απαιτείται συντονισμός και έλεγχος από πενήντα (50) μυϊκές

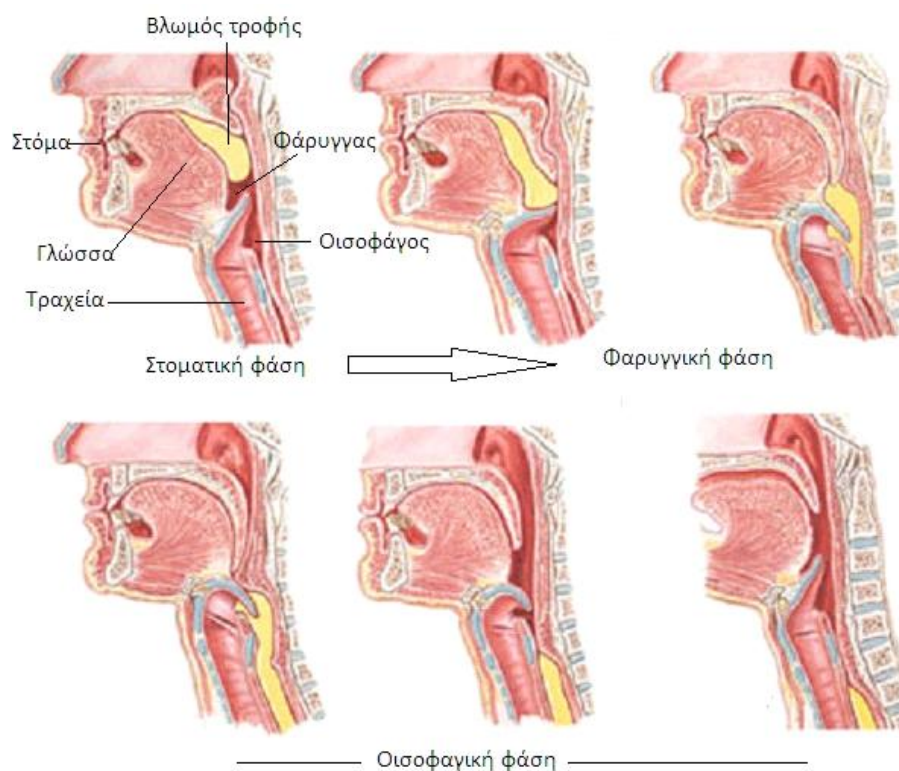
ομάδες, πέντε (5) εγκεφαλικές συζυγίες και τέσσερις (4) αυχενικές (Perlman & Christensen, 1997). Η κατάποση χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις, τη στοματική φάση προετοιμασίας, τη στοματική προωθητική, τη φαρυγγική και την οισοφαγική. Βέβαια, η κάθε φάση της κατάποσης επιδρά στην άλλη και αν κάτι δεν εξελίσσεται ομαλά σε κάποια από αυτές, τότε παρατηρούνται προβλήματα στη ικανότητα των ατόμων να καταπίνουν τις τροφές τους (Logemann, 1983).

Επειδή για την κατάποση πρέπει να υπάρχει ορισμένη ετοιμότητα, η φάση προσμονής μπορεί να θεωρηθεί ουσιαστικά η πρώτη φάση κατάποσης, η οποία ξεκινά πριν από την λήψη της τροφής στο στόμα (Leopold & Kagel, 1983). Το στοματικό στάδιο είναι εκούσιο καθώς μπορεί να διεκπεραιωθεί ή να ανασταλεί με την θέληση του ατόμου. Ο εκούσιος έλεγχος του στοματικού σταδίου το διαχωρίζει από τα άλλα δύο που είναι ακούσια (Bigenzahn & Denk, 2007). Η φαρυγγική και η οισοφαγική φάση παραδοσιακά περιγράφονται ως περισσότερο αντανακλαστικές όμως είναι πιθανές και κάποιες συνειδητές αλλαγές της λειτουργίας του φάρυγγα.

## **1.8.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ**

Η ανατομία της ανώτερης αναπνευστικής και πεπτικής οδού, όπως αυτή συμμετέχει στη διαδικασία της κατάποσης, μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή από την πλευρική της απεικόνιση.

**Εικόνα 1.5.** Οι φάσεις της κατάποσης



Πηγή: Cherney, 1994

### 1.8.2.1 Στοματική/προπαρασκευαστική φάση

Η φάση της στοματικής προετοιμασίας ξεκινά και καθοδηγείται εκούσια. Η τροφή προσλαμβάνεται, συνθλίβεται από τους οδόντες σε μικρά κομμάτια, αναμειγνύεται με σίελο και με αυτό τον τρόπο σχηματίζεται ο βλωμός ο οποίος συγκρατείται στο πρόσθιο μέρος του στόματος. Τα χείλη πραγματοποιούν πλήρη σύγκλειση ώστε να εμποδίζεται η εκροή του βλωμού. Η ρινική αναπνοή συνεχίζεται σε αυτή τη φάση (Logemann 1983, 1989, 1997; Cherney, 1994). Κατά της διάρκεια της μάσησης το υπερώιο ιστίο πρέπει να εκτελεί οπίσθιο κλείσιμο, ώστε να μην επιτρέπει



στο βλωμό να προχωρήσει στο φάρυγγα πριν από την έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης (Bigenzahn & Denk 2007).

### **1.8.2.2 Η στοματική φάση**

Η φάση αυτή της διαδικασίας της κατάποσης αρχίζει όταν ο βλωμός είναι πλέον έτοιμος για κατάποση και μέσω της δομής της γλώσσας ωθείται προς την περιοχή του στοματοφάρυγγα και μετά προς τον υποφάρυγγα. Πριν το στάδιο της κατάποσης ο βλωμός μέσω της γλώσσας πιέζεται και προωθείται στη σκληρή υπερώα για να αρχίσει η κατάποση. Όταν κατά τη στιγμή της κατάποσης συστέλλονται οι εξωγενείς μύες της γλώσσας, επιτρέπουν στη γλώσσα να δώσει μια ώθηση προς τα πίσω. Το υοειδές οστό καθώς και το πίσω μέρος της γλώσσας ανυψώνονται όπως και η υπερώα, προκειμένου να σφραγιστεί ο ρινοφάρυγγας (Βιρβιδάκη, 2010) (βλ. Εικόνα 1.5.).

### **1.8.2.3 Η φαρυγγική φάση**

Η φαρυγγική φάση ξεκινά με την έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης και λήγει όταν ο βλωμός φτάσει στον τραχηλικό οισοφάγο (Cunningham et al, 1990). Με την είσοδο του βλωμού στον στοματοφάρυγγα, εκλύεται η φαρυγγουπερώια σύγκλειση, η οποία εμποδίζει τη ρινική παλινδρόμηση και πλέον με ταχείες οπίσθιες κινήσεις η γλώσσα προωθεί το βλωμό στον υποφάρυγγα. Στη συνέχεια υοειδές οστό και λάρυγγας κινούνται άνω και πρόσθια και κατά αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται διεύρυνση του υποφάρυγγα, τοποθέτηση του λάρυγγα κάτω από τη ρίζα της γλώσσας, κάλυψη από την επιγλωττίδα και διάνοιξη του φαρυγγοοισοφαγικού διαστήματος (Kahrilas 1993, Neumann, 1993). Για την προστασία από εισρόφηση πραγματοποιείται σύγκλειση των φωνητικών χορδών, συμπλησίαση των απαγωγών αρυταινοειδών φυμάτων στη βάση της επιγλωττίδας και κάμψη της επιγλωττίδας για τη

σύγκλειση της λαρυγγικής εισόδου (Shaker 1993· Logemann, 1995). Με τη διαδικασία του φαρυγγικού περισταλισμού και της διάνοιξης του ανώτερου οισοφαφικού σφικτήρα πραγματοποιείται πλέον η μεταφορά του βλωμού στον τραχηλικό οισοφάγο (βλ. Εικόνα 1.5.).

#### **1.8.2.4 Η οισοφαγική φάση**

Η οισοφαγική φάση ξεκινά με τη σύγκλειση του φαρυγγοοισοφαφικού τμήματος. Οι μύες του οισοφάγου προωθούν με περισταλτικές κινήσεις το βλωμό προς το κατώτερο τμήμα, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται χαλάρωση του κάτω σφικτήρα του οισοφάγου ώστε ο βλωμός να περάσει στο στομάχι. Ο άνω σφικτήρας εμποδίζει τον αέρα και ο κάτω σφικτήρας εμποδίζει την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Bigenzahn, Denk, 2007; Hannig & Wuttge - Hannig, 1987; Μανωλόπουλος, 2011) (βλ. Εικόνα 1.5.)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

#### 2.1 Ορισμός Δυσφαγίας

Η δυσφαγία είναι η δυσκολία στην κατάποση ή στη μεταφορά της τροφής από το στόμα στο στομάχι ( Logemann, 2010).

Αποτέλεσμα όποιας διαταραχής παρουσιάζεται κατά τη μάσηση-κατάποση έχοντας ως συνέπεια τη μη ολοκληρωμένη και καλή σίτιση του ατόμου (Βιρβιδάκη, 2010).

##### 2.1.1 Επιπολασμός

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Γαστροεντερολογικού Οργανισμού (2011), 1 στους 17 ανθρώπους θα αναπτύξει κάποια μορφή δυσφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το 13,5% του πληθυσμού πάσχει από δυσφαγία (International Association of Logopedics and Phoniatrics (2014)). Η δυσφαγία εμφανίζεται στο 40-70% των ασθενών με εγκεφαλικό, στο 60-80% των ασθενών με νευροεκφυλιστικές ασθένειες, στο έως και 13% των ενηλίκων ηλικίας 65 και άνω καθώς και στο 60-75% των ασθενών που υπόκεινται σε ακτινοθεραπεία εξαιτίας καρκίνου κεφαλής και τραχήλου.

## 2.2 Ορολογία της παθοφυσιολογίας της κατάποσης

Σύμφωνα με τους Bigenzahn και Denk (2007) η δυσφαγία εμπλέκει τις ακόλουθες έννοιες:

**Αναγωγή:** Παλίνδρομη ροή τμημάτων βλωμού στον φάρυγγα, λάρυγγα ή στη στοματική κοιλότητα εξαιτίας παλίνδρομων κινήσεων του οισοφάγου. Στη ρινική αναγωγή τμήματα βλωμού φτάνουν στο ρινοφάρυγγα εξαιτίας ανεπαρκούς υπερωιο-ιστιοφαρυγγικής σύγκλεισης ή παρεμπόδισης διόδου τροφής με δευτεροπαθή στάση στο ρινοφάρυγγα.

**Διαφυγή:** Η πρόωμη διολίσθηση της τροφής στο φάρυγγα πριν την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης.

**Διείσδυση:** Είσοδος τροφής, σιέλου ή γαστρικού υγρού στις αεροφόρες οδούς μέχρι το ύψος της γλωττίδας.

**Εισρόφηση:** Είσοδος τροφής ή σιέλου στην αναπνευστική οδό κάτω από το επίπεδο της γλωττίδας.

**Κατακράτηση:** Συσσώρευση υπολειμμάτων βλωμού στη στοματική κοιλότητα, στα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, στους αποειδείς κόλπους του υποφάρυγγα.

**Τροφόρροια:** Έξοδος τροφής από τη στοματική κοιλότητα προς τα εμπρός εξαιτίας ανεπαρκούς σύγκλεισης των χειλιών.

## **2.3 Παθοφυσιολογία των φάσεων κατάποσης**

Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο η φυσιολογική διαδικασία κατάποσης περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις. Τη φάση προετοιμασίας, τη στοματική, τη φαρυγγική και την οισοφαγική. Οποιαδήποτε ανατομική ανωμαλία ή νευρολογική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία σε οποιοδήποτε στάδιο κατάποσης. Παρακάτω αναφέρονται οι επιπτώσεις της δυσφαγίας στα στάδια αυτά.

### **2.3.1 Στοματική προπαρασκευαστική φάση**

Στη στοματική προπαρασκευαστική φάση μπορεί να υπάρχει αδυναμία μάσησης εξαιτίας του μειωμένου εύρους πλευρικής και κατακόρυφης κίνησης της γλώσσας και του μειωμένου εύρους πλευρικής κίνησης της κάτω γνάθου, με αποτέλεσμα, τη δυσκολία σχηματισμού του βλωμού, καθώς και υπολείμματα τροφών στην πρόσθια και πλευρική αύλακα, μειωμένο κλείσιμο χειλιών και μειωμένος έλεγχος του βλωμού που μπορεί να προκαλέσουν τροφόρροια, σιελόρροια και εισρόφηση (Matsuo, Palmer, 2008).

### **2.3.2 Στοματική φάση**

Όσον αφορά στη στοματική φάση, μπορεί να υπάρχει αδυναμία της γλώσσας και των χειλέων καθώς και μειωμένο εύρος κίνησης ύψους της γλώσσας. Ως αποτέλεσμα, παρουσιάζονται υπολείμματα τροφών στη στοματική κοιλότητα και πρόωμη έναρξη της κατάποσης λόγω καθυστερημένης ή πλήρους απουσίας έκκλησης του αντανακλαστικού

κατάποσης. Έτσι, ο ασθενής κινδυνεύει να παρουσιάσει εισρόφιση πριν την κατάποση (Matsuo, Palmer, 2008).

### **2.3.3 Φαρυγγική φάση**

Διαταραγμένη φαρυγγική φάση μπορεί να περιλαμβάνει δυσλειτουργία του φάρυγγα με μειωμένη έλξη της βάσης της γλώσσας ή αδυναμία των μυών του φαρυγγικού σφιγκτήρα. Απόρροια αυτού είναι η αναποτελεσματική προώθηση του βλωμού και υπολείμματα τροφών στο φάρυγγα, στο βοθρίο και στους αποειδείς κόλπους. Επίσης παρατηρείται ανεπαρκές υπερωοφαρυγγικό κλείσιμο με αποτέλεσμα ανάρροια βλωμού και μειωμένη φαρυγγική πίεση. Το διαταραγμένο άνοιγμα του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα μπορεί να προκαλέσει μειωμένη λαρυγγική ανύψωση, μερική ή ολική απόφραξη της πεπτικής οδού και υπολείμματα στους αποειδείς κόλπους και τον υποφάρυγγα με κίνδυνο εισρόφισης μετά την κατάποση (Matsuo, Palmer, 2008).

Σύμφωνα με έρευνες των Clave et al (2004), Veis & Logemann (1993), Leopold & Kagel (1996), Humbert et al. (2010) το στοματικό και το φαρυγγικό στάδιο κατάποσης είναι τα πιο συχνά διαταραγμένα στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, στην άνοια και στο Parkinson.

### **2.3.4 Οισοφαγική φάση**

Η οισοφαγική φάση μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία εξαιτίας διαταραχών κινητικότητας του οισοφάγου όπως υπερδραστηριότητα, σε περιπτώσεις οισοφαγικών σπασμών, υποδραστηριότητα σε περίπτωση αδυναμίας, ή έλλειψη συγχρονισμού των οισοφαγικών μυών.

Οποιαδήποτε από αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει αναποτελεσματική περίσταση οισοφάγου, με αποτέλεσμα υπολείμματα τροφών σε αυτόν μετά την κατάποση να δημιουργούν παλινδρόμηση τροφών και υγρών από τον οισοφάγο στο φάρυγγα, με κίνδυνο εισρόφησης. Φλεγμονές, όγκοι, εκκολπώματα, κήλες και ξένα σώματα αποτελούν αιτίες δυσφαγίας οισοφαγικής φάσης (Matsuo, Palmer, 2008).

## **2.4 Ενδείξεις και κλινικά συμπτώματα των διαταραχών κατάποσης**

Τα παθολογικά ευρήματα της κλινικής εξέτασης, αναφέρονται ως κλινικά συμπτώματα και μαζί με τις παρατηρήσεις του ασθενούς σχετικά με την κατάποση και τη γενικότερη κατάστασή του, συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη εκτίμηση της δυσφαγίας που παρουσιάζει ο ασθενής. Οι ενδείξεις μπορεί να είναι είτε άμεσες είτε έμμεσες (Schröter - Morasch, 1993). Παρακάτω θα μελετήσουμε τις ενδείξεις και τα κύρια συμπτώματα που σχετίζονται με τις διαταραχές στην κατάποση.

### **2.4.1 Ενδείξεις (Schröter - Morasch, 1993)**

#### **Άμεσες**

- Αλλαγή της στάσης σώματος κατά τη λήψη τροφής
- Δυσκολία στη λήψη τροφών με συγκεκριμένη σύσταση
- Φόβος πριν την έναρξη της κατάποσης
- Παρατεινόμενη διάρκεια λήψης τροφής
- Υπολείμματα τροφών στο στόμα ή το φάρυγγα
- Αναγωγή τροφών ή υγρών
- Επίπονη κατάποση
- Βήχας κατά τη διάρκεια της κατάποσης ή μετά από αυτήν

- Όξινες ερυγές

### Έμμεσες

- Απώλεια σωματικού βάρους
- Συχνός πυρετός με ανεξήγητη αιτιολογία
- Βήχας που αυξάνεται
- Συχνές πνευμονίες
- Μεταβολή της ποιότητας της φωνής
- Αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου
- Επίσης οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται ότι νιώθουν ξένο σώμα στο λαιμό

#### 2.4.2 Κλινικά συμπτώματα (Horner, 1998, Leder 1998)

- Αλλαγές στην ποιότητα της φωνής
- Βήχας
- Σιελόρροια
- Υπολείμματα τροφών στη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα και πίσω από το στέρνο
- Διαφυγή τροφών και υγρών από τη στοματική κοιλότητα
- Καθυστερημένη ή απύσασ έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης
- Όξινες ερυγές
- Ρινική αναγωγή
- Εισρόφηση

Σύμφωνα με έρευνες των Horner (1998), Leder (1998), Wilson et al. (2003) και Nordqvist (2016) ο βήχας, οι αυξημένες εκκρίσεις και ο πόνος αποτελούν τα τρία επικρατέστερα κλινικά συμπτώματα ασθενών με διαταραχές κατάποσης.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Δομικές διαταραχές των μυών που συμμετέχουν στην κατάποση, νοσήματα του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος αλλά και ψυχογενείς παράγοντες, μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία. Έτσι τα αίτια της δυσφαγίας ταξινομούνται σε μηχανικά, νευρολογικά και ψυχογενή.

#### 3.1 Μηχανικά Αίτια Δυσφαγίας

Η δυσφαγία λόγω μηχανικών αιτίων είναι αποτέλεσμα δομικών μεταβολών των οργάνων που συμμετέχουν στη διαδικασία της κατάποσης. Παρακάτω επισημαίνονται τα κυριότερα αίτια.

- Λοιμώξεις, φλεγμονές και τραύματα στην ανώτερη αναπνευστική-πεπτική οδό
- Εκκολπώματα
- Σχιστίες χείλους-υπερώας
- Τραχειοτομή-τραχειοοισοφαγικά συρίγγια

- Μακροχρόνια διασωλήνωση
- Διαταραχές Οισοφάγου- ατρησία, αχαλασία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, καρκίνος οισοφάγου
- Κακοήθεις νόσοι κεφαλής – τραχήλου
- Χειρουργικές επεμβάσεις, ακτινοθεραπεία και χημειοακτινοθεραπεία κακοήθων νόσων κεφαλής και τραχήλου
- Επεμβάσεις και νοσήματα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης

Ανάλογα με την αίτια της δυσφαγίας, μπορούν να εμφανιστούν τα εξής συμπτώματα

- Οίδημα της υπεργλωττιδικής δομής, αναπνευστικές δυσκολίες, τροφόρροια (Infectious Diseases Society of America, Gompf, 2015, Mandell, Bennett, Dolin, 2009)
- Ανάρροια άπεπτων τροφών στο φάρυγγα και στο στόμα, καυστικό άλγος οπισθοστερνικά, όξινες αναγωγές, παλινδρόμηση φαγητού στο στόμα, ναυτία και έμετος, χρόνια βράγχος φωνής, χρόνιος ξηρός βήχας, αίσθημα συλλογής εκκρίσεων στον φάρυγγα (Αθανασιάδης – Σισμάνης, 2010)
- Ανεπαρκής απομύζηση, ρινική αναρροή και κατάποση περισσότερου αέρα από ότι φυσιολογικά (Kummer, 2008)
- Μειωμένη λαρυγγική κινητικότητα, μειωμένο εύρος κίνησης της γλώσσας, καθυστερημένο φαρυγγικό στάδιο κατάποσης και μειωμένο κλείσιμο του αεραγωγού με κίνδυνο εισρόφησης, μειωμένο άνοιγμα του κρικοφαρυγγικού σφιγκτήρα, απευαισθητοποίηση του αντανακλαστικού του βήχα και ανεπαρκής συντονισμός του λαρυγγικού κλεισίματος με κίνδυνο εισρόφησης (Logemann, 2006)

- Υπερβολική σιελόρροια, βήχας μετά την κατάποση, επαναλαμβανόμενες και σοβαρές πνευμονίες (Spitz, 2007)
- Δυσκαταποσία, κυρίως υγρών, απόφραξη της τραχείας και απώλεια βάρους (Ιωάννης & Βασιλάκης, 2001)
- Οδυνοφαγία, έντονος βήχας κατά τη σίτιση (Πανουσόπουλος & Αποστολίδης, 2003)
- Πόνος στη στοματική κοιλότητα, περιορισμένη κινητικότητα της σιαγόνας και των χειλέων, υποκινησία ή καθήλωση της γλώσσας, δυσκολία στο άνοιγμα του στόματος, μειωμένη αισθητικότητα στη στοματική κοιλότητα, κατακράτηση μεγάλων υπολειμμάτων τροφών στο φάρυγγα, μειωμένη διάρκεια κρικοφαρυγγικού ανοίγματος, αυξημένος χρόνος γευμάτων, ελαττωμένη συχνότητα κατάποσης, μειωμένη διάρκεια επαφής της βάσης της γλώσσας με το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα (Αθανασιάδης & Σισμάνης, 2010, Pauloski, 2008)
- Μειωμένη σύσπαση της βάσης της γλώσσας, αυξημένη διάρκεια υπερωιοφαρυγγικού κλεισίματος, μειωμένη κατάσπαση της επιγλωττίδας, ελαττωμένες φαρυγγικές συσπάσεις, καθυστερημένο κλείσιμο του λαρυγγικού προθαλάμου και μη επαρκές κλείσιμο των αληθών φωνητικών χορδών (Pauloski, 2008).
- Πάχυνση του τοιχώματος του φάρυγγα, φτωχός περισταλτισμός του φάρυγγα, διαταραχή της επιγλωττικής αναστροφής (Anderson & Arnold, 2013).

### 3.2 Νευρολογικά Αίτια Δυσφαγίας

Οι νευρολογικές βλάβες και διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν δυσφαγία είναι οι εξής:

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Νόσος Πάρκινσον
- Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση
- Άνοια συμπεριλαμβανόμενης της νόσου Alzheimer
- Εγκεφαλική παράλυση
- Πολλαπλή σκλήρυνση-Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Πολυομυελίτιδα
- Σύνδρομο Guillain – Barre
- Μυασθένεια Gravis
- Μυοπάθεια

Τα συμπτώματα των νευρολογικών αυτών βλαβών και διαταραχών περιλαμβάνουν:

- Μειωμένη αισθητικότητα στόματος και γλώσσας, καθυστερημένη έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης με αποτέλεσμα εισρόφηση πριν την κατάποση, μεγαλύτερο χρόνο διέλευσης του βλωμού από τον φάρυγγα, μειωμένη σύσπαση φαρυγγικών τοιχωμάτων, μειωμένη κινητικότητα και αισθητικότητα του λάρυγγα με αποτέλεσμα εισρόφηση κατά την κατάποση, μειωμένο γλωττιδικό κλείσιμο, αναρροή τροφών και υγρών, βήχα κατά την κατάποση (Martino, Foley, Bhogal, Diamant, Speechley, Teasell, 2005, Sandercock, Gijn, Wardlaw, Bamford, Hankey, 2008)
- Διαταραγμένη αισθητικότητα του στοματικού βλεννογόνου με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη διάρκεια της στοματικής φάσης και καθυστέρηση στην έναρξη της κατάποσης, απώλεια δοντιών, αδυναμία της μαλακής υπερώας με αποτέλεσμα την ρινική ανάρροια τροφών και υγρών, απουσία του αντανακλαστικού του βήχα, αδυναμία των φαρυγγικών μυών, υπολείμματα τροφών στους απιοειδείς κόλπους λόγω αδυναμίας χαλάρωσης του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα, ατελές γλωττιδικό κλείσιμο και

- παράλυση των φωνητικών χορδών με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου εισρόφησης, μειωμένο κρικοφαρυγγικό άνοιγμα (Hashem & Alhashemi, 2010)
- Σιελόρροια, περιορισμένη κινητικότητα της κάτω γνάθου και της γλώσσας, ευρέως επαναλαμβανόμενη πρόσθια και οπίσθια κίνηση της γλώσσας, μειωμένη σύσπαση του φαρυγγικού τοιχώματος και μειωμένη συστολή της βάσης της γλώσσας με αποτέλεσμα υπολείμματα τροφών στο βοθρίο και τους αποειδείς κόλπους μετά την κατάποση, αναποτελεσματικός βήχας, κρικοφαρυγγική δυσλειτουργία (Logemann, 2006, Tjaden, 2008)
  - Πολλαπλές καταπόσεις, μειωμένη λαρυγγική κίνηση και ανεπαρκές λαρυγγικό κλείσιμο κατά την ανύψωση, καθυστερημένο άνοιγμα ή/και πρώιμο κλείσιμο και μειωμένη διάρκεια του κρικοοισοφαγικού σφιγκτήρα σε εκούσιες καταπόσεις (Adams, Victor, 2002)
  - Απραξία των χειλέων και μειωμένη κίνηση της γλώσσας με αποτέλεσμα τη διαφυγή τροφών και υγρών από τη στοματική κοιλότητα καθώς και δυσκολία στη μάσηση και τον σχηματισμό του βλωμού, μειωμένη προς τα πίσω έλξη της βάσης της γλώσσας, μειωμένη ανύψωση του υοειδούς οστού (Logemann, 2006)
  - Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Arvedson, 2013)
  - Κόπωση κατά τη μάσηση, επιβραδυνόμενες κινήσεις της γλώσσας, μειωμένη ανύψωση της μαλακής υπερώας (Ramalho, Pereira, Oliveira, Morais, Lima, Condé, 2014)
  - Μειωμένη κινητικότητα οισοφάγου (Aloysius , Born, Kinali, Davis, Pane, Mercuri, 2008)
  - Μυϊκή αδυναμία της επιγλωττίδας με κίνδυνο εισρόφησης (Castell, Duranceau, Topart, 1995)
  - Διαταραχές κινητικότητας του οισοφάγου (Jaradeh, 2006)

### **3.3 Ψυχογενής Δυσφαγία**

Προκαλεί αποφυγή συγκεκριμένων τροφών ή υφών καθώς και χαπιών, υπερμάσηση της τροφής, παράπονα αίσθησης φαγητού στο λαιμό, δυσκολία στην έναρξη της κατάποσης και απώλεια βάρους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ**

#### **4.1 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Για την αξιολόγηση και τη θεραπεία των διαταραχών της κατάποσης δημιουργείται μία ομάδα επιστημόνων οι οποίοι έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών και επεμβαίνουν ταυτόχρονα και συλλογικά. Με τον όρο διεπιστημονική ομάδα, εννοούμε το σύνολο του εξειδικευμένου προσωπικού, που έχει ως αρμοδιότητα την αντιμετώπιση όλων των δυσκολιών που απορρέουν από τις διάφορες παθήσεις. Παραδείγματα τέτοιων δυσχερειών είναι η δυσκολία κίνησης, αυτοεξυπηρέτησης, διαταραχή αισθητικότητας, κατάποσης, ομιλίας και λόγου. Τα μέλη που απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα είναι επαγγελματίες λογοθεραπευτές, νευρολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι, πνευμονολόγοι, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, νοσηλευτικό προσωπικό, ακτινολόγοι και φυσίατροι, οι ρόλοι των οποίων περιγράφονται στη συνέχεια (Logemann, 1983).

Ο **ωτορυνολαρυγγολόγος** είναι ο αρμόδιος όσον αφορά τη διάγνωση, την αντιμετώπιση των παθήσεων και των διαταραχών που παρουσιάζονται στα ότα, στη μύτη και στον λάρυγγα. Καταλυτικό ρόλο έχει σε περιστατικά με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με σκοπό την εξάλειψη της δυσφαγίας στο στοματικό ή στο φαρυγγικό στάδιο. Η συμβολή του κρίνεται απαραίτητη και σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική θεραπεία, όταν θεωρείται σκόπιμη η χειρουργική επέμβαση, αλλά και η φωνητική θεραπεία (Aronson, 1980).

Ο **γαστρεντερολόγος** πραγματεύεται με τις παθήσεις που εμφανίζει το πεπτικό σύστημα και τα όργανά του (οισοφάγος, στομάχι, πάγκρεας, ήπαρ, χοληδόχος κύστη, λεπτό και παχύ έντερο). Εκτός από τη διάγνωση του ασθενούς, κατέχει το ρόλο του συμβούλου για πιθανές χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς που παρουσιάζουν διαταραχές στο οισοφαγικό στάδιο της κατάποσης. Είναι ακόμη αρμόδιος ιατρός σε περιπτώσεις ενδοσκόπησης και γαστροοισοφαγικών σωληνών. Με γνώμονα τις εξετάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στον ασθενή, ο γαστρεντερολόγος εξετάζει και αξιολογεί τον οισοφάγο και το στομάχι και έπειτα προβαίνει στην καταλληλότερη θεραπευτική ή φαρμακευτική αγωγή. Αυτός θα προτείνει αν χρειάζεται να γίνει κάποια επέμβαση για να τοποθετηθεί γαστροστομία σε περιπτώσεις όπου προτείνεται μη στοματική σίτιση (Cupillo, Sukkar, Bisetti 2001).

Ο **πνευμονολόγος** επικεντρώνεται στην μελέτη των πνευμόνων και των υποστηρικτικών τους οργάνων, τόσο σε φυσιολογικές όσο και σε παθολογικές καταστάσεις. Αναλυτικότερα στην περίπτωση της δυσφαγίας είναι αυτός που θα ενημερωθεί για τυχόν ιστορικό εισροφήσεων, θα αξιολογήσει τη λειτουργία του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, θα ελέγξει το επίπεδο κόπωσης και καταπόνησης του ασθενούς και θα παρέμβει για την αντιμετώπιση πιθανών λοιμώξεων (π.χ. πνευμονία από εισρόφηση).

Το **νοσηλευτικό προσωπικό** είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή των σωστών κανόνων στοματικής υγιεινής των ασθενών που λαμβάνουν μη

στοματική σίτιση (γαστροστομία ή ρινογαστρικός σωλήνας) και για την προσοχή που απαιτείται, για τον εντοπισμό και τη διαχείριση προβλημάτων όπως, την αναγκαιότητα αναρρόφησης σε ασθενείς με τραχειοστομία ή τη μείωση της αναπνευστικής ικανότητας που μπορεί να προκληθεί από τον ρινογαστρικό σωλήνα. Ο νοσηλευτής είναι ο καθ'ύλην αρμόδιος για την επιτήρηση ή τη σίτιση του ασθενούς με δυσφαγία κατά τη διάρκεια των γευμάτων και την επίβλεψη που αφορά στην τήρηση των πιθανών αντισταθμιστικών τεχνικών που έχει προτείνει ο λογοθεραπευτής (Logemann, 1983; Cupillo, Sukkar, Bisetti, 2001).

Ο **ακτινολόγος** έχει ειδικευτεί στην άριστη χρήση των ακτινολογικών - απεικονιστικών εξοπλισμών, που αποτελεί το μέσο για την διεκπεραίωση της βιντεοφθοροσκοπικής εξέτασης. Έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της δυσφαγίας, κυρίως στο φαρυγγικό και οισοφαγικό στάδιο. Βέβαια, είναι απαραίτητη η εξειδικευμένη εκπαίδευση και εμπειρία του στο αντικείμενο της δυσφαγίας για την ουσιαστική συνεισφορά του στην διαδικασία.

Ο ρόλος του **ψυχολόγου** στις διαταραχές κατάποσης, εμφανίζεται όταν παρουσιάζονται φοβίες κατά τη σίτιση, ειδικότερα σε περιπτώσεις παρατεταμένης χρονικής διάρκειας μη στοματικής σίτισης. Ακόμα, είναι πολύ συχνό, σε περιπτώσεις που τα αποτελέσματα της αξιολόγησης κατάποσης καταδεικνύουν ότι η στοματική σίτιση δεν ενδείκνυται και ότι πλέον η σίτιση θα γίνεται μη στοματικά, οι ασθενείς να περνούν από στάδιο δυσθυμίας όπου κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση του ψυχολόγου για μια προοδευτική και ομαλή αποδοχή του νέου τρόπου σίτισης .

Ο **ορθοδοντικός** θα παρέμβει αρχικά για να εξετάσει την στοματική κοιλότητα του ασθενούς, να τον απαλλάξει από ενδεχόμενες φλεγμονές της στοματικής κοιλότητας καθώς και όταν κρίνεται απαραίτητο θα κατασκευάσει και θα τοποθετήσει μηχανισμό εκπαίδευσης της υπερώας (palatal training appliance) σε δυσκαταποτικούς ασθενείς. Μείωση στην έκκριση σιέλου (ξηροστομία) είναι κοινή σε ηλικιωμένα άτομα και συχνά συνοδεύεται από προβλήματα κατάποσης διότι επηρεάζει την προπαρασκευαστική και στοματική φάση κατάποσης (Furuta, Yamashita,



2013). Σε μια γνάθο που δεν έχει δόντια ή σε μια γνάθο παραμελημένη με χάσματα στα δόντια δεν μπορεί να γίνει μια ομαλή λειτουργική κίνηση. Επομένως η οδοντιατρική περίθαλψη είναι απαραίτητη (Jones & Ravich, 1995).

Ο **φυσίατρος** είναι ο αρμόδιος ιατρός όσον αφορά την πρόληψη, την διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών που οι λειτουργικές τους ικανότητες έχουν προσωρινά ή μόνιμα διαταραχθεί. Έχοντας προβεί στη διάγνωση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς με δυσφαγία , ο φυσίατρος αποτελεί ένα βασικό συνεργάτη του λογοθεραπευτή καθώς αποφασίζουν από κοινού την πιο κατάλληλη διατροφική οδό σίτισης και ενυδάτωσης του ασθενούς. Ακόμη λόγω της εξειδίκευσής του στον τομέα της αποκατάστασης ο φυσίατρος μπορεί να είναι ο επικεφαλής και συντονιστής όσον αφορά την αποκατάσταση του ασθενούς (ASHA, 2002).

Ο **διαιτολόγος** είναι υπεύθυνος για να εξασφαλίσει στον ασθενή την πρόσληψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών στον οργανισμό και κατά βάση για να τροποποιήσει το διαιτολόγιο του ασθενούς ως προς την ποσότητα και την πυκνότητά του, ώστε να προλάβει τυχόν εισρόφηση.

Νευραλγικός θεωρείται ο ρόλος του **νευρολόγου** στα περιστατικά της δυσφαγίας ώστε αυτά να αντιμετωπιστούν ορθά. Το νευρικό σύστημα, μέσω των νευρωνικών δικτύων και των νευρικών κυττάρων που διαθέτει, ελέγχει και συγχρονίζει τις μυικές ομάδες που ευθύνονται για την κινητικότητα των δομών που εμπλέκονται στην ομιλία και την κατάποση. Επομένως, όταν ο εγκέφαλος και το κεντρικό νευρικό σύστημα προσβάλλονται, ένα από τα πρώτα και σημαντικά θέματα που τίθενται στην οξεία φάση είναι η αδυναμία ή η δυσκολία στο μηχανισμό κατάποσης. Ο νευρολόγος θα διαχωρίσει τα νευρολογικά προβλήματα των ασθενών με παθήσεις του κεντρικού ή περιφερικού νευρικού συστήματος και στη συνέχεια θα διαγνώσει και θα παρέμβει θεραπευτικά στα νευρολογικά αίτια που επηρεάζουν την μάσηση και την κατάποση (ASHA, 2002).

Ο **λογοθεραπευτής** είναι ο επιστήμονας που ασχολείται με την εκτίμηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών του λόγου, της φωνής, της ομιλίας, της κατάποσης και το επάγγελμά του σχετίζεται στενά με εκείνο του γιατρού, του εκπαιδευτικού και του ψυχολόγου. Οφείλει να ανταλλάσσει απόψεις με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για την εκτίμηση της εκάστοτε διαταραχής, να σχεδιάζει και να εφαρμόζει θεραπευτικό πρόγραμμα και να καταγράφει την πρόοδο του ασθενούς. Ακόμη, εκπαιδεύει και ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον γύρω από τον κατάλληλο χειρισμό της υπάρχουσας διαταραχής, ώστε να συμμετέχει ενεργά και να συμβάλλει στη διαδικασία της αποκατάστασης (Καμπανάρου, 2007, ASHA, 2002). Σημαντική θέση στη διεπιστημονική ομάδα έχει ο λογοθεραπευτής ώστε να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί σωστά το κάθε περιστατικό που εμφανίζει δυσκαταποσία.

Η αξία της διεπιστημονικής ομάδας έχει διερευνηθεί και από έρευνα των Williams και των συνεργατών του (1995), σε ασθενείς που ήταν στη φάση της αποκατάστασης από μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Μέσα σε διάστημα 4 ετών καταγράφηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς στόχους που είχαν τεθεί πριν ξεκινήσει η θεραπεία, είχαν ήδη υλοποιηθεί.

## **4.2 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ**

Για να είναι δυνατό να εξεταστούν και να αξιολογηθούν τα σύνθετα προβλήματα των ασθενών που ταλαιπωρούνται από δυσφαγία, είναι απαραίτητη η στενή συνεργασία ανάμεσα σε διάφορες ιατρικές – θεραπευτικές ειδικότητες (Manikam, Ramasamy, Perman, Jay, 2000).

Στην παρούσα εργασία μελετώνται οι ρόλοι του νευρολόγου και του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης.

#### **4.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΥ**

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η διαγνωστική προσπέλαση πρέπει να ξεκινά με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και τη διενέργεια ενδεδειγμένης κλινικής εξέτασης από το νευρολόγο, που ενδέχεται κατόπιν να συμπληρωθεί από απεικονιστικές εξετάσεις.

##### **4.2.1.2 Λήψη του ιστορικού**

Το ιστορικό του ασθενούς που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα σχετικό με την κατάποση και του δημιουργεί δυσφαγία, είναι πολύ σημαντικό, ώστε να του χορηγηθεί εξατομικευμένη θεραπεία. Επομένως, πριν ο ασθενής αρχίσει να υπόκειται σε εξέταση από το νευρολόγο, ο ιατρός πρέπει να αναγνωρίσει ποια είναι η κύρια ενόχληση που τον ταλαιπωρεί ή τουλάχιστον να καθορίσει την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο που πάσχει (Arnold & Nager, 1991). Προκειμένου να δημιουργηθεί ένα λεπτομερές ιστορικό, πρέπει να ληφθούν οπωσδήποτε υπόψη η τωρινή σωματική κατάσταση του ασθενούς, πιθανές νευρολογικές ασθένειες, ενδεχόμενες πρόσφατες εγχειρήσεις ακόμα και παρενέργειες από παλαιότερες επεμβάσεις που όμως μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση δυσφαγίας. Η έναρξη της δυσφαγίας πρέπει να καταγραφεί και να συσχετιστεί με γεγονότα όπως είναι οι σοβαρές ασθένειες, εγχειρήσεις, νευρολογικές μεταβολές, φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής καθώς και πληγές που μπορεί αυτός να έχει, σωματικές αλλά και ψυχικές γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε και την ψυχογενή δυσφαγία. Σε κάθε περίπτωση, ο χρόνος που έχει περάσει από τη στιγμή που ο ασθενής σταμάτησε να σιτίζεται από το στόμα, οι τυχόν

αλλαγές στο μηχανισμό της κατάποσης, η νευρολογική κατάσταση και το επίπεδο εγρήγορσης του ασθενούς, βοηθά το νευρολόγο στη λήψη αποφάσεων.

#### **4.2.1.3. Η σωματική εξέταση**

Η σωματική εξέταση του ασθενούς περιλαμβάνει μια βασική νευρολογική εξέταση του λαιμού και του κεφαλιού, ώστε να εκτιμηθεί η κινητικότητα, η ευαισθησία, η ισορροπία, αλλά και η λειτουργία των ακραίων κινήσεων και των αντανακλαστικών. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί από έναν νευρολόγο, ωτορινολαρυγγολόγο ή πνευμονολόγο.

#### **4.2.1.4. Απεικονιστικές μέθοδοι αξιολόγησης**

Οι απεικονιστικές μέθοδοι αξιολόγησης αποτελούν ένα ισχυρό διαγνωστικό μέσο που χρησιμοποιούν οι νευρολόγοι για τις διαταραχές κατάποσης και συμβάλλουν στην πληρέστερη και εγκυρότερη διαγνωστική προσπέλαση.

##### **4.2.1.4.1 Η Μαγνητική τομογραφία (Edmiaston, J et al., 2009)**

Μαγνητική τομογραφία είναι η εξέταση που σκιαγραφεί το μαλακό ιστό (π.χ. εγκέφαλο, άλλες δομές των νεύρων, μύες). Η μαγνητική τομογραφία υψηλής ταχύτητας, παρέχει δυνατότητα ανάλυσης της φαρυγγικής φάσης της κατάποσης κάτι που είναι αδύνατο να συμβεί όταν γίνεται χρήση της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας. Η φαρυγγική στοματική κοιλότητα, η κοιλότητα του λάρυγγα και η μυϊκή διάπλαση μπορούν να αξιολογηθούν κατά τη διάρκεια της κίνησης, επιτρέποντας έτσι την εκτίμηση του μηχανισμού της κατάποσης.

#### **4.2.1.4.2 Η Αξονική τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται για να οριοθετήσει την ανατομία μιας ιδιαίτερης περιοχής του κεφαλιού, του λαιμού ή άλλων συστημάτων του ανώτερου αναπνευστικού και γαστρεντερικού σωλήνα. Η πιο κοινή χρήση της είναι για να προσδιορίσει την περιοχή όπου υπάρχει κάποια βλάβη, εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος ή για να οριοθετήσει την έκταση εντός της κοιλότητας και το χώρο της βλάβης.

#### **4.2.1.4.3 Ηλεκτρομυογράφημα (Perlman, 2006)**

Το ηλεκτρομυογράφημα είναι η μέτρηση των ηλεκτρικών φαινομένων που καταγράφει την υγεία των μυών, τη μυϊκή διέγερση και τη συστολή. Συνιστάται ως εξέταση στο να διαπιστώνει την παρουσία συγκεκριμένων νεύρων ή νευρομυϊκών ελλειμμάτων, να διευκρινίσει ή και να επιβεβαιώσει την παρουσία μιας συστηματικής μυοπάθειας ή μιας εκφυλιστικής νευρομυϊκής ασθένειας. Είναι πολύ χρήσιμη εξέταση όσον αφορά στην κλινική διάγνωση, την κατανόηση της φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας και τη θεραπεία της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας. Το ηλεκτρομυογράφημα γίνεται από νευρολόγους και ωτορυνολαρυγγολόγους.

#### **4.2.1.4.4 Η Μανομετρία (Logemann, 2010)**

Η μανομετρία είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των πιέσεων στο φάρυγγα ή / και στον οισοφάγο κατά τη διάρκεια της κατάποσης. Αποτελεί ποιοτική καθώς και ποσοτική αξιολόγηση της κινητικότητας του οισοφάγου, των πιέσεων και του συγχρονισμού της περιοχής. Χρησιμοποιείται εκτεταμένα στην αξιολόγηση της λειτουργίας των οισοφαγικών σφιγκτήρων και της οισοφαγικής κινητικότητας. Παρέχει βοήθεια στην αναγνώριση των ανωμαλιών της κινητικότητας του οισοφάγου όπως είναι η αχαλασία και στους επίμονους οισοφαγικούς σπασμούς.

Η φαρυγγική μανομετρία, μπορεί να λάβει χώρα συνδυαστικά με τις εξετάσεις της οισοφαγικής κινητικότητας. Η εξέταση αυτή, μπορεί να είναι βοηθητική στην πρόβλεψη για το ποιοι ασθενείς θα ανταποκριθούν σε μια χειρουργική κρικοφαρυγγική τομή.

#### **4.2.1.4.5 Υπέρηχος (Logemann, 2010)**

Ο υπέρηχος είναι μια απεικονιστική μέθοδος που οπτικοποιεί τους μαλακούς ιστούς με τη χρήση υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα. Δυστυχώς, το μόνο τμήμα που μπορεί να απεικονιστεί σαφώς με υπερήχους είναι το στόμα ή η στοματική κοιλότητα. Είναι ως εξέταση ακριβής στη μελέτη των στοματικών πτυχών, της προετοιμασίας του βλωμού καθώς και της μεταφοράς του. Στις εξετάσεις της κατάποσης που έχουν γίνει με υπέρηχο, τοποθετείται υπογναθικά ένας πομπός χειρός. Οι λειτουργίες κατάποσης του άνω μέρους του οργάνου της γλώσσας, οι εσωτερικοί μύες της γλώσσας και η ανατομία των μαλακών ιστών του στόματος βρίσκονται μέσα στην ακτίνα του πομπού. Αν υπάρχει υποψία δυσφαγίας που οφείλεται, σε φαρυγγική ή λαρυγγική δυσλειτουργία, ο υπέρηχος δίνει λίγες διαγνωστικές ή θεραπευτικές πληροφορίες. Επειδή δεν περιέχει ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, μπορεί να πραγματοποιηθεί επανειλημμένα ώστε να αξιολογηθεί η στοματική λειτουργία κατά τη διάρκεια της κατάποσης.

Σύμφωνα με μελέτη των Tomii et al. (2011), ο υπέρηχος έχει προταθεί ως μια απεικονιστική μέθοδος που προσφέρει μια πιο πρακτική επι κλίνη προσέγγιση στην αξιολόγηση της λειτουργίας της κατάποσης σε σχέση με την παραδοσιακή βιντεοφθοροσκόπηση και την ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης με οπτικές ίνες.

#### **4.2.1.4.6 Εύκαμπτη ενδοσκοπική οισοφαγοσκόπηση**

Η εξέταση αυτή συνιστάται, για την απόκλιση ή την υποψία ενός νεοπλάσματος που μπορεί να υπάρχει και είναι ο λόγος που υπάρχει δυσφαγία ή οδυνοφαγία. Η δυσφαγία και η οδυνοφαγία έχουν κοινές ενδείξεις και η ανωτέρω εξέταση, μπορεί να εφαρμοστεί ως μια πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης των διαταραχών αυτών.

## **4.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

### **4.2.2.1 Ιστορικό**

Πριν από οποιαδήποτε αξιολόγηση του ασθενή, είναι απαραίτητη η λήψη ενός πλήρους ιστορικού, η οποία γίνεται κατά την πρώτη συνάντηση. Το ιστορικό περιλαμβάνει: βιογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό-αιτιολογία/διάγνωση, νευρολογική εξέταση, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό ιστορικό (Καμπανάρου, 2007).

### **4.2.2.2 Κλινική αξιολόγηση της κατάποσης (ΚΑΚ)**

Η κλινική αξιολόγηση της διαδικασίας της κατάποσης αποτελεί ένα είδος πυξίδας και βοηθά πολύ στη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία των δυσλειτουργιών που σχετίζονται με την κατάποση. Η κλινική αξιολόγηση της κατάποσης αποτελεί μια προκαταρκτική αξιολόγηση της παρούσας κλινικής κατάστασης του ασθενούς, τις ανάγκες του σε σίτιση, ενώ προειδοποιεί και τον εξεταστή να επιλέξει το κατάλληλο πρωτόκολλο εξέτασης με ιατρικά εργαλεία. Η ανίχνευση της παρουσίας εισρόφησης και διείσδυσης είναι σημαντικό κομμάτι της κλινικής αξιολόγησης εφόσον η κατάσταση της υγείας του ασθενούς και η ανάρρωση εξαρτώνται από την επαρκή σίτιση αλλά και την ασφάλεια στην κατάποση (Buchholz, Newmann, Jones & Ravich, 1995).

Η κλινική αξιολόγηση οργανώνεται βάσει ορισμένων σταδίων και περιλαμβάνει τόσο τη στοματική, τη φαρυγγική και τη λαρυγγική εξέταση όσο και τις δοκιμαστικές καταπώσεις. Ο έλεγχος των ακόλουθων χαρακτηριστικών- παραμέτρων απεικονίζεται παρακάτω:

<b><u>ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ</u></b> <b><u>ΕΞΕΤΑΣΗ</u></b>  <b>(Bigenzahn &amp; Denk,</b> <b>2007)</b>	<b><u>ΦΑΡΥΓΓΙΚΗ-ΛΑΡΥΓΓΙΚΗ</u></b> <b><u>ΕΞΕΤΑΣΗ</u></b>  <b>(Logemann, 2010)</b>	<b><u>ΔΟΚΙΜΑΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΣΕΙΣ</u></b>  <b>(Logemann, 2006; Καμπανάρου,</b> <b>2007)</b>
Δομική επάρκεια	Ποιότητα φωνής	Ποιότητα φωνής
Κίνηση	Αναπνοή	Ανύψωση λάρυγγα
Δύναμη	Βήχας	
Αισθητικότητα	Λαρυγγική ανύψωση	
Αντανακλαστικά		

Η έρευνα των McCullough et al. (2000) κατέδειξε ότι λιγότερο από τις μισές μεθόδους αξιολόγησης είναι αρκετά αξιόπιστες. Ο έλεγχος της στοματοκινητικής λειτουργίας και κατ' επέκταση των κρανιακών νεύρων αποδείχτηκε ότι φέρει τα πιο ασφαλή και έγκυρα διαγνωστικά αποτελέσματα.

#### **4.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΥ**

Αρμοδιότητα του ωτορινολαρυγγολόγου είναι η διάγνωση αλλά και η θεραπεία διαταραχών της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα και της τραχείας (ASHA, 2002). Όσον αφορά στις διαταραχές κατάποσης, η παθολογία της ωτορινολαρυγγολογίας εσωκλείει την λήψη ιστορικού, την λεπτομερή κλινική εξέταση, την εξέταση του βλεννογόνου του στόματος, των αμυγδαλών καθώς και του φάρυγγα, την ψηλάφηση των μυών της γλώσσας, των μασητήρων μυών, των σιελογόνων αδένων καθώς και τον έλεγχο της λειτουργίας τους.



Η εργαστηριακή αξιολόγηση της κατάποσης, επιτρέπει στον κλινικό ιατρό, να εκτιμάει άμεσα την ανατομία και το συντονισμό των κινήσεων των δομών του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Υπάρχει πληθώρα ανιχνευτικών-απεικονιστικών εξετάσεων οι οποίες πραγματοποιούνται από τον ωτορινολαρυγγολόγο κατά τη διάρκεια των οποίων η παρουσία του λογοθεραπευτή είναι χρήσιμη και η οποία είναι δυνατόν να συμβάλλει σε συμπληρωματική διάγνωση. Τα ακόλουθα είναι τα πιο κοινά είδη αξιολόγησης του μηχανισμού της κατάποσης (Logemann, 2010) μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η συνεργασία μεταξύ των δυο αυτών ειδικοτήτων.

#### **Ρινική εύκαμπτη ενδοσκοπική λαρυγγοσκόπηση (Edmiaston, J et al, 1993)**

Η ρινική εύκαμπτη ενδοσκοπική λαρυγγοσκόπηση είναι η βασική μέθοδος για την εξέταση του λάρυγγα αλλά και των φωνητικών χορδών. Παρατηρούνται η συμμετρία, ο συντονισμός και η ποικιλία των κινήσεων ανάμεσα στις δυο πλευρές της ανώτερης αναπνευστικής και πεπτικής οδού. Επιπρόσθετα εξετάζονται συγκεντρώσεις εκκρίσεων ή υπολείμματα τροφών στην επιγλωττίδα ή στους αποειδείς βόθρους.

#### **4.2.2.5 Ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης με οπτικές ίνες (Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing – FEES) (Nacci, Ursino, Vela, Matteucci, Mallardi, Fattori, 2008)**

Τα τελευταία χρόνια, η ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης με οπτικές ίνες αποτελεί ένα χρήσιμο συμπληρωματικό εργαλείο για τη μελέτη της κατάποσης. Η αξιολόγηση που γίνεται με τη FEES, η οποία εμπεριέχει την εύκαμπτη διαρινική λαρυγγοσκόπηση (transnasal flexible laryngoscopy-TFL), αρχικά παρουσιάστηκε από τον Langmore. Η FEES

είναι μια αξιολόγηση της μεταφοράς ενός βλωμού κατά τη διάρκεια της κατάποσης με τη χρήση μιας TFL, για την εκτίμηση της λαρυγγοφαρυγγικής πτυχής, πριν, αλλά και κατόπιν της φαρυγγικής κατάποσης. Η ταχύτητα της φαρυγγικής κατάποσης, η πρόιμη εκροή τροφής ή υγρού στις φαρυγγικές και λαρυγγικές περιοχές όπως και οι τροφές που έχουν μείνει θα εκτιμηθούν στη διάρκεια αυτής της σημαντικής εξέτασης. Ακόμα, προσφέρει τη δυνατότητα να μελετηθεί η φυσιολογία της κατάποσης, η αξιολόγηση της παρουσίας, ο βαθμός και το είδος της δυσφαγίας.

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από τους Aviv et al. (2000), Leder & Espinosa (2002), το FEES αποτελεί μια ακριβής απεικονιστική μέθοδο για τον εντοπισμό πιθανής εισρόφησης καθώς μάλιστα και ένα αποτελεσματικό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο.

#### **4.2.2.6 Ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης με αισθητήρια εξέταση (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing–FEESST) (Aviv, 2000)**

Η εύκαμπτη ενδοσκοπική εκτίμηση της διαδικασίας της κατάποσης με εξέταση αισθητήρων (FEESST) είναι η μοναδική εξέταση της κατάποσης η οποία μπορεί να ελέγχει, τόσο τα αντανακλαστικά του λάρυγγα για την καλύτερη προστασία του αεραγωγού, όσο και τη μεταφορά του βλωμού. Η FEESST αποτελεί μια ακριβή ένδειξη της αισθητικής λειτουργίας ή δυσλειτουργίας των αρυεπιγλωττικών πτυχών, που με τη σειρά της αντανακλά το βαθμό της επικινδυνότητας του βλωμού στην περιοχή του στοματοφάρυγγα και την ανάγκη που υπάρχει για την προστασία των αεραγωγών. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, αξιολογούνται επίσης, η φαρυγγοϋπερώια σύγκλιση, η ανατομία της βάσης της γλώσσας και του υποφάρυγγα, η απαγωγή και προσαγωγή των φωνητικών χορδών, το μυϊκό σύστημα του φάρυγγα και η ικανότητα του ασθενούς να διαχειριστεί τις εκκρίσεις του. Η λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση (LPR)

μπορεί επίσης να απεικονιστεί. Καθοδηγεί ακόμα με ακρίβεια τον κλινικό, σχετικά με το διατροφικό πρόγραμμα του ασθενούς, ώστε να μειώσει τον κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση. Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται συνήθως από ωτορινολαρυγγολόγο και λογοθεραπευτή.

#### **4.2.2.7 Η βιντεοφλουοροσκοπική εξέταση ή τροποποιημένη κατάποση με βάριο (ASHA, 2004)**

Η βιντεοφλουοροσκοπική εξέταση ή τροποποιημένη κατάποση με βάριο είναι μια απεικονιστική μέθοδος μέσω της οποίας μπορούν να εξεταστούν οι πτυχές του στόματος, του φάρυγγα ακόμα και του οισοφάγου. Επιτρέπει στον κλινικό να παρατηρήσει ποιες δομές που εμπλέκονται στην κατάποση λειτουργούν φυσιολογικά και ποιού μύες έχουν υποστεί τυχόν βλάβες (Logemann, 2010). Η τροποποιημένη κατάποση με βάριο έχει δύο σκοπούς. Αρχικά, να καθορίσει τις ανωμαλίες που υπάρχουν στην ανατομία αλλά και στη φυσιολογία, οι οποίες είναι εκείνες που προκαλούν τα συμπτώματα στον ασθενή, και στη συνέχεια, να προσδιορίσει και να αξιολογήσει τις στρατηγικές θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθούν ώστε ο ασθενής να μπορέσει άμεσα να σιτιστεί με ασφάλεια και κυρίως αποτελεσματικά. Οι στοματικοί και οι φαρυγγικοί χρόνοι διέλευσης της τροφής αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της κατάποσης. Ακόμη, εξετάζεται η λειτουργία των βαλβίδων του συστήματος (η υπερωοφαρυγγική περιοχή, η περιοχή του λάρυγγα, η κρικοφαρυγγική περιοχή και η περίσταλη του τραχήλου του οισοφάγου). Η τροποποιημένη κατάποση με τη χρήση του βαρίου είναι ειδικά σχεδιασμένη και μελετημένη ώστε να μπορεί να κρίνει όχι μόνο αν ο ασθενής έχει εισρόφηση αλλά και την αιτία αυτής, ώστε να μπορέσει να λάβει την πρέπουσα θεραπεία (Aviv, 2000).

### **4.3 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ**

Η εκτέλεση της θεραπείας της κατάποσης δεν χρειάζεται μόνο βασικές και ειδικές γνώσεις ανατομίας φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας της κατάποσης αλλά επίσης και γνώσεις για τη θεραπεία των διαταραχών της αναπνοής, της άρθρωσης και της φώνησης. Ακόμη, απαιτεί γνώσεις των νευροφυσιολογικών μεθόδων θεραπείας (ASHA, 2004). Η διάρκεια της θεραπείας μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες έως και μήνες. Ο συνδυασμός λειτουργικών, φαρμακευτικών και χειρουργικών μέσων συχνά μπορεί να αποβεί επιτυχής

Η αύξηση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων της κατάποσης αποσαφηνίζεται και με αριθμούς: η Logemann είχε αναφέρει το 1993 στο συνέδριο του Αμερικανικού συλλόγου για την ομιλία και την ακοή, ότι σήμερα στις Η.Π.Α το 50% των λογοθεραπευτών αφιερώνει το μισό του εργασιακό χρόνο στο πρόβλημα της δυσφαγίας ενώ 20 χρόνια πριν, λιγότερο από 5% αφιέρωνε χρόνο για το ίδιο πρόβλημα.

#### **4.3.1 Προϋποθέσεις**

Για να είναι δυνατό να εκτελεστεί μία λειτουργική θεραπεία κατάποσης και να επιφέρει αποτέλεσμα, πρέπει να υπάρξουν οι εξής προϋποθέσεις (Edmiaston et al, 1993):

- ακριβής διάγνωση της διαταραχής της κατάποσης,
- ιατρική ενημέρωση του θεραπευτή/ θεραπεύτριας πριν την αρχή της θεραπείας

- στενή συνεργασία με άλλες ειδικότητες
- επαρκές θεραπευτικό πρόγραμμα
- συνεργασία από την πλευρά του ατόμου που πάσχει

Για το λόγο αυτό, συστήνεται η δημιουργία μιας λειτουργικής λίστας-ελέγχου της διαταραγμένης κατάποσης (Bigenzahn & Denk, 2007). Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι εξατομικευμένο για τον εκάστοτε ασθενή, ανάλογα με την αιτία και τη φύση της διαταραχής κατάποση που παρουσιάζει. Μία θεραπεία ποτέ δεν θα λειτουργήσει για όποιον ασθενή παρουσιάζει δυσφαγία ή ανωμαλίες στην κατάποση (Logemann, 2010).

#### **4.3.2. Το θεραπευτικό πρόγραμμα**

Οι συνεδρίες γίνονται σε καθημερινή βάση ή και περισσότερες φορές μέσα στην ίδια εβδομάδα και διαρκούν μήνες. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο πρέπει να γίνεται τουλάχιστον συνεδρία μια φορά την ημέρα ενώ σε ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας 2-3 φορές την εβδομάδα. Θα πρέπει να εξαντληθούν όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες λειτουργικά, πριν να γίνει εφαρμογή χειρουργικών μέσων για να βελτιωθεί η κατάποση. Η θεραπεία για την κατάποση θα πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα καθώς έτσι η διάρκειά της θα είναι πιο μικρή αλλά και τα ποσοστά επιτυχίας της θα είναι μεγαλύτερα (Αναγνώστου & Μοσχοβάκης, 2007).

#### **4.3.3 Η συνεργασία του ασθενούς**

Καθώς η θεραπεία της κατάποσης χρειάζεται την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου που πάσχει, αυτή επηρεάζεται και από τους παρακάτω παράγοντες (Logemann, 2010).

- Τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς: μία κακή γενική κατάσταση του ασθενούς δυσκολεύει τη θεραπεία της κατάποσης.
- Τις γνωστικές ικανότητες: ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλαβαίνει τις επεξηγήσεις και τις υποδείξεις των ασκήσεων.

Τα μεμονωμένα θεραπευτικά βήματα θα πρέπει να προσαρμόζονται στα εκάστοτε δεδομένα, ώστε να μπορούν να γίνουν κατανοητές οι επιτυχίες του ασθενούς και να μην τον επιβαρύνουν.

- Την κινητοποίηση: όσο καλύτερη είναι η κινητοποίηση του ασθενούς, τόσο ευνοϊκότερη θα είναι και προγνωστικά η αποκατάσταση της διαταραχής στην κατάποση.
- Την ψυχική κατάσταση: η θετική γνώμη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του και για τη θεραπεία επιδρά ευνοϊκά στη θεραπεία αλλά και στην επιτυχία της αποκατάστασης.

#### **4.4.4 Αρχές της λειτουργικής αποκατάστασης της κατάποσης**

Η λειτουργική θεραπεία της κατάποσης τείνει στη βελτίωση του ασθενή, στην αντιστάθμιση διαταραγμένων λειτουργιών καθώς και στην προσαρμογή του ατόμου που πάσχει από δυσφαγία στο περιβάλλον του ώστε να μπορεί να σιτίζεται επαρκώς χωρίς τον κίνδυνο να προκύψει εισρόφηση. Ο πρωτεύον στόχος της θεραπείας είναι η επαρκής και ελεύθερη σίτιση από το στόμα.

Σύμφωνα με τη Logemann (1994) υπάρχουν δυο είδη θεραπείας, η έμμεση και η άμεση. Η έμμεση θεραπεία αφορά στα θεραπευτικά μέτρα κατάποσης χωρίς τη χρήση τροφών (ξηρή εκγύμναση), ενώ η άμεση θεραπεία στην εκγύμναση της κατάποσης με τρόφιμα.

Σύμφωνα με τον Bartolome (1993), υπάρχουν τρεις παράμετροι που αποτελούν τη θεραπεία της κατάποσης: η αιτιολογική μέθοδος θεραπείας για την επαναφορά των λειτουργιών που έχουν διαταραχθεί, η αντισταθμιστική μέθοδος θεραπείας που διευκολύνει την κατάποση με τη βοήθεια αναπληρωματικών στρατηγικών και τα βοηθητικά μέσα που εξυπηρετούν στην προσαρμογή του ασθενούς στο περιβάλλον του.

#### **4.4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

Οι στόχοι και το πρόγραμμα θεραπείας για την δυσφαγία προσαρμόζονται και εφαρμόζονται από τον λογοθεραπευτή-δυσφαγιολόγο ανάλογα με την αιτιολογία, τη σοβαρότητα και τη φύση των δυσκολιών κατάποσης, σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή. Η θεραπευτική παρέμβαση του λογοθεραπευτή διεξάγεται στα πλαίσια συνεργασίας διεπιστημονικής ομάδας, σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει ταυτόχρονα ιατρικά, ψυχοκοινωνικά ή προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία προκάλεσαν, ακολούθησαν ή συνέπεσαν με τη διαταραχή κατάποσης.

##### **4.4.5.1 Ερεθίσματα (Logemann J.A)**

Τα ερεθίσματα, χρησιμοποιούνται ως παθητικές ασκήσεις στην αρχή ακόμη της θεραπείας και ανάλογα με το είδος τους και τη διάρκεια χρήσης τους, επιτυγχάνουν διαφορετικά αποτελέσματα. Η επιλογή ενός ερεθίσματος γίνεται ανάλογα με το τι θέλει ο θεραπευτής να επιτύχει και τι θέλει να θέσει σε δράση. Για παράδειγμα, οι γρήγορες απαλές κινήσεις ή το γρήγορο άγγιγμα με πάγο, μπορεί να προκαλέσει αύξηση του μυϊκού τόνου ενώ μια διαρκής εφαρμογή πάγου ή εφαρμογή ουδέτερης θερμότητας θα επιφέρει μείωση του τόνου. Για την κατάρριψη της υπερευαισθησίας εφαρμόζονται ισχυρότερα ερεθίσματα ενώ κατά της υπαισθησίας ηπιότερα.

Ως ερεθίσματα χρησιμοποιούνται:

- **Έκταση:** προκειμένου να τεθεί σε ενέργεια ένας μυς πραγματοποιείται μια μικρή έκταση αντίθετα από την επιθυμητή κατεύθυνση της κίνησης.
- **Ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι:** ο θεραπευτής εκτελεί ένα απαλό άγγιγμα ή μια γρήγορη κίνηση με τις άκρες των δακτύλων του, για να επιφέρει μυϊκή σύσπαση ή/και να βελτιώσει την αισθητικότητα.
- **Θερμικά μέτρα:** η θερμοκρασία του σώματος ή αλλιώς ουδέτερη θερμότητα, θεωρείται ότι μειώνει τον τόνο στους σπαστικούς μυς. Η μικρή σε διάρκεια διέγερση με πάγο αυξάνει τη μυϊκή ικανότητα για σύσπαση ή την αισθητικότητα. Αντίθετα η μεγαλύτερης διάρκειας εφαρμογή πάγου με κομπρέσες θεωρείται ότι μειώνει τον τόνο.
- **Δονήσεις:** εκτελούνται κατά βάση με τα χέρια. Οι διαλειπούσες δονήσεις ομαλά (μικρής διάρκειας με διαλείμματα) αυξάνουν τον τόνο, ενώ οι μεγάλης διάρκειας τον μειώνουν.
- **Όσφρητικά ή γευστικά ερεθίσματα:** τα ερεθίσματα προκαλούν έκκριση σιέλου και ενεργοποιούν την κατάποση. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να αυξηθεί η δράση του θερμικού ερεθίσματος με τη χορήγηση στον ασθενή, γευστικών υλικών (π.χ. χυμό λεμονιού) με τη μορφή παγοστυλεών. Η όσφρηση των υλικών που ερεθίζουν το τρίδυμο νεύρο (π.χ. ξύδι ή αμμωνία) επιφέρει σύσπαση των μιμηκών μυών.
- **Ηλεκτρική διέγερση:** πρόσφατα έγινε προσπάθεια να βελτιωθεί η έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης με την ηλεκτρική διέγερση. Διεγέρσεις όπως είναι η μικρή έκταση ή πίεση είναι επίσης δυνατό να επηρεασθεί ευνοϊκά η αισθητικότητα της στοματικής περιοχής.
- **Ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι για τη διέγερση των χειλικών μυών:** στην περίπτωση αυτή αγγίζεται απαλά η περιοχή του δακτυλοειδούς μυός του στόματος με τις άκρες των δακτύλων.
- **Μικρή έκταση για τη διευκόλυνση της ευρείας έλξης των χειλιών:** εδώ ο θεραπευτής μετακινεί με τα δάκτυλα τη γωνία του



στόματος παθητικά προς τα εμπρός και ο ασθενής την έλκει ενεργητικά αυτή τη φορά ξανά προς τα πίσω. Αυτή η άσκηση επαναλαμβάνεται περίπου 4-6 φορές.

- **Δόνηση για την αύξηση της πίεσης εντός του στόματος:** τα χέρια του θεραπευτή τοποθετούνται εξωτερικά στα μάγουλα του ασθενούς και δημιουργείται πίεση και δόνηση αμφοτερόπλευρα (είτε προς τα κάτω και εμπρός, είτε προς τα άνω και πίσω).
- **Απαλή πίεση για τη ρύθμιση της αισθητικότητας των ούλων και της διέγερσης της κινητικότητας της γλώσσας:** εδώ ο θεραπευτής ασκεί πίεση με τα δάκτυλά του στα ούλα και έτσι η γλώσσα μετακινείται προς την πλευρά της διέγερσης.

#### 4.4.5.2 Αυτόματες κινητικές ασκήσεις

Οι ασκήσεις έχουν ως στόχο τους τη διευκόλυνση της έναρξης της κίνησης, στη μεγέθυνση του εύρους της, στην αύξηση της μυϊκής δύναμης καθώς και στη βελτίωση της ταχύτητας και του συντονισμού των κινήσεων. Οι ασκήσεις αναπνοής αποτελούν ένα σημαντικό πρόδρομο στάδιο για την έναρξη των ασκήσεων κατάποσης (Logemann J.A, 1994).

Παραδείγματα αυτόματων κινητικών ασκήσεων:

#### A) Ασκήσεις για τα χείλη και τα μάγουλα (Martin, 1995)

- Όξυνση και πλατιά έλξη των χειλιών με ανοιχτά και κλειστά χείλη
- Μετακίνηση του κάτω χείλους κάτω από το άνω χείλος και αντίθετα
- Πίεση του ενός χείλους με το άλλο
- Ασκήσεις άρθρωσης με χειλικούς φθόγγους
- Αμφίπλευρο φούσκωμα των παρειών και προσρόφηση
- Σφύριγμα και φύσημα( με καλαμάκι ή καθετήρα διαφορετικής διαμέτρου)

## **B) Ασκήσεις ρόφησης (Martin, 1995)**

- Ρόφηση με λάστιχο και αυλό: ένα άκρο κρατείται με τα χείλη και το άλλο φράσσεται με το δάχτυλο. Ο ασθενής ρουφά τον αέρα από το λάστιχο.
- Ρόφηση παχύρευστου υγρού.

## **Γ) Ασκήσεις της γλώσσας**

- Ύγρανση του άνω και κάτω χείλους με τη βοήθεια της γλώσσας
- Γλείψιμο μελιού, ζελέ ή παχύρευστου υγρού από την άκρη των χειλιών
- Εναλλάξ πίεση με την κορυφή και τη ράχη της γλώσσας στην υπερώα-διατήρηση της πίεσης-χαλάρωση.
- Πλατάγιασμα με τη γλώσσα.
- Κυκλικές ασκήσεις της γλώσσας στις παρειές

## **Δ) Κινητικές ασκήσεις της σιαγόνας (Martin, 1995) :**

- Άνοιγμα του στόματος με ενεργείς κινήσεις της κάτω γνάθου, διατήρηση της διάνοιξης του στόματος, κλείσιμο της σιαγόνας και χαλάρωση.
- Μέγιστη μετατόπιση της κάτω γνάθου προς μια πλευρά-διατήρηση-χαλάρωση.
- Μετατόπιση της κάτω σιαγόνας μπρος και πίσω εναλλάξ.

## **Ε) Ασκήσεις υπερώιου ιστού (Martin, 1995) :**

- Φύσημα, ρόφηση, χασμουρητό.
- Μάλαξη του υπερώιου ιστού.
- Θερμική διέγερση.
- Ασκήσεις φώνησης με ενισχυμένη τάση του διαφράγματος.

#### **ΣΤ) Λαρυγγικές ασκήσεις προσαγωγής και ανύψωσης (Martin, 1995)**

- Ασκήσεις για τη βελτίωση της απόφραξης του λάρυγγα.
- Ασκήσεις ώθησης: εδώ χρειάζεται προσοχή για να μην προκληθεί ή παραταθεί μια πίεση στο λάρυγγα ανεπιθύμητη.
- Ασκήσεις φώνησης: βουητό
- Η ανύψωση της ράχης της γλώσσας με άρθρωση του –κ- υποστηρίζει την ανύψωση του λάρυγγα. Ο ασθενής ταυτόχρονα μπορεί να ψηλαφίσει την ανύψωση του λάρυγγα με το δείκτη του και το μέσο δάκτυλο στην περιοχή του θυρεοειδής χόνδρου.

#### **4.4.5.3 Αντισταθμιστικές τεχνικές: αλλαγή στη στάση του σώματος**

Πολύ σημαντική προϋπόθεση για να μπορέσει η κατάποση να αποκατασταθεί αποτελεσματικά, είναι η στάση του σώματος του ασθενούς, που διευκολύνει τόσο τον έλεγχο του κορμιού όσο και τον έλεγχο της κεφαλής και της γνάθου. Ο ασθενής ιδανικά κάθεται ίσια κάθετη σε μια πολυθρόνα με κλίση της λεκάνης προς τα εμπρός, τα δύο μισά του σώματος είναι σε διάταξη συμμετρική ενώ το κεφάλι και οι ώμοι γέρνουν ελαφρά μπροστά. Η στάση αυτή βοηθά τον έλεγχο του βλωμού και εμποδίζει τη διαφυγή του (Logemann, 1994).

Με τις αλλαγές στη στάση του σώματος ειδικά με την αλλαγή στη στάση της κεφαλής, γίνεται πιο εύκολη η μεταφορά του βλωμού με τη βοήθεια της βαρύτητας και με την αλλαγή της διάστασης του φάρυγγα και έτσι δεν εμφανίζεται εισρόφηση. Βιντεοσκοπικές και βιντεοκινηματογραφικές εξετάσεις αποφασίζουν ποια αλλαγή στάσης ενδείκνυται. Επειδή κατά την

αλλαγή στάσης σώματος ο βλωμός καταπίνεται από την πιο υγιή πλευρά κυρίως, θα πρέπει να εκγυμναστεί η λειτουργικά πιο αδύναμη πλευρά για να μπορέσουν έτσι να βελτιωθούν οι διαταραγμένες λειτουργίες (Logemann, 1994).

#### **A) Κλίση της κεφαλής προς τα εμπρός**

**Αρχή:** Στένωση της εισόδου των αεροφόρων οδών μέσω μετακίνησης της ρίζας της γλώσσας και της επιγλωττίδας προς το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, παρεμπόδιση της προς τα πίσω ολίσθησης του βλωμού πριν την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης, αμφίβολη βελτίωση της κλίσης της επιγλωττίδας.

**Ένδειξη:** ανεπαρκής στοματικός έλεγχος του βλωμού, μειωμένη έλξη της ρίζας της γλώσσας, επιβράδυνση της έκλυσης του αντανακλαστικού κατάποσης, διαταραγμένη λαρυγγική προσαγωγή.

#### **B) Κλίση της κεφαλής προς τα πίσω**

**Αρχή:** υποστήριξη και επιτάχυνση της μεταφοράς του βλωμού. Με τη στάση αυτή ελαττώνεται η χαλάρωση του φαρυγγοισοφαγικού σφιγκτήρα.

**Ένδειξη:** διαταραχή της γλωσσικής μεταφοράς του βλωμού μετά την τοποθέτησή του σε κοίλωμα άνω επιφάνειας της γλώσσας.

#### **4.4.5.4 Ασκήσεις κατάποσης**

Οι ασκήσεις κατάποσης εξυπηρετούν στην προστασία των αεροφόρων οδών (υπεργλωττιδική κατάποση, ανώτερη-υπεργλωττιδική κατάποση) ή στην υποστήριξη της μεταφοράς της τροφής (ενισχυμένη κατάποση-

επανακατάποση-άσκηση Mendelsohn). Οι ασκήσεις κατάποσης εφαρμόζονται μόνες τους ή συνδυαστικά μαζί με άλλες τεχνικές (πχ αλλαγή στη στάση του σώματος). Οι βιντεοενδοσκοπικές και οι βιντεοκινηματογραφικές αξιολογήσεις της κατάποσης, δίνουν πληροφορίες για το ποιες ασκήσεις κατάποσης είναι αποτελεσματικές σε κάθε περίπτωση. Αρχικά, οι ασκήσεις εφαρμόζονται με κενή κατάποση (έμμεση θεραπεία) και μετά μαζί με προσπάθειες κατάποσης μα τρόφιμα(άμεση θεραπεία). Δεν βοηθούν μόνο στην αντιστάθμιση αλλά επιπλέον συνδράμουν και στην ενδυνάμωση των μυών και είναι δραστικές επίσης ως αιτιολογική μέθοδος θεραπείας. Με εντατική άσκηση οι ασκήσεις που είναι κουραστικές για τον ασθενή εκτελούνται αυτόματα. Θα πρέπει να αποφασιστεί από την ομάδα των ειδικών αν οι ασκήσεις κατάποσης θα πρέπει να εφαρμοστούν παροδικά ή για πάντα (Martin, 1995).

#### **A) Υπεργλωττιδική κατάποση**

Η άσκηση αυτή εκτελέστηκε για πρώτη φορά από τον Larsen το 1972.

Αρχή: Μετά από συνειδητή κατακράτηση της αναπνοής αποφράσσεται ηθελημένα ο λάρυγγας στο επίπεδο της γλωττίδας πριν και μετά την κατάποση και έτσι καθαρίζεται η γλωττίδα από τυχόν υπολείμματα τροφών μέσω βήχα και επανάληψης της κατάποσης πριν τη νέα εισπνοή.

Ένδειξη: ατελής σύγκλιση του λάρυγγα (καταποτική εισρόφηση).

Πρακτική εκτέλεση:

- Γίνεται εισπνοή και η αναπνοή κρατείται. Αν υπάρχει ανάγκη γίνεται φωνητική άσκηση πίεσης για τον ακουστικό έλεγχο της σύγκλισης της γλωττίδας.
- Κατάποση και μετά κράτημα της αναπνοής χωρίς να γίνει εισπνοή.
- Παράγεται ξηρός βήχας ή βήχας χωρίς να έχει προηγηθεί εισπνοή.

- Επανακατάποση
- Βιντεοενδοσκοπικές μελέτες, έδειξαν ότι κάποιοι ασθενείς δεν επέδειξαν καμιά σύγκλιση της γλωττίδας με αυτή την άσκηση

### **B) Ανώτερη –υπεργλωττιδική κατάποση (Martin, 1992)**

Αρχή: με την υπεργλωττιδική κατάποση που είναι επιβαλλόμενη, δηλαδή με το κράτημα της αναπνοής και την πρόσθετη άσκηση πίεσης επιδιώκεται η υπεργλωττιδική απόφραξη του λάρυγγα . Στους υγιείς κατέστη δυνατό με αυτό το μηχανισμό απόφραξης του λάρυγγα να εντοπισθούν μεγαλύτερες ποσότητες υγρών κατά την κατάποση. Φυσιολογικά, η απόφραξη του λάρυγγα δεν επιτυγχάνεται μόνο νευρικά αλλά γίνεται και μηχανικά λόγω της ανύψωσης του λάρυγγα. Οι βιντεοενδοσκοπικές και βιντεοκινηματογραφικές εξετάσεις σε άτομα υγιή έδειξαν ότι η ανώτερη υπεργλωττιδική κατάποση είναι προτιμότερη από την υπργλωττιδική. Αυτό γιατί εκτός από την απόφραξη του λάρυγγα επιδιώκει επιδρά θετικά σε χρονικές και μηχανικές διαδικασίες κατά τη στοματοφαρυγγική κατάποση.

Ένδειξη: Ανεπαρκής σύγκλιση του λάρυγγα πχ μετά από υπεργλωττιδική τομή στο λάρυγγα κατά Alonso, για να υποστηριχθεί η συρρίκνωση της γλώσσας.

Πρακτική εκτέλεση:

- Εισπνοή
- Κράτημα της αναπνοής και ίσως πίεση με τη φωνή
- Πίεση και μαζί κατάποση
- Ξηρός ή και παραγωγικός βήχας
- Διπλή/πολλαπλή κατάποση

### Γ) Άσκηση Mendelsohn

Αρχή: Μέσω συνειδητής ανύψωσης της ρίζας της γλώσσας προς τον φάρυγγα επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη ώθηση του οργάνου της γλώσσας. Με τον τρόπο αυτό έχουμε καλύτερη κρικοφαρυγγική διάνοιξη και είναι εφικτό να υπάρξει μείωση των φαρυγγικών κατακρατήσεων και της εισρόφησης μετά την κατάποση.

Ένδειξη: διαταραχές της ώθησης η οποία ασκείται από τη γλώσσα αλλά και της ανύψωσης του λάρυγγα, αποσυντονισμός της κατάποσης.

Πρακτική εφαρμογή:

- Ο ασθενής μέσω ενός καθρέφτη, τοποθετεί το δάχτυλό του πάνω στο θυρεοειδή χόνδρο έπειτα καταπίνει πολλές φορές και ψηλαφίζει την ανύψωση του λάρυγγα.
- Στη διάρκεια της κατάποσης εφαρμόζεται κράτημα και πίεση στη ρίζα της γλώσσας και στην υπερώα ενώ γίνεται και ψηλάφηση της μεγαλύτερης ανύψωσης του λάρυγγα.

Αυτή η άσκηση μπορεί να γίνει πιο εύκολα αν ο ασθενής επαναλάβει συνεχόμενα το φώνημα /κ/ ή αν χειρονακτικά ανυψωθεί ο λάρυγγας. Είναι μια άσκηση που έχει συχνή εφαρμογή και μπορεί να επιφέρει τη βελτίωση της λαρυγγικής ανύψωσης (McCullough, Kamarunas, Mann, Schmidley, Robbins, Crary, 2012).

## 4.4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΥ

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση και αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης από το νευρολόγο, είναι ουσιαστική για τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Ο ρόλος του νευρολόγου, κατά κύριο λόγο, έγκειται στο να παρέμβει θεραπευτικά στα νευρολογικά αίτια που επηρεάζουν την μάσηση και την κατάποση και όχι τόσο στο ίδιο το σύμπτωμα της δυσφαγίας (ASHA, 2002). Παρόλα αυτά, η συμβολή του πραγματοποιείται και μέσω νευροφυσιολογικών θεραπευτικών μεθόδων.

### 4.4.6.1 Η Αιτιολογική θεραπεία

Η αιτιολογική θεραπεία έχει ως στόχο της τη βελτίωση της κινητικότητας (αύξηση της δύναμης και έκταση της κίνησης), τη ρύθμιση του τόνου (αποδόμησης της μυϊκής υπερτονίας, δημιουργία φυσιολογικού τόνου), την ομαλοποίηση της απτικής αισθητικότητας (αντίληψης) καθώς και την αποδόμηση παθολογικών αντανακλαστικών. Η διευκόλυνση επιθυμητών κινήσεων και η παύση μη επιθυμητών κινήσεων, επιτυγχάνονται με κατευθυνόμενα ερεθίσματα όπως είναι ο χειρισμός ή η διέγερση. Στις αιτιολογικές θεραπείες, μαζί με τις παραδοσιακές λογοθεραπευτικές μεθόδους της αναπνοής, της άρθρωσης και της φωνής περιλαμβάνονται και οι νευροφυσιολογικές μέθοδοι. Αυτές υπολογίζουν τη φυσιολογική αισθητικοκινητική εξέλιξη, δηλαδή, πριν τη δρομολόγηση υψηλότερων λειτουργιών, αποδομούνται πρώτα τα παθολογικά στοματικά αντανακλαστικά (π.χ. αντανακλαστικό κατάποσης ή αντανακλαστικό δήξεως). Μέχρι όμως να επιτευχθεί ένα επιτυχές αποτέλεσμα μπορεί να περάσουν εβδομάδες ή και μήνες (Bigenzahn, Denk, 2007).



Στα νευροφυσιολογικά θεραπευτικά πλάνα ανήκουν (Jones & Ravich 1995):

#### **A) Θεραπεία της νευρολογικής εξέλιξης κατά Bobath (1973)**

Στοχεύει στην ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και στην επανεκμάθηση και ανάκτηση της χαμένης κινητικότητας.. Δρομολογούνται κινήσεις με τη σειρά εξέλιξή τους και έπειτα από την ομαλοποίηση του τόνου και την αναστολή των αντανακλαστικών, εκγυμνάζονται οι εκούσιες κινήσεις. Σημαντική είναι η προσοχή στις στάσεις που καταστέλλουν τα αντανακλαστικά.

#### **B) Στοματοπροσωπική θεραπεία κατά Coombes (1996)**

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη νευρολογική θεραπεία του Bobath και έχει ως στόχο της τη ρύθμιση του τόνου της στοματοπροσωπικής οδού. Κατά τη θεραπεία, που πρέπει να αρχίζει νωρίς, ο θεραπευτής εκτελεί μεταξύ άλλων και διεγέρσεις στην περιοχή του προσώπου και του στόματος. Αυτές μπορούν να γίνουν και σε ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους. Διακρίνονται 4 τομείς: η λήψη τροφής, η υγιεινή του στόματος, η μη λεκτική επικοινωνία και η ομιλία. Δίνεται προσοχή στη φάση προετοιμασίας με πιθανή επιρροή στο συντονισμό και στην ετοιμότητα της αναπνοής και της κατάποσης.

#### **Γ) Στοματική ρυθμιστική θεραπεία κατά Castillo Morales (1991)**

Ο Castillo Morales, εξέλιξε μαζί με την στοματοπροσωπική θεραπεία και τη νευροκινητική θεραπεία, όπου μπορούν να εφαρμοστούν σε νεογέννητα, σε μικρά παιδιά αλλά και σε ενήλικες που αντιμετωπίζουν αισθητικοκινητικές διαταραχές στην περιοχή του στόματος και του

προσώπου. Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόζονται η έλξη, η πίεση και η δόνηση. Αυτές οι τεχνικές διέγερσης, έχουν επίδραση ρυθμιστικά στον τόνο και την αισθητικότητα, και μιμούνται φυσιολογικά πρότυπα κίνησης.

Με αυτό το θεραπευτικό πλάνο, δεν είναι εύκολο να γίνουν μεμονωμένες κινήσεις αλλά ευνοούνται συνολικά κινητικά πρότυπα όπως η ρόφηση ή η κατάποση. Μεμονωμένα στοιχεία όπως είναι οι ασκήσεις προετοιμασίας των μιμητικών μυών ή η βασική άσκηση παραλλαγής, χρησιμοποιούνται στην αποκατάσταση της κατάποσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1. Σκοπός της έρευνας - υποθέσεις της έρευνας

Αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι η δυσφαγία και οι διαταραχές κατάποσης είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να επηρεάσει κάθε ηλικία και να επιφέρει πολλαπλά προβλήματα στους ασθενείς αλλά και στο οικείο τους περιβάλλον. Γιατροί και θεραπευτές πολλών ειδικοτήτων όπως είναι νευρολόγοι και λογοθεραπευτές, έχουν τη δυνατότητα να συνεργαστούν και από κοινού να καταρτίσουν και να εφαρμόσουν το κατάλληλο πρόγραμμα θεραπείας που είναι εξατομικευμένο για κάθε ασθενή και που μπορεί να αποφέρει τα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα.

Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας για το τμήμα Λογοθεραπείας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Δυτικής Ελλάδας. Σχεδιάστηκε σύμφωνα με τους προβληματισμούς που προέκυψαν από το ερευνητικό κενό που υπάρχει στη συνεργασία των νευρολόγων με τους λογοθεραπευτές σχετικά με τις διαταραχές κατάποσης και στη συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας σε αυτές.

Ως εκ τούτου, ένας από τους βασικότερους λόγους επιλογής αυτού του θέματος ήταν η ανάγκη διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο ο ιατρικός κλάδος των Ελλήνων νευρολόγων αντιλαμβάνεται την ύπαρξη διαταραχών κατάποσης. Δηλαδή, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας γίνεται περισσότερο κατανοητό, αφενός το κατά πόσο οι νευρολόγοι μπορούν να αξιολογήσουν, να διαγνώσουν και να παρέμβουν θεραπευτικά στις διαταραχές κατάποσης και αφετέρου το πώς οι λογοθεραπευτές επεμβαίνουν και ποιες είναι οι αρμοδιότητες τους σε τέτοιου είδους περιστατικά σε συνεργασία με το νευρολόγο. Τέλος,

θίγεται και η σπουδαιότητα της διεπιστημονικής κοινότητας στη διαχείριση των περιστατικών αυτών.

Με άλλα λόγια, κύριος στόχος της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας είναι να γίνει πιο σαφής η εικόνα μας σχετικά με την επίγνωση των νευρολόγων για το θέμα των διαταραχών κατάποσης, να διερευνηθούν οι γνώσεις που έχουν οι νευρολόγοι σχετικά με τον ρόλο των λογοθεραπευτών αλλά και με τη συνεργασία όλων των ειδικοτήτων της διεπιστημονικής ομάδας, όσον αφορά στις διαταραχές κατάποσης.

Για το σκοπό αυτό, σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις, μέσω του οποίου εξετάστηκαν οι εξής υποθέσεις:

- Η πλειοψηφία των νευρολόγων δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει ασθενείς με διαταραχές κατάποσης.
- Οι νευρολόγοι δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση ασθενών με διαταραχές κατάποσης.
- Οι νευρολόγοι δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή στην αποκατάσταση ασθενών με διαταραχές κατάποσης.
- Υπάρχει κενό συνεργασίας μεταξύ νευρολόγων και λογοθεραπευτών
- Οι νευρολόγοι έχουν ουσιαστικές προτάσεις με σκοπό την καλύτερη συνεργασία τους με τους λογοθεραπευτές

## 5.2. Μεθοδολογία - Συλλογή απαντήσεων

Εφόσον έγινε η συλλογή των απαραίτητων δευτερογενών στοιχείων και πληροφοριών από την αντίστοιχη επιστημονική βιβλιογραφία και αρθρογραφία σχετικά με τη θεματολογία της παρούσας έρευνας, κρίθηκε σκόπιμη η περαιτέρω διερεύνησή τους μέσω χορήγησης ερωτηματολογίου στους νευρολόγους.

Αρχικά και όσον αφορά τη συλλογή του δείγματος, οι ερευνητές χρειάστηκε να έρθουν σε επαφή με τη διοίκηση της εκάστοτε νοσοκομειακής μονάδας ώστε να πάρουν την έγκριση για την είσοδό τους στα νοσοκομεία και κυρίως για τη διανομή των ερωτηματολογίων. Έτσι, οι ερευνητές επικοινωνήσαν με τους νευρολόγους και τους ενημέρωσαν σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή.

Ένας άλλος τρόπος που συλλέχθηκαν τα δεδομένα ήταν με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή. Με σκοπό την εύρεση των νευρολόγων τόσο στην περιφέρεια της Αττικής όσο και ανά την Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκε ο χρυσός οδηγός. Με αυτό τον τρόπο συλλέχθηκαν τα προσωπικά e-mails των γιατρών, όπου και αποστάλθηκαν τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια μέσω της ηλεκτρονικής φόρμας

<https://docs.google.com/forms/d/12vzzGNtOIVHwN3765fowFUVMPnCmz19zE-Eg-pPXHnI/viewform>.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και οι απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές, με την έννοια ότι οι ερωτηθέντες έλαβαν τη διαβεβαίωση ότι οι απαντήσεις τους δεν θα γνωστοποιηθούν στο υπόλοιπο ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό.

### 5.3. Δειγματοληψία - συμμετέχοντες

Λόγω του ότι ο πληθυσμός είναι αρκετά μεγάλος σε μέγεθος, οι αναλυτές κατά τη διαδικασία της διερεύνησης καταφεύγουν στον ορισμό ενός μικρότερου μέρους του, που ονομάζεται δείγμα. Η διαδικασία αυτή της επιλογής συγκεκριμένου δείγματος ονομάζεται δειγματοληψία (Παπαδημητρίου, 1990). Στη παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας.

Το δείγμα αποτέλεσαν 86 Έλληνες νευρολόγοι. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια συλλογής των αποτελεσμάτων, χορηγήθηκαν σε νευρολόγους συνολικά 173 ερωτηματολόγια. Τα 49 εξ' αυτών χορηγήθηκαν στον φυσικό τους χώρο εργασίας (νοσοκομείο και ιδιωτικό ιατρείο) σε έντυπη μορφή και όλα αποδείχτηκαν έγκυρα, οπότε συμπεριλήφθησαν στο δείγμα. Τα 124 αποστάλθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και απαντήθηκαν μόλις τα 37.

### 5.4. Χρόνος και τύπος έρευνας

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε το χρονικό διάστημα από 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2015 μέχρι 31 Ιανουαρίου του 2016. Ο συνολικός χρόνος που χρειάστηκε για τη συλλογή όλου του δείγματος και την ολοκλήρωση της έρευνας ήταν 153 ημέρες και ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10-15 λεπτά.

Τα νοσοκομεία στα οποία δόθηκαν τα ερωτηματολόγια, εδρεύονται στην περιφέρεια Αττικής και ήταν τα εξής: νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας "Η Παμμακάριστος", Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Γενικό Νοσοκομείο Ελπίς, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Βιοκλινική Γενική Κλινική Αθηνών, Βιοϊατρική Αγίας Παρασκευής, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο και Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας "Άγιοι Ανάργυροι".

## 5.5. Είδος έρευνας

Κατά τον Kerlinger (2011), επιστημονική έρευνα ονομάζεται η συστηματική, ελεγχόμενη, εμπειρική και κριτική εξερεύνηση φαινομένων που καθοδηγείται από τη θεωρία και τις υποθέσεις που διατυπώνονται για τις σχέσεις μεταξύ των φαινομένων αυτών.

Οι έρευνες χωρίζονται σε ποσοτικές και ποιοτικές. Οι ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούνται όταν κάτι πρέπει να μετρηθεί ενώ οι ποιοτικές όταν κάτι πρέπει να περιγραφεί (Γεωργοπούλου, 2013). Στην προκειμένη περίπτωση η έρευνα είναι μικτή, με την έννοια ότι οι δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό ώστε να γίνουν μετρήσεις που έχουν ως κύριο σκοπό τη σύγκριση, την αξιολόγηση και την εις βάθος ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

## 5.6. Ερευνητικό εργαλείο

Τα ερωτηματολόγια αποτελούν μία από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές συλλογής δεδομένων, διότι συγκεντρώνονται δεδομένα από μακρινές αποστάσεις, πολλοί εξεταζόμενοι μπορούν να ερωτηθούν ταυτόχρονα καθώς επίσης καλούνται να απαντήσουν στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων (Λελάκης, 1994, Παπαδημητρίου, 1990). Επίσης είναι πρακτικά και παρέχουν έναν πολύ αποτελεσματικό τρόπο συγκέντρωσης απαντήσεων από ένα δείγμα ερωτώμενων, πολύ ευρύτερο από αυτό που επιτρέπει οποιαδήποτε άλλη τεχνική.

Έχοντας ως σκοπό την λήψη απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας, δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο στον ιατρικό κλάδο των Ελλήνων νευρολόγων. Αξίζει να αναφερθεί πως το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 30 συνολικά ερωτήσεις ανοιχτού-κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποσοτικοποίηση των απαντήσεων, χωρίς ταυτόχρονα να χαθεί

καμία πληροφορία από τις απαντήσεις και τις στάσεις των ερωτηθέντων. Οι κλειστού τύπου ερωτήσεις απαιτούσαν την επιλογή μιας ή περισσοτέρων απαντήσεων από μια λίστα ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν αριθμητικά (κλίμακα Likert). Στις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν ελεύθερα την γνώμη τους.

Συμπληρωματικά, αξίζει να τονιστεί πώς η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες δημιουργήθηκαν με σκοπό να καλύψουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό όλες τις πτυχές του θέματος της συγκεκριμένης μελέτης. Αρχικό βήμα, ήταν η δημιουργία δύο βασικών κατηγοριών. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία, όπως ηλικία, φύλο, επίπεδο σπουδών, βαθμό εργασίας, χώρο απασχόλησης, συχ. Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην ενημερότητα των νευρολόγων σχετικά με τις διαταραχές κατάποσης, στο ρόλο του λογοθεραπευτή σε αυτές καθώς και στη συνεργασία που μπορεί να πραγματοποιηθεί στην ευρύτερη διεπιστημονική κοινότητα.

Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της τρέχουσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό του Microsoft Excel που περιέχεται στο Microsoft Office και είναι το κυρίαρχο πρόγραμμα υπολογιστικών φύλλων. Για την παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το κυκλικό γράφημα – πίτα. Τα αποτελέσματα παρατίθενται αναλυτικά παρακάτω.

## **5.7. Εγκυρότητα- Αξιοπιστία**

Δύο από τα σημαντικότερα συστατικά μιας επιτυχούς έρευνας είναι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία. Σύμφωνα με την American Educational Research Association (1999), η εγκυρότητα (validity) μιας έρευνας



αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η θεωρία υποστηρίζει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και την προτεινόμενη χρήση της έρευνας. Η εγκυρότητα χωρίζεται σε εσωτερική και εξωτερική και είναι απαραίτητη προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι ερμηνεύσιμα (Γεωργοπούλου, 2013).

Η αξιοπιστία δείχνει κατά πόσο τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι συνεπή και κατά πόσο αν επαναληφθεί η ίδια ερευνητική διαδικασία κάτω από τις ίδιες συνθήκες θα προκύψουν τα ίδια συμπεράσματα. Με τις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ενός εργαλείου (στην προκειμένη περίπτωση ερωτηματολόγιο) θα πρέπει να προκύπτουν τα ίδια αποτελέσματα (Γεωργοπούλου, 2013). Όσον αφορά την δική μας έρευνα, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία εξασφαλίστηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια όπως τα παρακάτω (Bell 1997, Cohen & Manion, 1997):

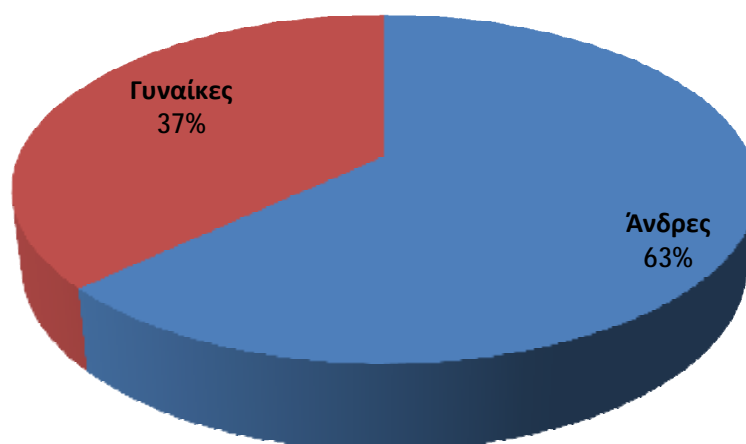
- το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν αφού συλλέχθηκαν μέσω της χορήγησης των ερωτηματολογίων στο φυσικό χώρο εργασίας των νευρολόγων.
- τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν από τους ίδιους τους ερευνητές.
- η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου και η ανάλυση τους είναι ποσοτική και ποιοτική

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

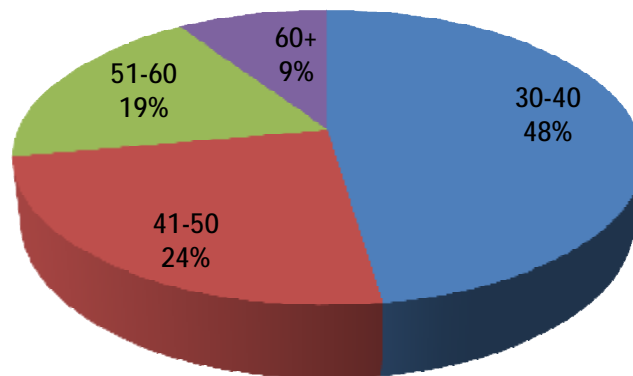
#### 6.1. Δημογραφικά στοιχεία έρευνας

Γράφημα 1. Φύλο συμμετεχόντων νευρολόγων



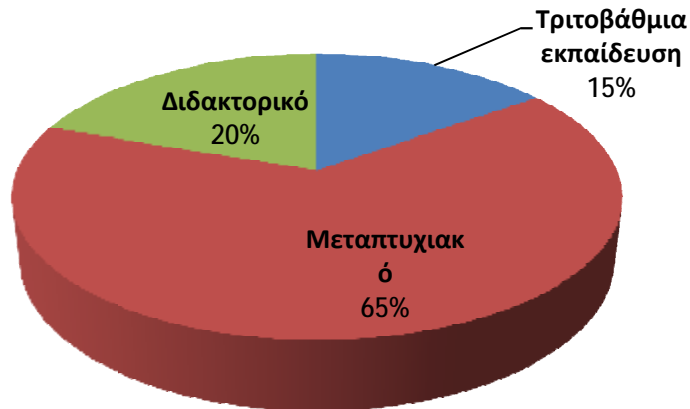
Από τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη, όσον αφορά στο φύλο των συμμετεχόντων, το ποσοστό 63% αφορά άνδρες και το ποσοστό 37% γυναίκες. Έτσι υπάρχει σφαιρική εικόνα και από τα δύο φύλα.

**Γράφημα 2. Ηλικία συμμετεχόντων νευρολόγων**



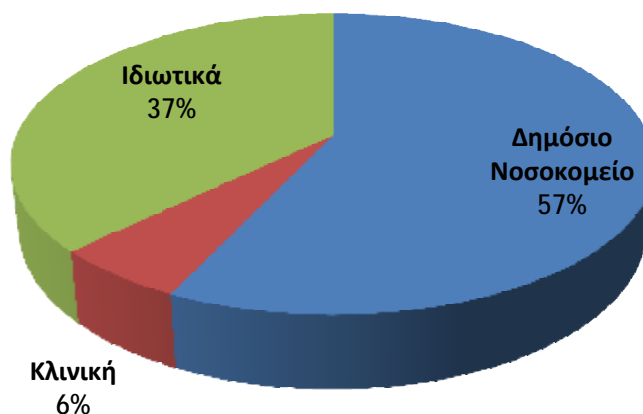
Από το γράφημα 2, παρατηρείται ότι στο σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα, δυναμική εκπροσώπηση έχουν τα άτομα που βρίσκονται στην ηλικία των 30-40 ετών με ποσοστό 47,67%. Επίσης, το 24,42 % των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικία των 41-50 ετών, ενώ εκείνοι που βρίσκονται στην ηλικία 51-60 ετών ανέρχονται σε ποσοστό 18,60%. Τέλος στην έρευνα συμμετείχαν σε μικρό ποσοστό της τάξεως του 9,30% επιστήμονες μεγαλύτερης ηλικίας, δηλαδή άνω των 60 ετών.

**Γράφημα 3. Επίπεδο σπουδών συμμετοχόντων νευρολόγων**



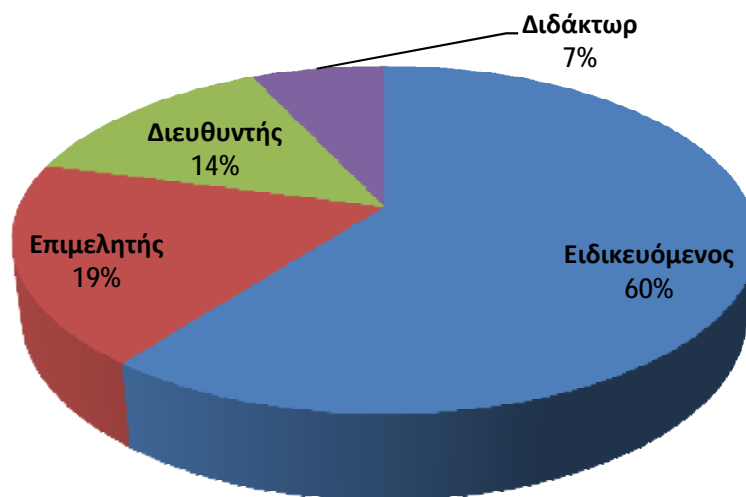
Από το παραπάνω γράφημα παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το 65,12% έχει ολοκληρώσει το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. Επίσης, με διαφορά παρατηρείται ότι τα άτομα που έχουν συνεχίσει τις σπουδές τους σε επίπεδο διδακτορικού ανέρχονται σε ποσοστό 19,77%. Ακόμη, υπάρχει και ένα ποσοστό 15,12% των ατόμων που δεν συνέχισαν τη διαδικασία των σπουδών αλλά περιορίστηκαν στην ολοκλήρωση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

**Γράφημα 4. Χώρος εργασίας συμμετεχόντων νευρολόγων**



Από τους 86 επιστήμονες που συμμετείχαν στην έρευνα συμπεραίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (56,96%) εργάζεται σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο της χώρας. Επίσης, υπάρχει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ατόμων που απάντησαν στις ερωτήσεις μας (37,21%) το οποίο έχει επιλέξει να ασκεί το επάγγελμα του σε ιδιωτικό επίπεδο, έχοντας δηλαδή δημιουργήσει το δικό του ιατρείο. Ωστόσο, υπάρχει και η μερίδα εκείνων που αν και σε μικρό ποσοστό (5,81%) εργάζεται σε κάποια κλινική.

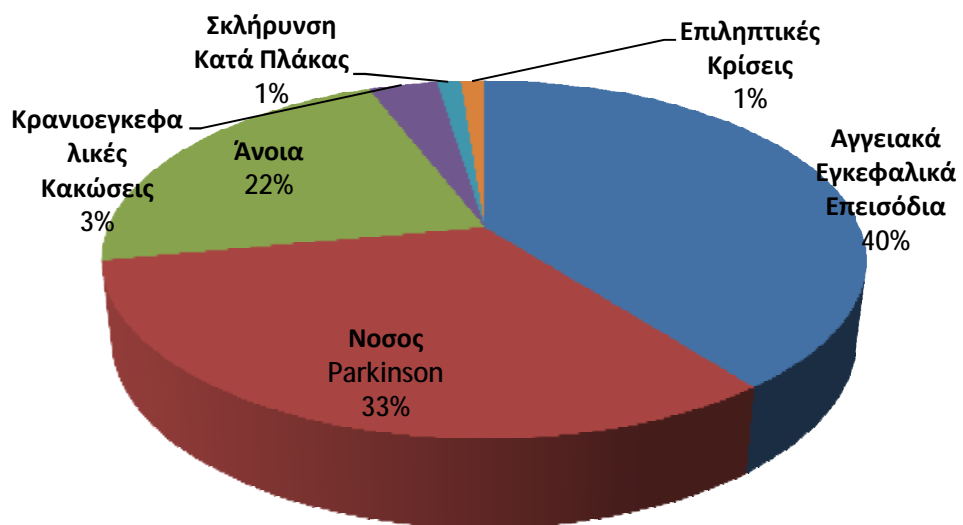
**Γράφημα 5. Βαθμός εργασίας συμμετεχόντων νευρολόγων**



Ακόμη, από την έρευνα διαφαίνεται ότι από τους 86 συμμετέχοντες, οι περισσότεροι εργάζονται αυτή τη στιγμή ως ειδικευόμενοι (60,47%) ενώ υπάρχουν και επιστήμονες που έχουν το βαθμό του επιμελητή (18,60%).

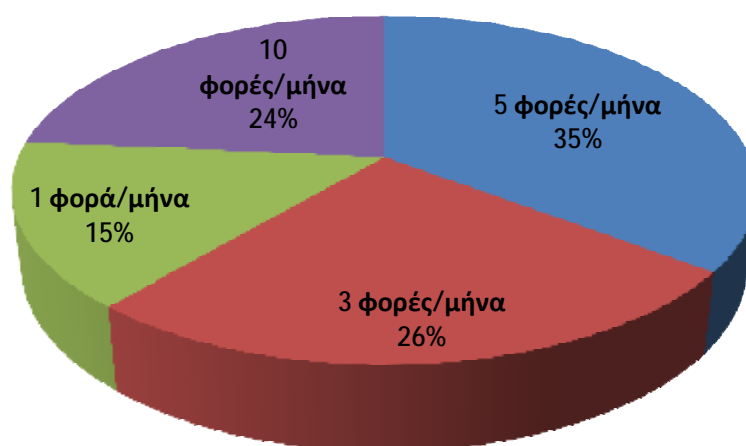
Επίσης, στη θέση του διευθυντή υπηρετεί το 13,95% των ερωτηθέντων ενώ υπάρχει και μια μικρή μερίδα σε ποσοστό 6,98% που είναι διδάκτορες.

**Γράφημα 6. Συχνότητα περιστατικών συμμετεχόντων νευρολόγων**



Οι επιστήμονες που συμμετείχαν στην έρευνα ερωτήθηκαν για τη φύση των περιστατικών που καλούνται να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη συχνότητα. Έτσι μας απάντησαν πως το πιο συχνό περιστατικό είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (39,53%), ενώ ακολουθεί με περίπου ίδια συχνότητα η νόσος του Parkinson (32,56%). Στη συνέχεια, συχνά είναι και τα περιστατικά με άνοια (22,09%), ενώ σε μικρό ποσοστό (3,49%) αντιμετωπίζονται κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Ακόμη μικρότερη σε συχνότητα είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι επιληπτικές κρίσεις που εμφανίζονται σε ποσοστό 1,2%.

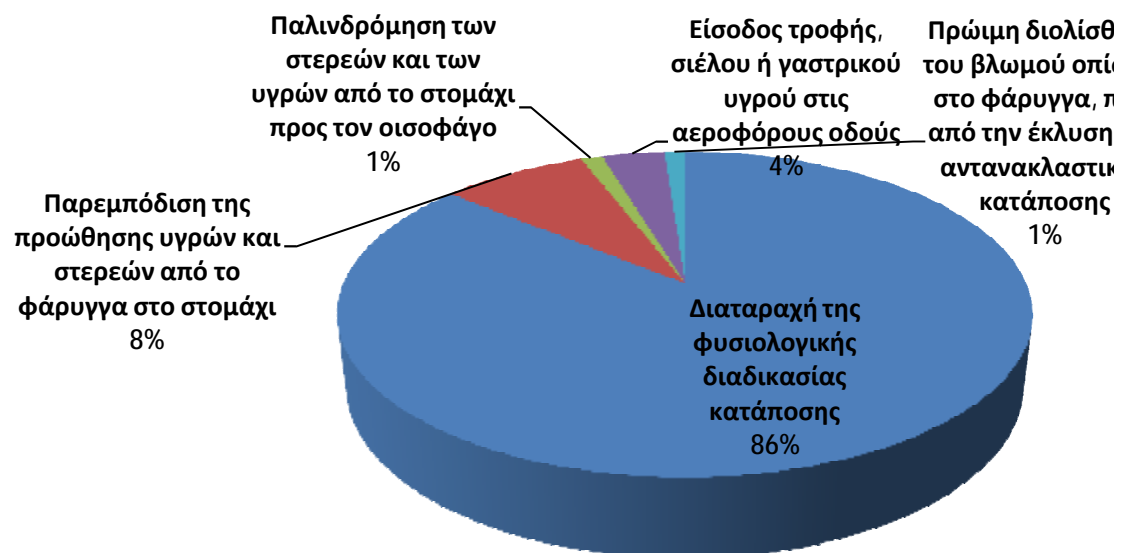
**Γράφημα 7. Συχνότητα περιστατικών με δυσκαταποσία**



Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά οι νευρολόγοι βλέπουν και αντιμετωπίζουν περιστατικά με δυσκαταποσία το 36% των επιστημόνων απάντησε ότι αυτό συμβαίνει πέντε φορές το μήνα ενώ το 25,6% αντιμετωπίζει τέτοια περιστατικά τρεις φορές το μήνα. Επίσης, το 23,3% βλέπει περιστατικά δυσκαταποσίας δέκα φορές μέσα στον μήνα, ωστόσο έχουμε και το 15,1% των ερωτηθέντων που μόνο μία φορά το μήνα θα δει τέτοια περιστατικά.

## 6.2 Κύριο μέρος της έρευνας: Δυσφαγία και Διεπιστημονική συνεργασία

Γράφημα 8. Ορισμός δυσκαταποσίας

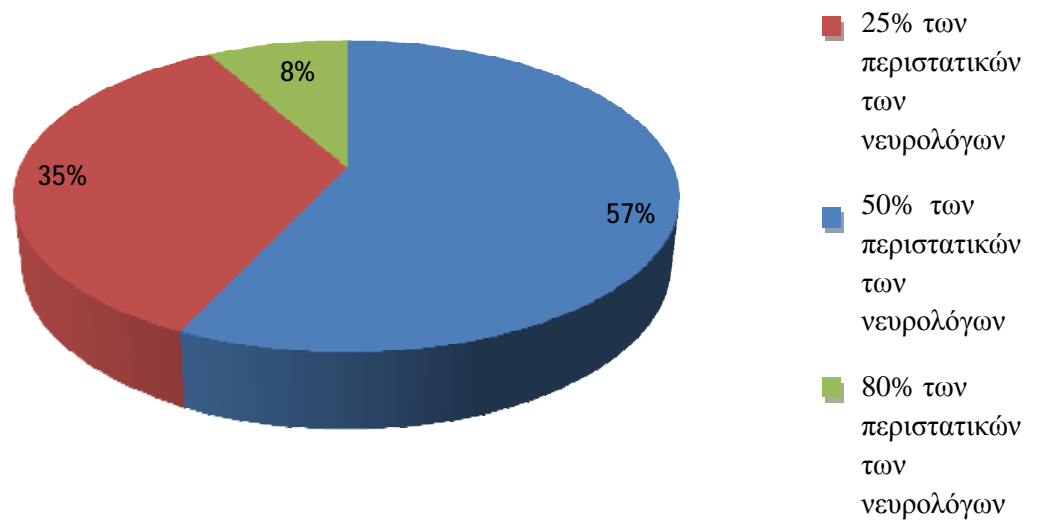


Από το γράφημα 8, στην ερώτηση του οποίου οι νευρολόγοι καλούνταν να δώσουν έως δυο απαντήσεις, γίνεται φανερό ότι για το 86,05% των επιστημόνων, ο όρος δυσκαταποσία δηλώνει μία διαταραχή της φυσιολογικής διαδικασίας της κατάποσης. Είναι ένα μεγάλο ποσοστό που φανερώνει την σύγκλιση των επιστημόνων για τον όρο της δυσκαταποσίας. Έπειτα, σε ποσοστό 8,14% ακολουθούν εκείνοι που δήλωσαν ότι δυσκαταποσία σημαίνει η παρεμπόδιση της προώθησης υγρών και στερεών τροφών από την περιοχή του φάρυγγα στο στομάχι. Ακόμη, σε ποσοστό 3,5% επικρατεί η άποψη ότι δυσκαταποσία σημαίνει



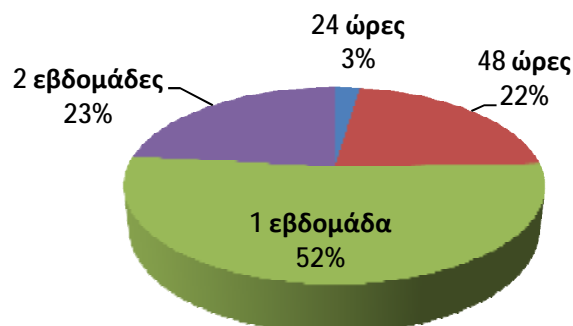
η είσοδος τροφής σιέλου ή γαστρικού υγρού στις αεροφόρους οδούς ενώ σε ποσοστό 1,16% επικρατεί η άποψη ότι δυσκαταποσία σημαίνει η πρώιμη διολίσθηση του βλωμού οπίσθια στο φάρυγγα. Τέλος, για το 1,2% των ερωτηθέντων η δυσκαταποσία φανερώνει παλινδρόμηση της τροφής από το στομάχι προς τον οισοφάγο.

#### Γράφημα 9. Ποσοστό περιστατικών με δυσκαταποσία



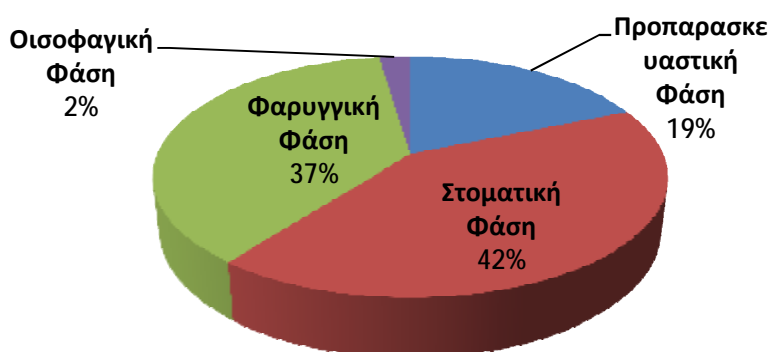
Όπως προκύπτει και από το γράφημα 9, οι περισσότεροι επιστήμονες έχουν σε ποσοστό 56,96% περιστατικά που έρχονται σε αυτούς με συμπτώματα δυσκαταποσίας. Στη συνέχεια ακολουθούν εκείνοι που τα περιστατικά τους εμφανίζουν δυσκαταποσία σε ποσοστό 34,88% ενώ υπάρχουν και οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι μόνο το 8,14% από τα περιστατικά που καλούνται να αντιμετωπίσουν έχουν συμπτώματα με δυσκολία κατάποσης.

**Γράφημα 10. Μέση διάρκεια δυσκαταποσίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση**



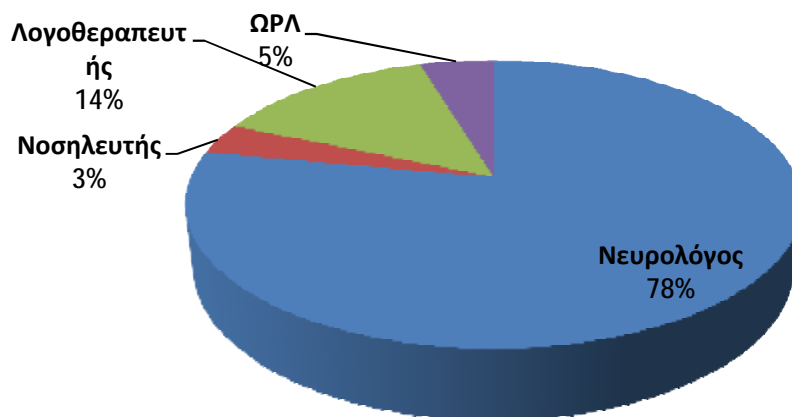
Από το γράφημα 10, παρατηρούμε ότι το 52,33% των επιστημόνων θεωρεί ότι η δυσκαταποσία σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση διαρκεί περίπου μία εβδομάδα. Στη συνέχεια το 23,26% θεωρεί ότι η μέση διάρκεια της δυσκαταποσίας σε αυτούς τους ασθενείς κρατά δύο εβδομάδες ενώ με μικρή διάφορα σε ποσοστό 22,09% ακολουθούν εκείνοι που εκτιμούν τη μέση διάρκεια των συμπτωμάτων δυσκαταποσίας μόνο 48 ώρες. Τέλος, υπάρχουν και οι επιστήμονες που θεωρούν πως η δυσκολία της κατάποσης διαρκεί μόνο 24 ώρες, αν και μικρό ποσοστό της τάξεως του 2,33%.

**Γράφημα 11. Φάση Κατάποσης Που Εμφανίζονται Συχνότερα Διαταραχές**



Οι νευρολόγοι απάντησαν ότι τα περιστατικά τους σε ποσοστό 41,86% εμφανίζουν διαταραχές στην κατάποση τις περισσότερες φορές στη στοματική φάση ενώ το 37,21% στη φαρυγγική φάση της κατάποσης. Με διαφορά ακολουθούν εκείνοι που με ποσοστό 18,60 % απάντησαν πως έχουν εντοπίσει δυσκαταποσία στην προπαρασκευαστική φάση, δηλαδή σε αρχικό στάδιο. Τέλος, σε μικρό ποσοστό 2,33% κάποιοι επιστήμονες αντιμετωπίζουν ασθενείς με διαταραχές στην οισοφαγική φάση της κατάποσης.

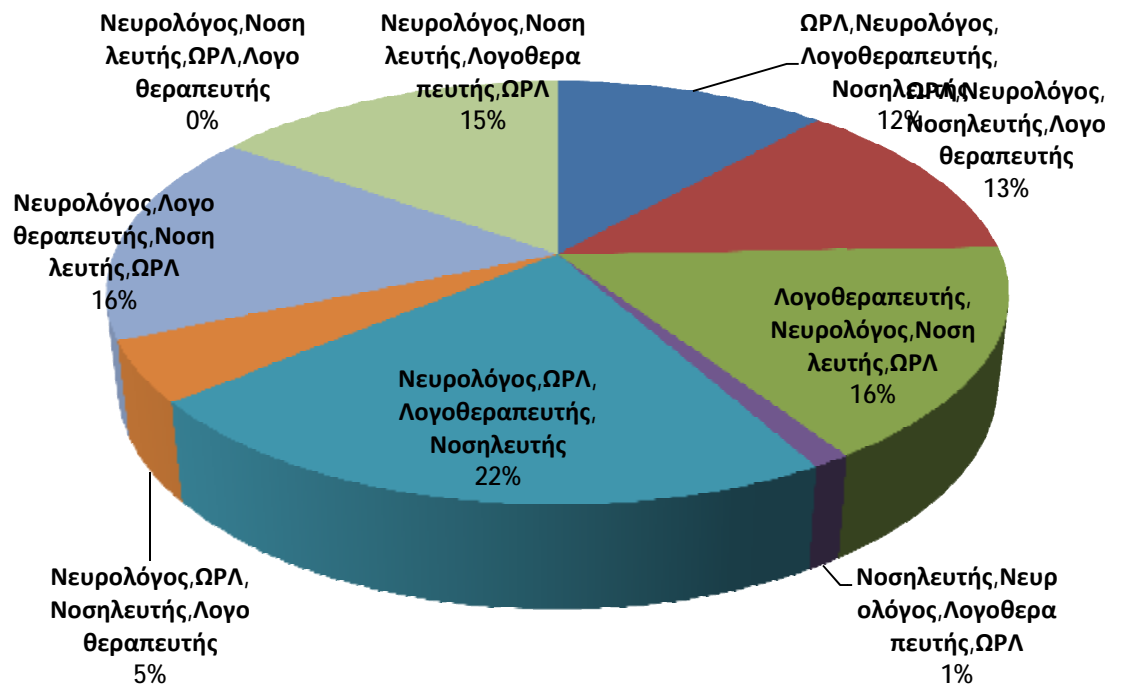
**Γράφημα 12. Ποιος κατέχει τον πρωτεύοντα ρόλο στην αξιολόγηση της κατάποσης**



Στην ερώτηση ποιος θεωρούν ότι έχει προτεραιότητα για να εκτιμήσει την κατάσταση κατάποσης ενός ασθενή, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν σε ποσοστό 77,91% πως η ειδικότητα του νευρολόγου πρέπει πρώτα να κάνει την αξιολόγηση της διαταραχής. Έτσι, βλέπουμε ότι ο νευρολόγος είναι κατά γενική ομολογία αυτός που θα κάνει την πρώτη επισκόπηση του ασθενούς και έπειτα θα παραπέμψει για περαιτέρω συνεκτίμηση. Ωστόσο, το 13,95 % των επιστημόνων θεωρεί ότι ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να έχει προτεραιότητα, ενώ μόλις το 4,65 % θεωρεί πως ο ρόλος αυτός ανήκει στον Ω.Ρ.Λ. Τέλος, το 3,49% των

ερωτηθέντων εκτιμά πως πρωτεύοντα ρόλο πρέπει να έχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

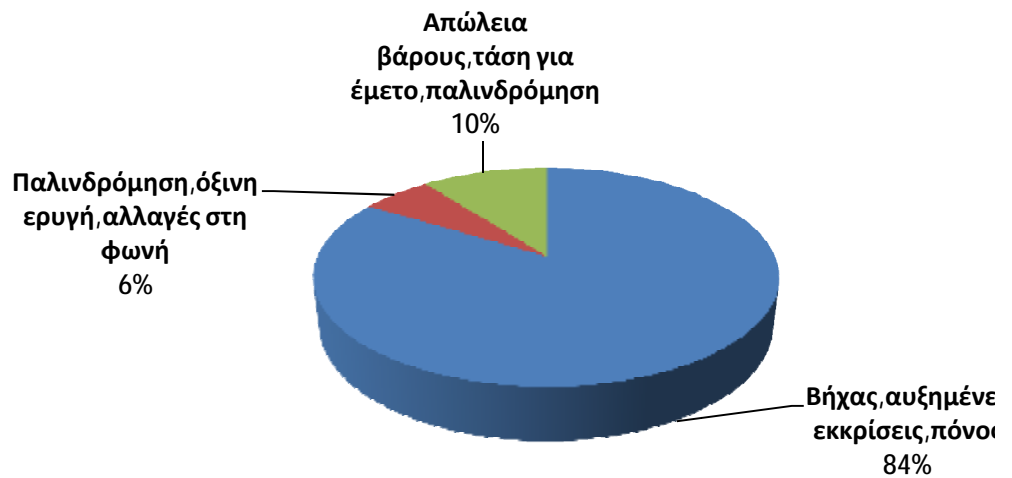
**Γράφημα 13. Προτεραιότητα ειδικοτήτων στην αξιολόγηση της κατάποσης**



Οι νευρολόγοι σε ποσοστό 22,09% πιστεύουν ότι πρώτα την εκτίμηση του περιστατικού πρέπει να την κάνει ο νευρολόγος και ακολουθούν ο Ω.Ρ.Λ και οι υπόλοιπες ειδικότητες. Στο ποσοστό του 16,26% έχουμε εκείνους που θεωρούν το νευρολόγο πρωταρχικό παράγοντα και έπειτα τον λογοθεραπευτή και τους υπόλοιπους επιστήμονες καθώς και αυτούς που δίνουν προβάδισμα στον λογοθεραπευτή, μετά στο νευρολόγο και στους υπόλοιπους ειδικούς. Σε ποσοστό 15,12% οι ερωτηθέντες δίνουν προτεραιότητα στον νευρολόγο, μετά στον νοσηλευτή και στη συνέχεια

στο λογοθεραπευτή και τον Ω.Ρ.Λ, ενώ 12,79% δίνει προβάδισμα στον Ω.Ρ.Λ και ακολουθούν ο νευρολόγος, ο νοσηλευτής και ο λογοθεραπευτής. Ακόμη, το 11,63% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τον πρώτο λόγο έχει ο Ω.Ρ.Λ, μετά ο νευρολόγος, ο λογοθεραπευτής και μετά ο νοσηλευτής. Τέλος, πολύ μικρό ποσοστό (1,16%) δίνει προτεραιότητα στην ειδικότητα του νοσηλευτή και έπειτα στις άλλες ειδικότητες.

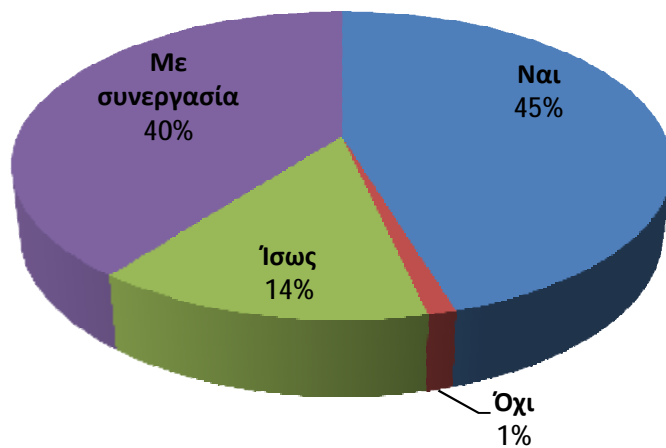
**Γράφημα 14. Συνήθης κλινική εικόνα σε διαταραχή κατάποσης**



Από το γράφημα παρατηρείται ότι σε ποσοστό 83,72% οι ασθενείς με διαταραχή κατάποσης εμφανίζουν βήχα, αυξημένες εκκρίσεις και πόνο. Είναι από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που δείχνουν την αρχή των διαταραχών κατάποσης. Έπειτα υπάρχει το 10,47% των ασθενών που εμφανίζουν παλινδρόμηση, χάνουν βάρος και έχουν τάση για έμετο

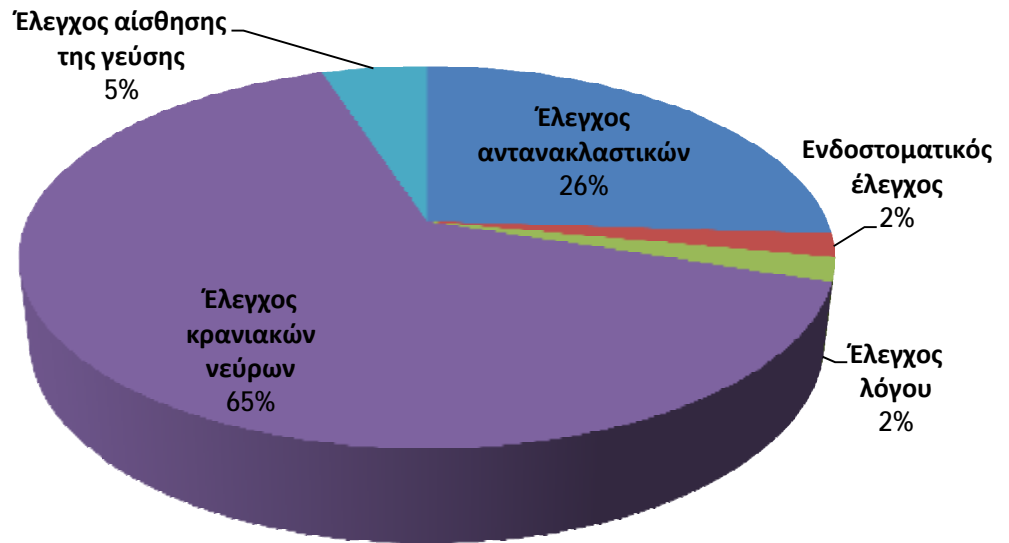
καθώς και το 5,81% εκείνων που ταλαιπωρούνται από παλινδρόμηση, όξινη ερυγή και αλλαγές στη φωνή τους.

**Γράφημα 15. Πραγματοποίηση αξιολόγησης δυσκαταποσίας από το νευρολόγο**



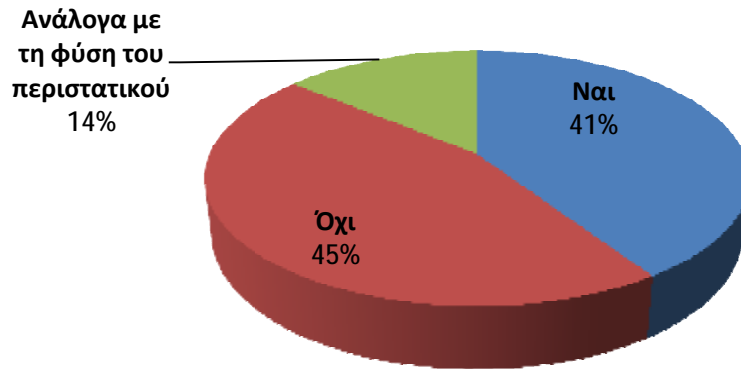
Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 45,35% είναι πρόθυμο να αναλάβει την αξιολόγηση μίας κατάστασης με δυσκολία στην κατάποση. Επίσης, υπάρχουν και αυτοί που σε ποσοστό 39,53% θα αναλάμβαναν την αξιολόγηση αλλά με τη συνεργασία και άλλων ειδικών. Επιπλέον, το 13,95% εκφράζει τη μικρή πιθανότητα της ανάληψης μιας αξιολόγησης δυσκαταποσίας ενώ μόνο το 1,16% των ερωτηθέντων είναι αρνητικό στην ανάληψη μιας αξιολόγησης ασθενούς με διαταραχή κατάποσης.

**Γράφημα 16. Άμεση προτεραιότητα στην αξιολόγηση της κατάποσης**



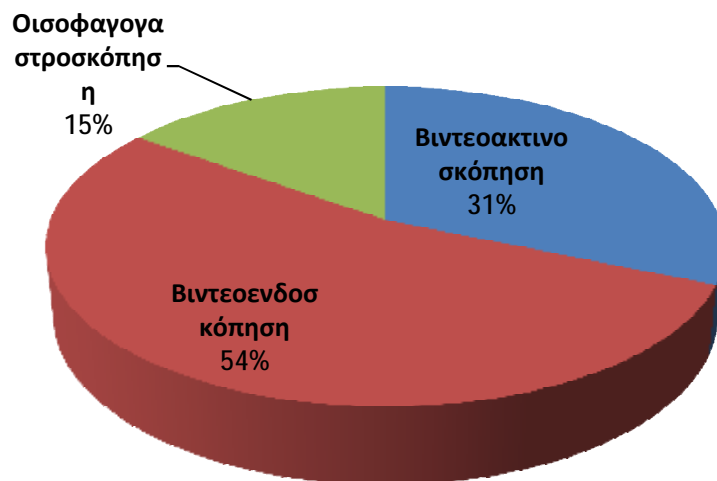
Από το γράφημα 16 σε μια μικρής διάρκειας αξιολόγηση διαταραχής κατάποσης το 48,84% των επιστημόνων θα έλεγχαν πρώτα τα κρανιακά νεύρα για κάποια πιθανή βλάβη. Το 25,58% θα προχωρούσε αρχικά στον έλεγχο των αντανακλαστικών του ασθενή που σχετίζονται με την αίσθηση και το 4,65% των ειδικών θα έκανε πρώτα μια στοματοκινητική εξέταση. Τέλος σε ποσοστό 2,33% βρίσκονται αυτοί που θα έκαναν ένα ενδοστοματικό έλεγχο και αυτοί που θα προχωρούσαν σε έλεγχο της γεύσης του ασθενή. Στην ερώτηση του γραφήματος αυτού οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν έως 3 απαντήσεις.

### Γράφημα 17. Αποκατάσταση περιστατικού δυσκαταποσίας



Το 45,35% των ειδικών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν θα αναλάμβανε καθόλου την αποκατάσταση ενός περιστατικού με δυσκολία στην καταποτική διαδικασία. Ωστόσο, το 40,70% των ερωτηθέντων θα προχωρούσε στην αποκατάσταση ενός περιστατικού δυσκαταποσίας ενώ το 13,95 % των ειδικών θα το αναλάμβανε, ανάλογα βέβαια με τη φύση του περιστατικού.

### Γράφημα 18. Συχνότερη απεικονιστική μέθοδος

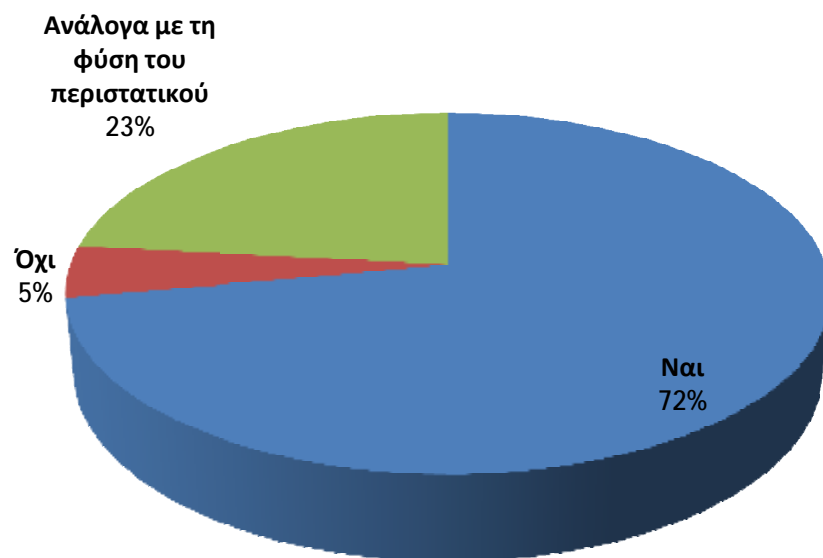


Όταν αναλαμβάνουν την ιατρική διάγνωση της δυσκαταποσίας οι ειδικοί μας απάντησαν πως σε ποσοστό 53,49% κάνουν χρήση της



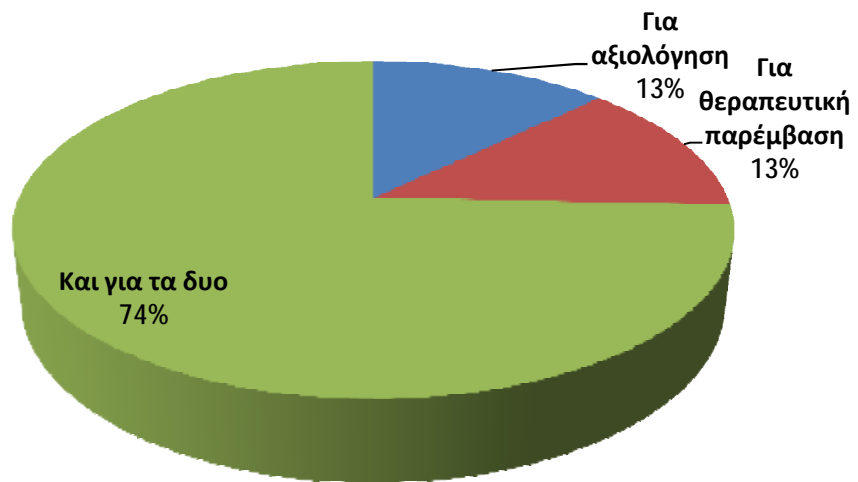
βιντεοενδοσκόπησης. Επίσης, σε ποσοστό 31,40% συνηθίζεται η εξέταση της βιντεοακτινοσκόπησης ενώ η οισοφαγογαστροσκόπηση ακολουθείται σε ποσοστό 15,12%.

**Γράφημα 19. Παραπομπή περιστατικού δυσκαταποσίας σε λογοθεραπευτή**



Παρατηρούμε ότι οι επιστήμονες σε ποσοστό 72,09% εμπιστεύονται το λογοθεραπευτή και θα παρέπεμπαν σε αυτόν ένα περιστατικό με δυσκολία στην κατάποση. Βέβαια, το 23,26% θα συμβούλευε τον ασθενή ανάλογα με τη φύση του προβλήματος του να συμβουλευτεί ένα λογοθεραπευτή. Μόνο το 4,65% των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν θα παρέπεμπε καθόλου ένα περιστατικό δυσκαταποσίας σε λογοθεραπευτή για συνεκτίμηση.

**Γράφημα 20. Περιπτώσεις παραπομπής περιστατικού δυσκαταποσίας σε λογοθεραπευτή**



Το 74,42% των ειδικών που συμμετείχαν στην έρευνα, θα παρέπεμπαν ένα περιστατικό με δυσκολία στην κατάποση σε ένα λογοθεραπευτή για να το αξιολογήσει και έπειτα να το θεραπεύσει. Έπειτα, ισόποσα με ποσοστό 12,79% ακολουθούν εκείνοι που θα παρέπεμπαν το περιστατικό στον λογοθεραπευτή είτε μόνο για αξιολόγηση είτε μόνο για θεραπεία.

**Γράφημα 21. Διαταραχές για παραπομπή σε λογοθεραπευτή**



Το 39,53% των ερωτηθέντων θα απευθυνόταν σε λογοθεραπευτή για διαταραχές επικοινωνίας, σε ποσοστό 29,07% για διαταραχές κατάποσης και το 15,12% για διαταραχές της φωνής. Επίσης το 6,98% θα μιλούσε σε λογοθεραπευτή για κιναισθητικές διαταραχές, το 6,14% για λανθασμένη στάση σώματος και το 1,16% για αξιολόγηση του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος.

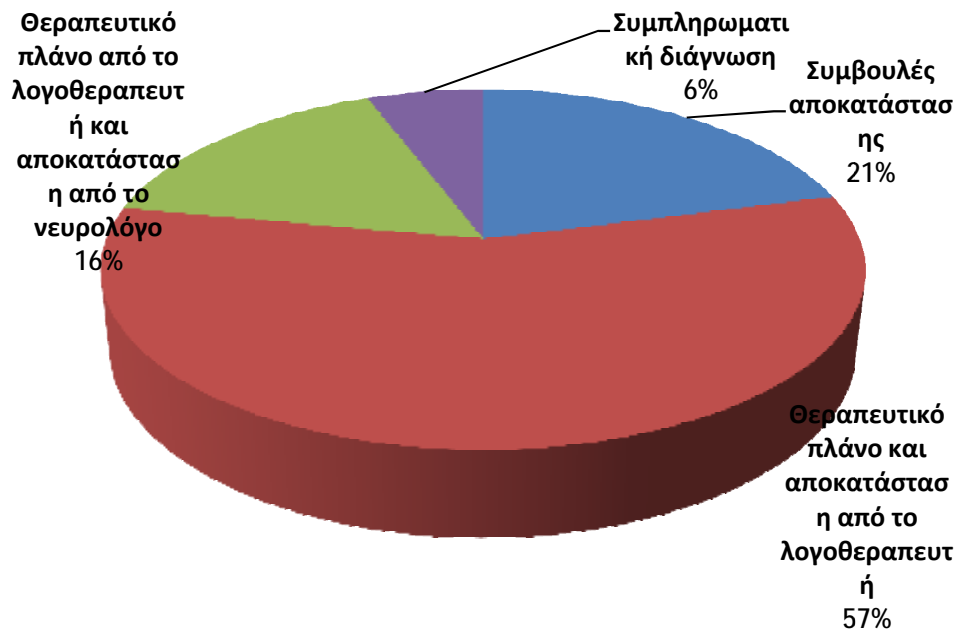
**Γράφημα 22. Αιτιολογία παραπομπής σε λογοθεραπευτή**



Το 31,40% των ερωτηθέντων θα απευθυνόταν σε λογοθεραπευτή γιατί κρίνει ότι πρέπει να υπάρχει διεπιστημονική παρέμβαση σε όλα τα

περιστατικά, το 27,91% για την αποφυγή επιβαρυντικών συνθηκών στη ζωή του ασθενούς ενώ το 26,74% θεωρεί ότι πρέπει να γίνει αυτό σε συνδυασμό με τον νευρολόγο. Επίσης, το 9,30% θα απευθυνόταν σε λογοθεραπευτή για πετύχει το μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς και το 4,65% θα το έπραττε για να μοιραστεί η ευθύνη και με κάποιον άλλο ειδικό υγείας. Στην ερώτηση αυτή οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν έως 3 απαντήσεις.

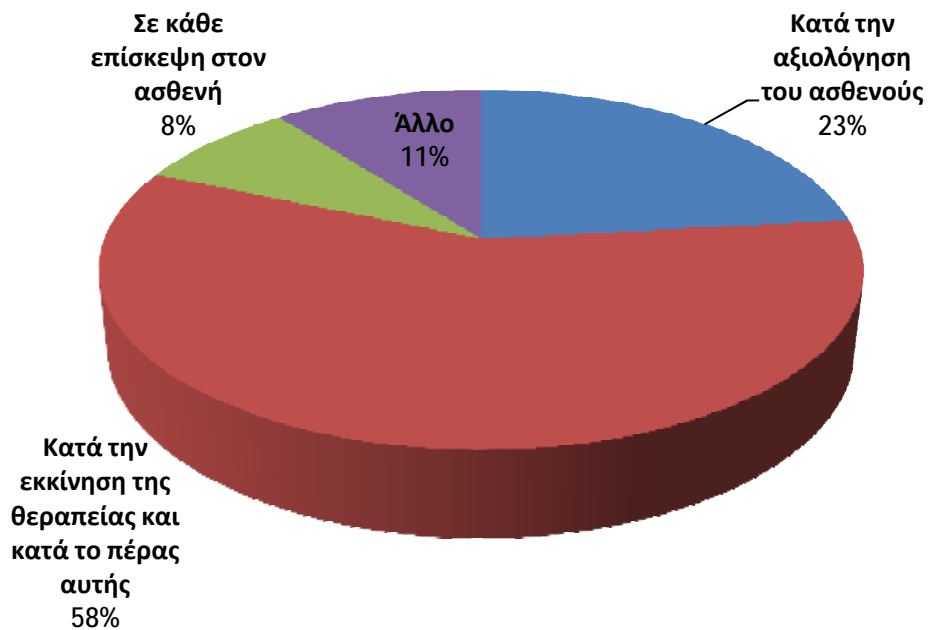
**Γράφημα 23. Είδος ανατροφοδότησης στη συνεργασία με το λογοθεραπευτή**



Το 56,98% των ερωτηθέντων περιμένουν από το λογοθεραπευτή ένα πλάνο θεραπείας και αποκατάσταση του περιστατικού. Επίσης, το 20,93%

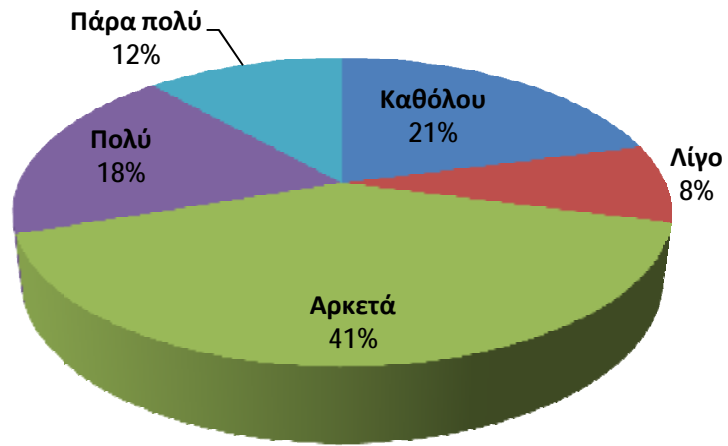
αποσκοπεί σε συμβουλές από το λογοθεραπευτή για χρήση από μέρους του νευρολόγου και το 16,26% θέλει ο λογοθεραπευτής να ετοιμάσει το θεραπευτικό πλάνο αλλά η θεραπεία να γίνει από τον νευρολόγο. Το 5,81% ωστόσο, επιθυμεί ο λογοθεραπευτής να κάνει μόνο μία συμπληρωματική διάγνωση.

#### Γράφημα 24. Επιθυμητή συχνότητα συνεργασίας με λογοθεραπευτή



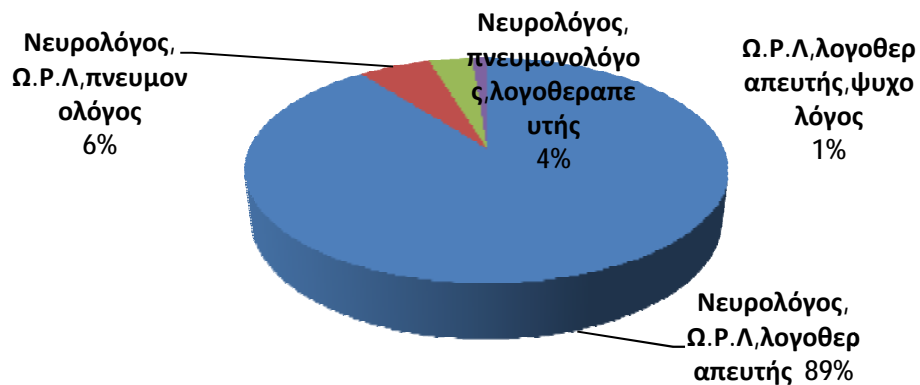
Στην ερώτηση για τη συχνότητα της συνεργασίας με τον λογοθεραπευτή το 58,14% απάντησε ότι θα ήθελε η συνεργασία να γίνει κατά την εκκίνηση της θεραπείας του ασθενή και κατά το πέρας αυτής. Το 23,26% θα ήθελε η συνεργασία με το λογοθεραπευτή να γίνει κατά την αξιολόγηση του περιστατικού ενώ το 10,47% επιθυμεί άλλο εύρος και συχνότητα συνεργασίας, χωρίς να το κάνει συγκεκριμένο. Τέλος, το 8,14% των ερωτηθέντων θέλει η συνεργασία να γίνεται σε κάθε επίσκεψη στον ασθενή.

**Γράφημα 25. Κενό συνεργασίας μεταξύ νευρολόγων και λογοθεραπευτών**



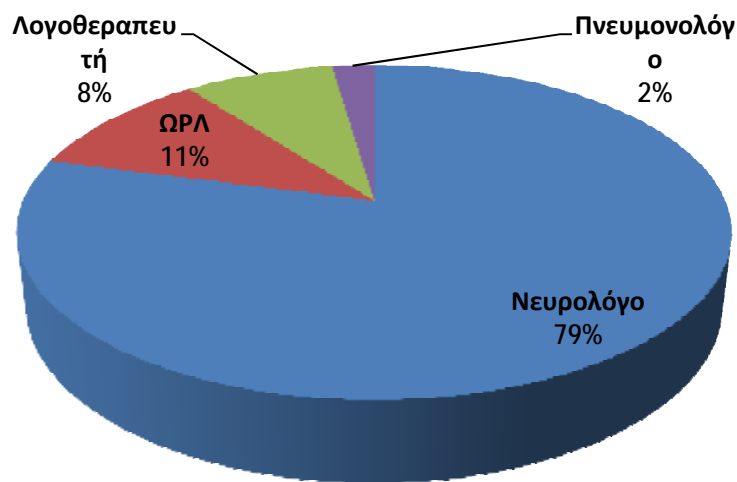
Από το γράφημα γίνεται κατανοητό ότι το 40,70% των ειδικών θεωρεί ότι υπάρχει κενό συνεργασίας ανάμεσα στην ειδικότητα του νευρολόγου και του λογοθεραπευτή. Ωστόσο, το 20,93% πιστεύει πως δεν υφίσταται κενό συνεργασίας. Αντίθετα, το 18,60% των ειδικών πιστεύει ότι υπάρχει μεγάλο κενό στη συνεργασία των δύο ειδικοτήτων και το 11,63% αυτό το κενό το θεωρεί πάρα πολύ μεγάλο. Το 8,14% έχει την αίσθηση ότι το κενό συνεργασίας είναι μικρό.

**Γράφημα 26. Σύσταση διεπιστημονική ομάδας**



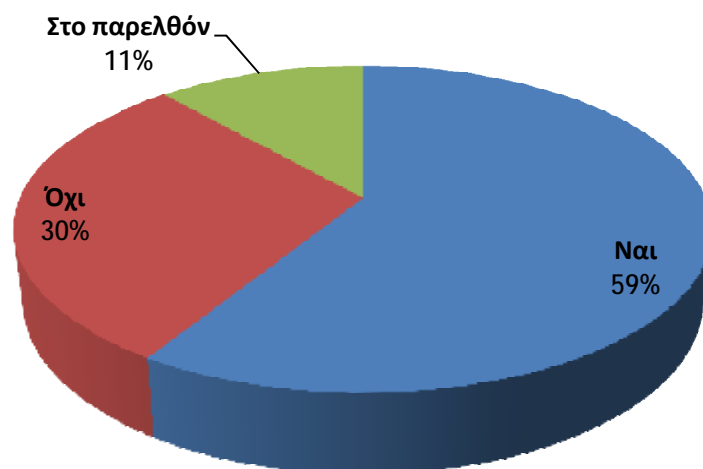
Από το γράφημα 26 γίνεται κατανοητό ότι σε ποσοστό 89,5% ότι την επιστημονική ομάδα πρέπει να την απαρτίζουν νευρολόγος, Ω.Ρ.Λ και λογοθεραπευτής. Στη συνέχεια το 5,8 % θεωρεί πως πρέπει να την αποτελούν νευρολόγος, Ω.Ρ.Λ και πνευμονολόγος ενώ το 3,5% θεωρεί πως αυτή πρέπει να εμπεριέχει νευρολόγο, πνευμονολόγο αλλά και λογοθεραπευτή. Τέλος το 1,2% θέλει την επιστημονική ομάδα ως εξής: Ω.Ρ.Λ, λογοθεραπευτής, ψυχολόγος.

**Γράφημα 27. Επικεφαλής διεπιστημονικής ομάδας**



Το 79,1% θα ήθελε ως επικεφαλής της διεπιστημονικής ομάδας τον νευρολόγο ενώ το 10,5% τον Ω.Ρ.Λ. Επίσης, το 8,1 επιθυμεί σε πρώτο ρόλο τον λογοθεραπευτή και το 2,3% τον πνευμονολόγο.

**Γράφημα 28. Συμμετοχή σε διεπιστημονική ομάδα**



Παρατηρώντας το γράφημα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το 59,30% αποτελούν μέλη διεπιστημονικής ομάδας για περιστατικά με διαταραχές κατάποσης. Αμέσως επόμενη με ποσοστό 29,07% , καταγράφηκε η απάντηση πως δεν αποτελούν μέλος διεπιστημονικής ομάδας για αξιολόγηση και αντιμετώπιση περιστατικών. Τελευταία αλλά όχι λιγότερο σημαντική εκτιμάται η απάντηση με 11,63% από τους ειδικούς οι οποίοι ανέφεραν πως ήταν μέλη διεπιστημονικής ομάδας για κάποια περίοδο στο παρελθόν.



**Γράφημα 29. Προτάσεις βελτίωσης σχετικά με τη συνεργασία λογοθεραπευτών-νευρολόγων**



Στην ερώτηση αυτή η πλειοψηφία των νευρολόγων, με ποσοστό 72%, δεν έδωσε απάντηση στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα. Παρολαυτά, σημαντική θεωρήθηκε η απάντηση των νευρολόγων που προτείνουν σε ποσοστό 19% ότι για την καλύτερη συνεργασία μεταξύ των δυο ειδικοτήτων απαιτείται η πρόσληψη λογοθεραπευτών σε δημόσια νοσοκομεία και λοιπούς δημόσιους φορείς. Τελευταία αλλά όχι λιγότερο σημαντική απάντηση, με ποσοστό 9%, δόθηκε από ένα μικρό μέρος νευρολόγων οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση τους σχετικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή κατά τη διάρκεια της τριτοβάθμιας εκπαίδευσής τους, θα λειτουργούσε καταλυτικά στην εξάλειψη του κενού συνεργασίας μεταξύ τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 7.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων Έρευνας

Με βάση τα ευρήματα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που απαντούν στην ερώτηση αφενός σχετικά με το είδος των περιστατικών που απευθύνονται σε νευρολόγο και αφετέρου σχετικά με το ποσοστό αυτών που εμφανίζουν δυσφαγία, παρατηρήθηκε ότι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια παρουσιάζονται στη μεγαλύτερη συχνότητα με ποσοστό 40%. Έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2013 από το Global Burden of Disease και περιελάμβανε μελέτες από 119 χώρες, συνολικής διάρκειας 20 ετών, κατέδειξε ότι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται σε συχνότητα 115 ανά 100.000 άτομα, καθιστώντας το έτσι την επικρατέστερη σε συχνότητα νευρολογική διαταραχή. Στη παρούσα ερευνητική διαδικασία, η πλειοψηφία των νευρολόγων υποστήριξε ότι το 57% των περιστατικών που δέχονται εμφανίζουν συμπτώματα δυσφαγίας. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό και από τη μελέτη της Ανδρέα-Αποστολίδου (1996) η οποία κατέγραψε ότι τουλάχιστον το 50% των νευρολογικών προβλημάτων σε δυτικές χώρες, οφείλονται στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Παράλληλα και πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των Daniels et al. (1998) κατέδειξε ότι ποσοστό 65% των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζει δυσφαγία ενώ αντίστοιχη των Martino et al. (2005) ανέδειξε ποσοστό 29-67%.

Όσον αφορά στην ερώτηση σχετικά με τον ορισμό της δυσκαταποσίας, το 86% των νευρολόγων θεωρεί ότι η δυσφαγία αποτελεί διαταραχή της φυσιολογικής διαδικασίας κατάποσης. Επομένως, η πλειοψηφία των νευρολόγων είναι ενήμερη σχετικά με τον ορισμό της. Ταυτόχρονα, το γεγονός ότι το 14% των νευρολόγων απάντησε λανθασμένα εγείρει ανησυχίες διότι μέρος αυτών θα κληθεί να διαχειριστεί περιστατικά δυσκαταποσίας. Συνεπώς είναι πιθανή μια λάθος

διάγνωση ή/και παρέμβαση με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας του ασθενούς δεδομένου ότι για την αντιμετώπιση των διαταραχών κατάποσης ενός ασθενούς καταλυτικό ρόλο παίζει η έγκυρη και εμπειριστατωμένη διάγνωσή του.

Όσον αναφορά στην φάση της κατάποσης που εμφανίζονται συνηθέστερα οι διαταραχές στην παρούσα μελέτη, οι νευρολόγοι αποκρίθηκαν ότι εμφανίζονται συνηθέστερα διαταραχές στη στοματική φάση με ποσοστό 42% και στην συνέχεια ακολουθεί με πολύ μικρή ποσοστιαία διαφορά η φαρυγγική φάση με 37%. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αναμενόμενα δεδομένου ότι οι συνηθέστερες νευρολογικές διαταραχές όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, εμφανίζουν δυσκολίες κατά κύριο λόγο τόσο στη στοματική όσο και στη φαρυγγική φάση. Συγκεκριμένα, ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα που προέκυψαν από τη μελέτη των Clavé et.al (2004), σύμφωνα με τους οποίους ποσοστό μεγαλύτερο του 30% των ατόμων με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 52-82% των ασθενών με πάρκινσον και το 84% των ασθενών με Alzheimer εμφανίζουν διαταραχές στο στοματοφαρυγγικό στάδιο κατάποσης. Αναλυτικότερα, μελέτες των Veis & Logemann (1985) και Robbins et al. (1993) που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, ανέφεραν συμπτώματα δυσφαγίας που παρουσιάζονται ύστερα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τα οποία βιβλιογραφικά ανήκουν στο στοματικό και φαρυγγικό στάδιο κατάποσης. Προσθετικά, οι έρευνες των Leopold & Kagel (1996), Witzen et. al (1994), Humbert et. al (2010) τόσο για τη νόσο του Parkinson όσο και για την άνοια αντιστοίχως, επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καθότι τα συμπτώματα που καταγράφηκαν σε αυτές ανήκουν και στα δυο στάδια κατάποσης.

Με βάση τα ευρήματα που έχουν συλλεχθεί και καταγραφεί, οι νευρολόγοι θεωρούν την ειδικότητά τους ως την πλέον αρμόδια για την αξιολόγηση της δυσφαγίας με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό, το οποίο ανέρχεται στο 78%. Το επάγγελμα του λογοθεραπευτή απαριθμείται δεύτερο στην κατάταξη με ποσοστό 14%. Προσθετικά και ακόμα πιο συγκεκριμένα αξιόλογος αριθμός νευρολόγων (45%) υποστηρίζει ότι θα

αναλάμβανε μόνος του οποιοδήποτε περιστατικό που να εμφανίζει διαταραχή κατάποσης ενώ σχεδόν ισόποσος αριθμός (40%) θα αναλάμβανε σε πλαίσια συνεργασίας. Εν αντιθέσει με τα προαναφερθέντα αποτελέσματα, ο λογοθεραπευτής είναι αυτός ο οποίος θα πρέπει να αξιολογεί τα άτομα με διαταραχές κατάποσης σε σχέση με το νευρολόγο, ο οποίος θα διαχωρίσει τις νευρολογικές διαταραχές των ασθενών με τις παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος ή του περιφερειακού νευρικού συστήματος και τη νευρολογική αιτία (ASHA, 2010).

Εν συνεχεία, μεγάλο ποσοστό των νευρολόγων στην ερώτηση που αφορούσε στην προτεραιότητα που θα έδιναν στις ειδικότητες των ίδιων, των λογοθεραπευτών, των ΩΡΛ και των νοσηλευτών στην αξιολόγηση της κατάποσης, έθεσαν ως κυρίαρχο επιστήμονα τους ίδιους, στη συνέχεια τους ΩΡΛ, έπειτα τους λογοθεραπευτές και τέλος τους νοσηλευτές με ποσοστό 22%. Το ποσοστό αυτό δικαιολογείται και ενισχύεται εάν λάβουμε υπόψη ότι οι νευρολόγοι θεωρούν ότι κατέχουν τον κυρίαρχο ρόλο στην αξιολόγηση της κατάποσης, όπως απαντήθηκε και στο προηγούμενο ερευνητικό ερώτημα. Η δεύτερη μεγαλύτερη σε ποσοστό απάντησή τους (16%), έθεσε στους λογοθεραπευτές την προτεραιότητα για την αξιολόγηση της κατάποσης, με ακόλουθους στους νευρολόγους, τους νοσηλευτές και τελευταίους τους ωτορινολαρυγγολόγους. Το γεγονός ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων υποστήριξαν ότι οι λογοθεραπευτές κατέχουν τον κυρίαρχο ρόλο στην αξιολόγηση της κατάποσης, υποδεικνύει ότι όταν ο νευρολόγος συνεργάζεται στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας δεν δίνει προτεραιότητα σε καμία άλλη ειδικότητα για την αξιολόγηση.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί και η τάση των απαντήσεων που δόθηκαν από τους νευρολόγους σε σχέση με το εάν θα αναλάμβαναν την αποκατάσταση της δυσφαγίας. Η πλειοψηφία των νευρολόγων λοιπόν (45%) απάντησε ότι δεν θα αναλάμβανε τη θεραπευτική παρέμβαση. Η επιλογή αυτή δεν ήταν αναμενόμενο ότι θα συγκέντρωνε το μεγαλύτερο ποσοστό καθώς στην αντίστοιχη ερώτηση σχετικά με την αξιολόγηση, η πλειοψηφία θα την πραγματοποιούσε. Λαμβάνοντας αυτό υπόψιν,

συμπεραίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό δεν επιθυμεί να διαχειριστεί πλήρως ένα περιστατικό δυσφαγίας. Σχετικά ισόποσο ποσοστό που ανέρχεται σε 41% δηλώνει πρόθυμο να πραγματοποιήσει τη θεραπεία.

Σχετικά με την ερώτηση που αναφέρεται στα πιο συνήθη κλινικά συμπτώματα ασθενών με διαταραχές κατάποσης, η συντριπτική πλειοψηφία των νευρολόγων (84%) αποφάνθηκε ότι ο βήχας, οι αυξημένες εκκρίσεις και ο πόνος αποτελούν τα τρία επικρατέστερα χαρακτηριστικά για τη διάγνωση της δυσφαγίας. Το γεγονός αυτό συνάδει με τη σχετική βιβλιογραφία των Horner (1998), Leder (1998), Wilson et. al (2003) και Nordqvist (2016), οι οποίοι αναγνώρισαν μεταξύ των άλλων τα συμπτώματα αυτά στην κλινική εικόνα των ασθενών με διαταραχή στην κατάποση. Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι ο πληθυσμός με προβλήματα στην κατάποση παρουσιάζει κοινή συμπτωματολογία, καθιστώντας τον ομοιογενή, ανεξαρτήτως δομικής ή νευρολογικής αιτιολογίας.

Όσον αφορά στην ερώτηση σχετικά με την πραγματοποίηση της αξιολόγησης της κατάποσης από τους νευρολόγους, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (45%) δηλώνει έτοιμο να αντιμετωπίσει ένα τέτοιο περιστατικό ενώ το ποσοστό που δηλώνει διστακτικό ή ακόμη και αρνητικό είναι πολύ μικρό. Οι επιστήμονες δηλώνουν πρόθυμοι να συνεργαστούν με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, ώστε η γνωμάτευση και η περίθαλψη του ασθενή να είναι ακόμη πιο ουσιαστική και αποτελεσματική.

Η εξέταση των κρανιακών νεύρων καθίσταται μια από τις κυριότερες συνιστώσες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης (Wilson et al., 2003, Maccarini et al., 2007). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν στην αντίστοιχη ερώτηση στην παρούσα έρευνα σχετικά με την προτεραιότητα που θα έθετε ο εκάστοτε νευρολόγος σε μια ολιγόλεπτη αξιολόγηση κατάποσης. Ο έλεγχος των κρανιακών νεύρων ως απάντηση συγκέντρωσε ποσοστό 49%. Η έρευνα των McCullough et. al, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2000, μελέτησε την αξιοπιστία της κλινικής εξέτασης της δυσφαγίας και κατέδειξε ότι λιγότερο από το 50% των

μεθόδων που χρησιμοποιούν οι κλινικοί είναι αρκετά αξιόπιστες. Ο έλεγχος της στοματοκινητικής λειτουργίας και κατ' επέκταση των κρανιακών νεύρων, αποδείχθηκε ότι φέρει ασφαλέστερη και εγκυρότερη διάγνωση σε σχέση με το ιατρικό ιστορικό και τις δοκιμαστικές καταπόσεις. Τα αποτελέσματα αυτά κρίνονται λογικά και αναμενόμενα καθώς το ιατρικό ιστορικό αφενός δεν παρέχει αρκετές πληροφορίες για το είδος και τη φύση της δυσφαγίας και αφετέρου οι δοκιμαστικές καταπόσεις ενέχουν πιθανούς κινδύνους εισρόφησης και διείδυσης του βλωμού που δίνεται στον ασθενή. Σχετικά και υπ' όψιν όλων των παραπάνω δεδομένων, η στοματοκινητική εξέταση καθίσταται ως ισχυρό, αξιόπιστο και μηδενικού κόστους εργαλείο για τη διάγνωση και αξιολόγηση της δυσφαγίας.

Η βιντεοενδοσκόπηση αποτελεί την πιο συχνή απεικονιστική μέθοδο που χρησιμοποιείται για την ιατρική διάγνωση της δυσκαταποσίας, ακολουθεί η βιντεοακτινοσκόπηση και τέλος η οισοφαγογαστροσκόπηση. Σε παρόμοιες έρευνες στο παρελθόν που πραγματοποιήθηκαν από τους Aniv et al. (2000), Leder & Espinosa (2002), η βιντεοενδοσκόπηση αποδείχτηκε χρήσιμο, αποτελεσματικό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο. Μάλιστα, αποτελεί μια απεικονιστική μέθοδο που μπορεί με μεγάλη ακρίβεια να εντοπίσει την πιθανότητα εμφάνισης εισρόφησης (Leder & Espinosa, 2002). Αυτό αποδεικνύει ότι οι νευρολόγοι επιλέγουν την απεικονιστική εκείνη μέθοδο που θα τους εξασφαλίσει την όσο πιο δυνατόν έγκυρη και ορθή διάγνωση.

Όσον αφορά στο ερώτημα σχετικά με το εάν, με ποιο σκοπό και για ποιο λόγο οι νευρολόγοι θα παρέπεμπαν σε λογοθεραπευτή ένα περιστατικό δυσκαταποσίας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (72%) αποφάνθηκε ότι είναι θετικοί σε μια τέτοια συνεργασία, και μάλιστα όχι μόνο για την αξιολόγηση αλλά και για την παρέμβαση του ασθενούς (74%). Η αξία της διεπιστημονικότητας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των νευρολόγων (31%) υποστήριξε ότι η διαχείριση των περιστατικών της δυσφαγίας πρέπει να πραγματοποιείται συλλογικά και σφαιρικά από όλα τα μέλη της ομάδας και όχι

εξατομικευμένα. Δεδομένου ότι η συνεργασία με λογοθεραπευτή θα ήταν επιθυμητή, αποδεικνύεται ότι οι νευρολόγοι είναι ενήμεροι για το ρόλο και τις αρμοδιότητες του. Μάλιστα, δεν περιορίζουν τη συμμετοχή του αποκλειστικά στην αξιολόγηση ή στη θεραπεία, αντιθέτως δείχνουν εμπιστοσύνη ως προς την ολοκληρωμένη διαχείριση του περιστατικού. Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Williams et al. (1995) σε 104 ασθενείς με δυσφαγία όπου υπήρξε διεπιστημονική παρέμβαση διάρκειας 4 χρόνων, σημειώθηκε ότι το 75,9% των στόχων που είχαν τεθεί πριν την έναρξη της θεραπείας είχαν ήδη πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Επομένως, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής αξιολογούνται ιδιαίτερα θετικά συγκριτικά με τα ευρήματα που υποστηρίζει η παρούσα μελέτη, καθώς έτσι ενισχύεται σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό η σημαντικότητα και αποτελεσματικότητα της ύπαρξης και συμβολής της διεπιστημονικής ομάδας σε περιστατικά διαταραχών κατάποσης.

Με βάση τα ευρήματα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που απαντούν στην ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά οι νευρολόγοι επιθυμούν να συνεργάζονται με έναν λογοθεραπευτή, οι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (58%) απάντησαν πώς η συνεργασία τους πρέπει να ξεκινά κατά την έναρξη της λογοθεραπευτικής αποκατάστασης του ασθενούς και ύστερα. Από λογοθεραπευτική σκοπιά η απάντηση αυτή κρίνεται λογική, καθώς βασικός και κυρίαρχος ρόλος του νευρολόγου είναι η αξιολόγηση και παρέμβαση των νευρολογικών αιτίων και όχι συμπτωμάτων των διαταραχών (ASHA, 2002).

Σχετικά με τις απαντήσεις που συλλέχθηκαν στην ερώτηση για τη σύσταση της διεπιστημονικής ομάδας, οι ερωτηθέντες με συντριπτικό ποσοστό που ανέρχεται στο 89%, θεωρούν πως τόσο οι ίδιοι όσο οι ΩΡΛ και τέλος οι λογοθεραπευτές αποτελούν τα κυρίαρχα και αναπόσπαστα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για τη διαχείριση ασθενών με δυσφαγία. Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο και άξιο αναφοράς το γεγονός ότι η συγκεκριμένη απάντηση έρχεται σε απόλυτη συσχέτιση με την απάντηση που κυριάρχησε στην ερώτηση που αφορούσε την

προτεραιότητα που θα έδιναν στις ειδικότητες των ίδιων, των λογοθεραπευτών, των ΩΡΛ και των νοσηλευτών στην αξιολόγηση της κατάποσης. Η σειρά των ειδικοτήτων ήταν και πάλι αυτή του νευρολόγου, του ΩΡΛ και έπειτα τους λογοθεραπευτή.

Τέλος, στην ερώτηση που αφορά τον επικεφαλής της διεπιστημονικής ομάδας, η ειδικότητα που συνέλλεξε το υψηλότερο ποσοστό είναι αυτή του νευρολόγου με ποσοστό 79%. Λαμβάνοντας υπόψη τον συνδυασμό των απαντήσεων που δόθηκαν στις προαναφερθείσες ερωτήσεις σχετικά με τη σύσταση και την προτεραιότητα, ο νευρολόγος και πάλι κατείχε τον πρωτεύοντα ρόλο στην κατάταξη όπως και στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα. Επομένως, η απάντηση αυτή κρίνεται αναμενόμενη και λογική για το λόγο ότι ο νευρολόγος ως επικεφαλής επεμβαίνει στη διαταραχή αυτή καθ' αυτή και παράλληλα ο λογοθεραπευτής παρεμβαίνει στα συμπτώματα της δυσφαγίας που αυτή προκαλεί. Έτσι, επιτυγχάνεται η εξασφάλιση της μέγιστης λειτουργικότητας του ασθενούς.

## **7.2. Περιορισμοί - Συστάσεις**

Αρχικά, αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια υλοποίησης της παρούσας έρευνας, παρατηρήθηκαν κάποιοι περιορισμοί – δυσκολίες. Συγκεκριμένα, δεν υπήρχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον από τη πλευρά των νευρολόγων κυρίως για την ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αυτό έγινε φανερό από τα μόλις 37 ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν, σε συνάρτηση με τα 124 που εστάλησαν στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο του εκάστοτε νευρολόγου. Απόρροια αυτού, ήταν η συλλογή του απαιτούμενου δείγματος να καταστεί χρονοβόρα και να καταδείξει την αδιαφορία των νευρολόγων στο να συμβάλλουν στην διεξαγωγή της μελέτης.



Εν συνεχεία και με την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ποιο είναι το γενικότερο συμπέρασμα που προκύπτει. Αυτό που γίνεται λοιπόν αντιληπτό είναι ότι οι Έλληνες νευρολόγοι τείνουν να γνωρίζουν τον όρο της δυσφαγίας, τα συμπτώματα καθώς και τη συμβολή του λογοθεραπευτή, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της κατάποσης. Συνεπώς, η ειδικότητα του λογοθεραπευτή κερδίζει έδαφος στη διαχείριση των περιστατικών που εμφανίζουν δυσκαταποσία. Ιδιαίτερα και όσον αφορά την ειδικότητα του λογοθεραπευτή, οι νευρολόγοι εμφανίζονται ιδιαίτερα θετικοί στη συνεργασία με τους λογοθεραπευτές. Οι ίδιοι μάλιστα οι νευρολόγοι διατύπωσαν ορισμένες αρκετά ενδιαφέρουσες προτάσεις σχετικά με το πώς μπορεί να γίνει καλύτερη η μελλοντική συνεργασία ανάμεσα σε αυτούς και τους λογοθεραπευτές. Ενδεικτικά, μία εξαιρετικά ενδιαφέρουσα πρόταση ήταν η πρόσληψη λογοθεραπευτών στο χώρο της Δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας καθώς και η πληρέστερη ενημέρωσή τους κατά τη διάρκεια της τριτοβάθμιας εκπαίδευσής τους σχετικά με την επιστήμη της λογοθεραπείας.

Εν κατακλείδι, λόγω έλλειψης σχετικών ξενόγλωσσων ερευνών, ενδιαφέρουσα θα ήταν η εκπόνηση περαιτέρω μελετών, με μεγαλύτερο δείγμα, για πιο έγκυρα αποτελέσματα. Αυτή η πρόταση μπορεί να επιτευχθεί όχι μόνο εγχώρια αλλά και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ώστε να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι νευρολόγοι του εξωτερικού αντιλαμβάνονται το ρόλο και τη συμβολή των λογοθεραπευτών στις διαταραχές κατάποσης. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα είναι εφικτή η σύγκριση με αντίστοιχες μελέτες που έχουν περατωθεί στην Ελλάδα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασιάδης Α. - Σισμάνης, Ωτορινολαρυγγολογία Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου, εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Αναγνώστου Ε. & Μοσχοβάκης Ε. (2007) Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες, αιτιολογία, κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ανδρέα Αποστολίδου Σ., (1996). Αυτοφροντίδα αρρώστου με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής

Αρχιμανδρίτης Ι.Α., Παθήσεις πεπτικού συστήματος: Από την παθοφυσιολογία στη θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Βασιλείου Δ.-Firth, Lester J, Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: Βασικά στοιχεία αντιμετώπισης, Εκδόσεις Καυκας

Βασιλόπουλος Δ.- Adams R.D, Maurice V., Ropper A.R, Νευρολογία ΙΙ, 2<sup>η</sup> ελληνική έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

Βιρβιδάκη Ε. (2010) Σημειώσεις Δυσφαγίας, ΤΕΙ Ηπείρου, τμήμα Λογοθεραπείας

Γουρζουλίδου Ε., (2008). Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας- Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων. Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Δανιηλίδης Ι. -Ασημακόπουλος Δ. 2006 Ωτο-Ρινο-Λαρυγγολογία , Παθολογία-Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Θεσσαλονίκη.Α: 389- 394, Γ 425-427 Εκδόσεις UniversityStudioPress.

Ιωάννης Σ.- Βασιλάκης Μ. Κινητικότητα του πεπτικού συστήματος: Πρωτοπαθείς, δευτεροπαθείς και μετεγχειρητικές κινητικές διαταραχές και σύνδρομα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Καμπανάρου Μ, (2007) Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας, εκδόσεις Έλλην

Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ, Διαταραχές κατάποσης- Δυσφαγία, εκδόσεις Έλλην

Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Σκλήρυνση κατά πλάκα: αιτιοπαθογένεια

Πανουσόπουλος Δ., Αποστολίδης Ν, Μαθήματα χειρουργικής ογκολογίας Οισοφάγος, στόμαχος, εκδόσεις Έλλην

Παντελιάδης Χ., Συρίγου-Παπαβασιλείου Α., Εγκεφαλική πάρεση: Νευρολογική-Ορθοπεδική-Ψυχοκοινωνική προσέγγιση, 3η έκδοση, Εκδόσεις Γιαχούδη

Παπαδημητρίου, Γ. (1990). Μέθοδος Επεξεργασίας Ερωτηματολογίων. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρατηρητής

Παπαδημητρίου Α.- Wilkinson I. and Lennox G, Βασική Νευρολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ

Παπαθανασόπουλος Π.-Misulis K. and Head T.C, Σύνοψη νευρολογίας, Εκδόσεις Γκότσης

Παπαθανασόπουλος Π, Καλφάκης Ν, - Hauser S.L, Josephson S.A, Νευρολογία στην Κλινική Ιατρική (2η Έκδοση), Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ

Πετρόπουλος Α.Σ., Χειρουργική παιδών Νεογνική χειρουργική, εκδόσεις C. CITY PUBLISH

Πρώιου, Χ. (2003) Δυσφαγία-δυσφασία-δυσσαθρία, μελέτη των

διαταραχών της κατάποσης, του λόγου και της ομιλίας, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Γιαπούλη

Στρατάκος Γρ. (2003). Στένωση τραχείας μετά διασωλήνωση και ενδοσκοπική αντιμετώπιση, *Πνεύμων, Τεύχη 2003, 3*

Τρίμης Ν, Ann W. Kummer, Σχιστίες Και Κρασιοπροσωπικές ανωμαλίες, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

Χατζημπούγιας Ι.,(2000), Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις GM DESIGN

Aloysius A, Born P, Kinali M, Davis T, Pane M, Mercuri E., (2008) Swallowing difficulties in Duchenne muscular dystrophy: indications for feeding assessment and outcome of videofluoroscopic swallow studies. *European Journal of Paediatric Neurology*, Volume 12, Issue 3, Pages 239–245

Anderson K. and Arnold P, (2013). Oropharyngeal Dysphagia after Anterior Cervical Spine Surgery: A Review. *Global Spine J*,3(4): 273–286.

Arnold W, Nager F. ( 1991) Dysphagie definition. *Therap Umsch* 48, 135-138.

Arvedson J.C. (2013). Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. *European Journal of Clinical Nutrition*. 67, S9–S12

Aviv J. E (2000), Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia. *Laryngoscope*, 110, 563- 574

Aviv J, Martin E, Keen J, M.S Debell M & Blitzer A. (1993) , Air-pulse quantification of supraglottic and pharyngeal sensory

abnormalities in stroke patients with dysphagia. *Annals of otology, Rhinology and laryngology*, 105, 92-97.

Barer D.H (1989) The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52, 236-241.

Bastian R.W (1991) Videoendoscopic evaluation of patients with dysphagia: an adjunct to the modified barium swallow. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 104, 339- 350.

Beneden C.V., (2012). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clin Infect Diseases*

Bizenah, W, Gathmann P. (1989). Psychosomatische Aspekte in der Otolaryngologie am Beispiel "Globus". *Laryngo- rhino- otol* 68, 388-391.

Bigenzahn W, Denk, D.M (2007) Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες, αιτιολογία, κλινική εικόνα και θεραπεία διαταραχών κατάποσης, Αθήνα, εκδόσεις Πασχαλίδη

Birn, R.M, Bandettini, P.A, Cox, R.W & Shaker.R(1997) Event-related fMRI of tasks involving brief motion. *Human brain mapping* 7, 106, 114.

Bosma J (1953) Studies of disability of the pharynx resultant from poliomyelitis. *Annals of otology, rhinology and laryngology* 30, 299-303.

Bradley W.G, *Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management*

Buchholz D.W (1993) clinically probable brainstem stroke presenting primarily as dysphagia and nonvisualized by MRI. *Dysphagia* 9,99-100.

Buchholz D.W(1994) Dysphagia associated with neurological disorders. *Acta otorhiono- laryngological belg*, 48, 143-155.

Buchholz D.W (1994) Postpolio dysphagia, 9, 99-100.

Buchholz D.W (1995) Cricopharyngeal myotomy may be effective treatment for selected patients with neurogenic oropharyngeal dysphagia. 10, 255-258.

Buchholz D.W, Neumann, J. B & Ravich (1995) Neurogenic dysphagia: Results of swallowing center neurologic evaluation of 228 cases. 10, 137.

Castell J, Castell D, Duranceau C.A, Topart P,(1995). Manometric characteristics of the pharynx, upper esophageal sphincter, esophagus, and lower esophageal sphincter in patients with oculopharyngeal muscular dystrophy. *Dysphagia*, Volume 10, Issue 1, pp 22-26

Chun CS, Choi KH, Kim SY, Chun MH. (2000). Swallowing Disorders Following Head and Neck Cancer Surgery. *J Korean Acad Rehabil Med.* 24(5):877-884

Clark D.C, (1999). Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula, *Am Fam Physician*, 15;59(4):910-916.

Cohana D.M, Popata S, Kaplanb S.E, Riguala N., Loreea T. and.Hicks W.L. (2009). Oropharyngeal cancer: current understanding and management, *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 17:88–94

De Pauw, Dejaeger E , D'hooghe B, Carton H, (2002). Dysphagia in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. Volume 104, Issue 4, Pages 345–351

Edmiaston, J et al Validation of a dysphagia Screening tool in acute stroke patients.

Ekberg O., *Dysphagia: Diagnosis and Treatment*

Ertekin C, Aydogdu I, Yüceyar N, Kiylioglu N, Tarlaci S, Uludag B, (2010). Pathophysiological mechanisms of oropharyngeal dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*, Volume 123, issue 1, pages 125-140

Ertekin C, Seçil Y, Yüceyar N, Aydoğdu I, (2004). Oropharyngeal dysphagia in polymyositis/dermatomyositis. *Clin Neurol Neurosurg*;107(1):32-7.

Nicholas C.F., Levine M.S, Rubesin S.E, Redfern R.O, Laufer I.O. (2003). Epiphrenic Diverticulum: Clinical and Radiographic Findings in 27 Patients

Feigin VL, et al. (2013). Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, Early Online Publication

Furuta M., Yamashita Y., (2013) Oral Health and Swallowing Problems. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013; 1(4): 216–222.

McCullough G.H, Kamarunas E, Mann G.C, Schmidley J, Robbins J.A, Crary M.A. (2012), Effects of Mendelsohn Maneuver on Measures of Swallowing Duration Post-Stroke, *Top Stroke Rehabil*. 2012 May-Jun; 19(3): 234–243.

Gompf S., (2015). Epiglottitis Clinical Presentation, *Medscape*

Hanayama K, Liu M, Higuchi Y, Fujiwara T, Tsuji T, Hase K, Ishihara T., (2008). Dysphagia in patients with Duchenne muscular dystrophy evaluated with a questionnaire and videofluorography. *Disabil Rehabil.* ;30(7):517-22.

Hashem H. Alhashemi, MBBS, FRCPC (2010). Dysphagia in severe traumatic brain injury. *Neurosciences*; Vol. 15 (4)

Humbert I.A., Donald G. McLaren, Kris Kosmatka, Michelle Fitzgerald,

Kim JS, Han ZA, Song DH, Oh HM, Chung ME, (2013). Characteristics of dysphagia in children with cerebral palsy, related to gross motor function. *Am J Phys Med Rehabil.*;92(10):912-9.

Kovesi T., Rubin S, (2004). Long-term Complications of Congenital Esophageal Atresia and/or Tracheoesophageal Fistula, *Chest*, 126(3):915-925

Kühnlein P., Gdynia H.J, Sperfeld A.D, Pflieger B.L, Ludolph A.C, Prosiel M, Riecker A. (2008). Diagnosis and Treatment of Bulbar Symptoms in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Nat Clin Pract Neurol CME*

Leonard R, K. Kendall, Dysphagia Assessment and Treatment Planning: A Team Approach

Leonard RJ, Kendall KA, Johnson R, McKenzie S (2001). Swallowing in myotonic muscular dystrophy: a videofluoroscopic study. *Arch Phys Med Rehabil.*;82(7):979-8

Leopold NA, Kagel MC, (1997) Dysphagia--ingestion or deglutition?: a proposed paradigm. *Dysphagia*.1997 Fall;12(4):202-6.

Logemann J.A. (1983). Evaluation and treatment of swallowing disorder..AustinTexas.



Logemann J.A (1993) Non- invasive approaches to deglutitive aspiration. *Dysphagia*.

Logemann JA. (2010). Dysphagia (Difficulty swallowing or difficulty moving food from mouth to stomach). In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation.

Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7<sup>th</sup> edition, Churchill Livingstone

Martin BJW Treatment of dysphagia in adults in Cherney Clinical management of dysphagia in children and adults Aspen publishers 1993, 141-171.

Matsuo K, Palmer J., (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19(4): 691–707

McCullough, Wertz, Rosenbeck, Mills, Ross, Ashford. (2000). Inter- and Intrajudge Reliability of a Clinical Examination of Swallowing in Adults. *Dysphagia*;15:58-67

Munson C, (2014).Acute Poliomyelitis Clinical Presentation. *Medscape*

Nacci A, F.Ursino, R.La.Vela, F.Matteucci, V.Mallardi, B.Fattori (2008). Fiberoptic Endoscopic evaluation of swallowing (FEES) proposal for informed consent. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008 Aug; 28(4): 206–211

Nordqvist C. (2016). Dysphagia: Symptoms, Diagnosis and Treatment. *MNT*

Pauloski B.R., PhDa (2008). Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer, *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, 19(4): 889–928.

Perlman A.L, Ph.D (2006). Electromyography in oral and pharyngeal motor disorders. *GI Motility online*

Prosiegel M, Schelling A, Wagner-Sonntag E., (2004). Dysphagia and Multiple Sclerosis. *The International MS Journal.* 11: 22–31

Ramalho S, Pereira S, Oliveira P, Morais H. , Lima N, Condé A, (2014). Dysphagia as a Presenting Symptom of Myasthenia Gravis—Case Report. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, Vol 3,23-25

Leonard R, Kendall K., Johnson R, McKenzie S, (2001).Swallowing in myotonic muscular dystrophy: A videofluoroscopic study. *Physical medicine and rehabilitation*, Volume 82, Issue 7, Pages 979–985

Robbins, J., Levine, R. L., Maser, A., Rosenbek, J. C., & Kempster, G. B. (1993). Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex. *Arch.Phys.Med.Rehabil.*, 74(12), 1295-1300

Safwan J., M.D., (2006).Muscle disorders affecting oral and pharyngeal swallowing, *GI Motility online*

Sandercock P., Gijn J, Wardlaw J, Bamford J., Hankey G, Stroke: Practical Management, 3<sup>rd</sup> Edition, Editors Wiley-Blackwell

Spitz L,(2007). Oesophageal atresia. *Orphanet J Rare Dis*, 2: 24.

Shulman S, Bisno A., Herbert W. Clegg, Gerber M., Kaplan E, Lee G, Martin J,

Sterling J., Porcaro E., Kays S., Umoh E., Robbins J, (2010). Early deficits in cortical control of swallowing in Alzheimer’s disease. *J Alzheimers Dis.* 19(4): 1185–1197

Stevenson RD, Allaire JH, (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am.* 1991 Dec;38(6):1439-53

Tippet D, Siebens A. (1991) speaking and swallowing on a ventilator. *Dysphagia* 143-158.

Tjaden K, Ph.D (2008). Speech and Swallowing in Parkinson's Disease. *Top Geriatr Rehabil*; 24(2): 115–126.

Veis, S. L., & Logemann, J. A. (1985). Swallowing disorders in persons with cerebrovascular accident. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(6), 372

Widdicombe J., G. Fontana (2006). Cough: what's in a name? *Eur Respir J* 2006; 28: 10–15

Williams C, House A. Reducing the costs of chronic somatisation 1994, 79-82.

**Ιστοσελίδες που χρησιμοποιήθηκαν:**

<http://www.worldgastroenterology.org>

<http://www.medscape.com>

<http://www.cancer.gov>

<http://www.cancer.org>

<http://www.oralcancerfoundation.org/>

<http://www.cdacollege.com/beauty/files-upload/3-14-9864999510..pdf>

<https://www.parkinsons.org.uk>

<http://www.alsa.org>

<http://www.ninds.nih.gov/disorders/gbs/gbs.html>

<http://www.post-polio.org>

<http://www.myasthenia.org>

<http://mdaustralia.org.au>

<http://swallowingdisorderfoundation.com>

<http://www.britannica.com>

<http://www.who.int>

## Άλλες πηγές

Jeri A. Logemann, 2006-Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών.  
Σεμινάριο Δυσφαγίας Αξιολόγηση και Θεραπεία διαταραχών  
σίτισης- Βασικές έννοιες στην αντιμετώπιση ασθενών με  
δυσφαγία: Μια προσέγγιση βασισμένη στη γνώση και την κλινική  
έρευνα.

## Πηγές εικόνων

<http://www.dontiastoma.gr/>

[www.vardouniotis.gr](http://www.vardouniotis.gr)

<http://www.slpathology.gr/2012/09/2.html>

<http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A105/43/270,1255/>

<http://www.paranasalandnasalcavitycancer.tumblr.com>

[www.google.com](http://www.google.com)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, με επιβλέπων τον κ.Βασιλείου Κωνσταντίνο, καθηγητή στο τμήμα λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος και απευθύνεται στον ιατρικό κλάδο των νευρολόγων. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση και καταγραφή του βαθμού ενημερότητας των Νευρολόγων σχετικά με τις διαταραχές κατάποσης και ο ρόλος των Λογοθεραπευτών και των μελών της διεπιστημονικής ομάδας σε αυτές. Επιπλέον, επισημαίνουμε πως δεν είναι ονομαστικό και έτσι δεν απαιτείται η συμπλήρωση των προσωπικών σας δεδομένων. Θα το εκτιμούσαμε ιδιαίτερα αν θα μπορούσατε να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς η βοήθειά σας μας είναι πολύτιμη.

- **Επιλέξτε ηλικία:**

- 30-40
- 41-50
- 51-60
- 60+

- **Επιλέξτε φύλο:**

- Άντρας
- Γυναίκα

- **Επιλέξτε το επίπεδο σπουδών σας**

- Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό δίπλωμα
- Διδακτορικό δίπλωμα

- **Επιλέξτε το βαθμό εργασίας σας**

- Ειδικευόμενος
- Επιμελητής
- Διευθυντής
- Διδάκτωρ

**Εργάζεστε σε:**

- Δημόσιο νοσοκομείο
- Κλινική
- Ιδιωτικά

- **Τι περιστατικά βλέπετε με μεγαλύτερη συχνότητα:**

- Άνοια
- Επιληπτικές Κρίσεις
- Νόσος **Parkinson**
- Εγκεφαλικά Επεισόδια
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Σκλήρυνση Κατά Πλάκας

- **Πόσο συχνά βλέπετε περιστατικά με δυσκαταποσία:**

- ± 1/ μήνα
- ± 3/ μήνα
- ± 5/ μήνα
- ± 10/ μήνα

- **Τι σημαίνει ο όρος δυσκαταποσία για εσάς. (1-2 απαντήσεις)**

- Διαταραχή της φυσιολογικής διαδικασίας κατάποσης, δηλαδή της μεταφοράς της τροφής και των υγρών από τα χείλη έως το στομάχι.

- Παρεμπόδιση προώθησης στερεών και υγρών από τον φάρυγγα έως το στομάχι.
- Παλινδρόμηση των στερεών και των υγρών από το στομάχι προς τον οισοφάγο.
- Είσοδος τροφής, σιέλου ή γαστρικού υγρού στις αεροφόρους οδούς.
- Πρώιμη διολίσθηση του βλωμού οπίσθια στο φάρυγγα, πριν από την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης.
- **Καθόλη τη διάρκεια της εμπειρίας σας, τι ποσοστό των περιστατικών σας εμφανίζει δυσκαταποσία:**
  - ± 80%
  - ± 50%
  - ± 25%
- **Ποια είναι κατά τη γνώμη σας η μέση διάρκεια δυσκαταποσίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση :**
  - ± 24 ώρες
  - ± 48 ώρες
  - ± 1 εβδομάδα
  - ± 2 εβδομάδες
- **Στα περιστατικά που βλέπετε, σε ποια φάση της κατάποσης εμφανίζονται συνηθέστερα διαταραχές:**
  - Προπαρασκευαστική φάση
  - Στοματική φάση
  - Φαρυγγική φάση
  - Οισοφαγική φάση
- **Ποιος κατά τη γνώμη σας κατέχει τον πρωτεύοντα ρόλο για την αξιολόγηση της κατάποσης ενός ασθενή:**
  - Ο νευρολόγος
  - Ο νοσηλευτής
  - Ο λογοθεραπευτής
  - Ο ωτορινολαρυγγολόγος
- **Τι προτεραιότητα θα δίνετε στις παρακάτω ειδικότητες- α)Νευρολόγος, β)Νοσηλευτής, γ)Λογοθεραπευτής ,δ)Ωτορινολαρυγγολόγος- όσον αφορά στην αξιολόγηση κατάποσης ενός ασθενή:**



- Καταγράψτε 1 έως 4 για κάθε ειδικότητα βάση προτεραιότητας.
- **Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποια είναι η συνήθης κλινική εικόνα ενός ασθενούς με διαταραχή κατάποσης**
  - Βήχας, αυξημένες εκκρίσεις σιέλου, πόνος
  - Παλινδρόμηση, όξινη ερυγή, αλλαγές στη φωνή
  - Απώλεια βάρους, τάση για έμετο, παλινδρόμηση
- **Θα αναλαμβάνετε αξιολόγηση δυσκαταποσίας;**
  - Ναι
  - Όχι
  - Ίσως
  - Με συνεργασία
- **Σε μία ολιγόλεπτη αξιολόγηση διαταραχής κατάποσης, τι θα θέτατε ως άμεση προτεραιότητα. Επιλέξτε 1 έως 3 απαντήσεις :**
  - Έλεγχος λειτουργίας κρανιακών νεύρων
  - Στοματοκινητική εξέταση
  - Έλεγχος έκλυσης αντανεκλαστικών
  - Έλεγχος αίσθησης της γεύσης
  - Ενδοστοματικός έλεγχος
  - Έλεγχος λόγου ή/και ομιλίας
- **Εσείς θα αναλαμβάνετε την αποκατάσταση ενός περιστατικού δυσκαταποσίας;**
  - Ναι
  - Όχι
  - Ανάλογα με τη σοβαρότητα του περιστατικού
- **Θα παραπέμψετε σε λογοθεραπευτή ένα περιστατικό δυσκαταποσίας;**
  - Ναι
  - Όχι
  - Ανάλογα με τη φύση του περιστατικού
- **Εάν ναι, σε ποιες περιπτώσεις θα παραπέμψετε ένα περιστατικό δυσκαταποσίας σε Λογοθεραπευτή;**
  - Για αξιολόγηση
  - Για θεραπευτική παρέμβαση
  - Και για τα δύο

- **Εάν ναι, ποιά είναι η πιο συχνή απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείτε για την ιατρική διάγνωση δυσκαταποσίας;**
  - Βιντεοακτινοσκόπηση
  - Βιντεοενδοσκόπηση
  - Οισοφαγογαστροσκόπηση
- **Υπάρχει Λογοθεραπευτής στο χώρο εργασίας σας;**
  - Ναι
  - Όχι
  - Συμβουλευτικά - όχι ως φυσική παρουσία
  - Ως εξωτερικός συνεργάτης
- **Πότε θα απευθυνόσασταν σε Λογοθεραπευτή:**
  - Για κιναισθητικές διαταραχές
  - Για λανθασμένη στάση σώματος
  - Για αξιολόγηση της λειτουργίας του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος
  - Για διαταραχές κατάποσης
  - Για διαταραχές επικοινωνίας
  - Για διαταραχές φωνής
- **Γιατί θα απευθυνόσασταν σε λογοθεραπευτή: (επιλέξτε από 1 – 3 απαντήσεις )**
  - Γιατί πρέπει να υπάρχει διεπιστημονική παρέμβαση σε όλα τα περιστατικά
  - Γιατί ορισμένα περιστατικά χρήζουν λογοθεραπευτικής παρέμβασης για την αποφυγή επιβαρυντικών συνθηκών για τη ζωή τους.
  - Γιατί θα λειτουργούσε συνδυαστικά και συμπληρωματικά με τον νευρολόγο
  - Για να μοιραστεί η ευθύνη σε περαιτέρω ειδικούς υγείας.
  - Γιατί στόχος μας είναι να επιτύχει ο ασθενής, ανάλογα με τις δυνατότητες του, το μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας και επικοινωνίας που αντιστοιχεί στο περιβάλλον του
- **Τι είδους ανατροφοδότηση θα αναμένετε κατά τη συνεργασία σας με τον Λογοθεραπευτή σε ένα περιστατικό δυσκαταποσίας:**
  - Συμβουλές αποκατάστασης

- Θεραπευτικό πλάνο και αποκατάσταση από τον λογοθεραπευτή
- Διαμόρφωση θεραπευτικού πλάνου από τον λογοθεραπευτή και αποκατάσταση από τον νευρολόγο
- Συμπληρωματική διάγνωση
- **Σε τι συχνότητα θα επιθυμούσατε να συνεργάζεστε με λογοθεραπευτή :**
  - Κατά την αξιολόγηση του ασθενούς
  - Κατά την εκκίνηση της θεραπείας και μετά το πέρας αυτής
  - Σε κάθε επίσκεψή σας στον ασθενή
  - Άλλο
- **Εσείς αποτελείτε μέλος διεπιστημονικής ομάδας;**
  - Ναι
  - Όχι
  - Στο παρελθόν
- **Ποιες ειδικότητες θεωρείτε ότι πρέπει να απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα παρέμβασης της δυσκαταποσίας. Επιλέξτε μία απάντηση:**
  - Νευρολόγος, ΩΡΛ, Λογοθεραπευτής
  - Νευρολόγος, ΩΡΛ, Πνευμονολόγος
  - Νευρολόγος, Πνευμονολόγος, Λογοθεραπευτής
  - ΩΡΛ, Λογοθεραπευτής, Ψυχολόγος
- **Ποιον θα θέτατε ως επικεφαλής της διεπιστημονικής ομάδας:**
  - Νευρολόγο
  - ΩΡΛ
  - Λογοθεραπευτής
  - Πνευμονολόγος
- **Θεωρείτε ότι υπάρχει κενό συνεργασίας μεταξύ της επιστήμης της Λογοθεραπείας και της Νευρολογίας;**
  - Καθόλου
  - Λίγο
  - Αρκετά
  - Πολύ
  - Πάρα πολύ

- **Εάν ναι, πως πιστεύετε ότι θα μπορούσε να καλυφθεί αυτό το πιθανό κενό συνεργασίας. Αναφέρετε επιγραμματικά 1-2 ιδέες βελτίωσης:**