

Anna Stępniaak*

Zaburzenia żucia i połykania u osób dorosłych – doniesienia z badań własnych

CHEWING AND SWALLOWING DISORDERS IN ADULTS
– FROM OWN RESEARCH

Słowa kluczowe: dysfagia, żucie, połykanie

Key words: dysphagia, chewing, swallowing

Wprowadzenie

Połykanie stanowi jedną z pierwszych czynności fizjologicznych wykonywanych przez człowieka i polega na „sekwencji zjawisk motorycznych wywoływanych przez struktury mięśniowe, a koordynowanych przez centralny układ nerwowy” (Stręk, 2002, s. 12), której wynikiem jest pobranie pokarmu, jego obróbka w procesie żucia oraz transport z jamy ustnej przez gardło i przełyk do żołądka (Prosiegel, Wagner-Sonntag, Scheicher, 2000, s. 72; Litwin, Pietrzyk, 2013, s. 3; Lampart-Busse, 2007). Występujące w przebiegu połykania trudności, pojawiające się na każdym z czterech etapów czynności połykowej – nazywanych fazą przygotowawczą, fazą ustną właściwą, fazą gardłową oraz przełykową – określa się mianem dysfagii. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) termin ten umieszczono w dziale zatytułowanym *Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane*, w podrozdziale dotyczącym objawów i cech chorobowych układu pokarmowego i jamy brzusznej pod kodem R.13 jako *Utrudnienie połykania*, co wskazuje na jego dwojaki charakter – objawu i dolegliwości.

* Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: anna.stepniak@poczta.pl

Jednak w większości przypadków zaburzenia połykania traktowane są jako objaw występujących nadrzędnie zaburzeń, pojawiający się jedynie w czasie połykania i przejawiający się przez „trudności w formowaniu kęsa pokarmowego oraz przechodzeniu pokarmów płynnych i stałych z jamy ustnej przez gardło i przełyk do żołądka, będące wynikiem nieprawidłowości strukturalnych (mechanicznych) lub nerwo-mięśniowych jamy ustnej, gardła lub przełyku” (Narożny, Szmaj, 2014, s. 178). Dlatego przyjmując objawową istotę dysfagii, należy zaznaczyć także, iż może mieć ona charakter stały lub przemijający (Nowak, 1990, s. 416). *Dysfagia* to termin odnoszący się do zjawiska o bardzo szerokim podłożu etiologicznym i spektrum objawów, co warunkowało powstanie licznych klasyfikacji wyodrębniających odmienne jednostki nozologiczne oraz kryteriów oceny stopnia zdiagnozowanych zaburzeń. W prowadzonych badaniach najistotniejszą rolę pełnił kliniczny podział dysfagii przedstawiony w tabeli 1 oraz czteropunktowa skala oceny dysfagii zamieszczona w tabeli 2, uzupełniona opisem.

Tabela 1. Podział kliniczny dysfagii

Nomenklatura	Opis
Dysfagia przygotowawcza	Problem doboru pokarmów odpowiednich do predyspozycji czynnościowo-anatomicznych jednostki
Dysfagia ustna	Problem z obróbką pobranego pokarmu, transportem kęsa w kierunku gardła, dysfunkcjami i uszkodzeniami jamy ustnej
Dysfagia gardłowa	Brak inicjacji odruchu połykowego na skutek różnych jednostek chorobowych
Dysfagia przełykowa	Utrudniony transport przełykowy

Źródło: opracowanie własne na podstawie Hamerlińska-Latecka, 2015, s. 97; Wiskirska-Woźnica, Pruszwicz, Walczak, 2002, s. 102; Narożny, Szmaj, 2014, s. 178.

Tabela 2. Skala oceny dysfagii

Stopień głębokości	Opis
0	Nie występuje dysfagia
1	Lekka dysfagia
2	Średnia dysfagia
3	Ciężka dysfagia

Źródło: Litwin, 2009, s. 131.

Znane i wykorzystywane metody leczenia zaburzeń żucia i połykania są ściśle związane z nadrzędnie występującą jednostką chorobową pacjenta i dobierane przez zespół współpracujących ze sobą specjalistów. Ze względu na specyfikę zaburzeń czynności prymarnych, które w przypadku konieczności leczenia farmakologicznego (brak możliwości podaży leków) bądź stosowania karmienia terapeutycznego (niedożywienie) u pacjentów wymagających prowadzenia wymienionych procedur, urastają do rangi nadrzędnej i stają się elementem warunkującym całkowite wyleczenie.

Brak dostępnych publikacji na temat badań prowadzonych przez logopedów z zakresu dysfagii oraz możliwość obserwacji pacjentki po rozległym urazie neurologicznym, u której zaburzenia czynności żucia i połykania przyjęły niestandardowy obraz, przyczyniły się do podjęcia przeze mnie badań mających na celu określenie objawów oraz etiologii występowania zaburzeń omawianych czynności fizjologicznych u osób dorosłych. Mam nadzieję, że opracowane przeze mnie narzędzia, schemat badań oraz ich wyniki okażą się pomocne w ustalaniu diagnozy i konstruowaniu właściwych planów terapii logopedycznej oraz przyczynią się do prowadzenia obserwacji w kierunku wczesnego wykrywania zaburzeń czynności prymarnych u wszystkich dorosłych pacjentów, niezależnie od współwystępujących jednostek chorobowych.

Cele badań

Głównym celem badań było ustalenie objawów oraz etiologii występowania zaburzeń żucia i połykania u osób dorosłych na przykładzie grupy podopiecznych zamieszkujących w Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu.

W przebiegu postępowania badawczego wyróżnione zostały także cele szczegółowe z podziałem na teoretyczne i praktyczne.

Wśród celów teoretycznych wyróżniono wzbogacenie wiedzy:

- dotyczącej paradygmatu diagnozy logopedycznej osób dorosłych z zaburzeniami żucia i połykania,
- na temat etiologii występowania dysfagii,
- na temat występowania korelacji między zaburzeniami żucia a zaburzeniami połykania,
- dotyczącej istoty fazy przygotowawczej w diagnozie i terapii dysfagii.

Cele praktyczne to:

- przygotowanie narzędzia umożliwiającego diagnozę logopedyczną dorosłych pacjentów dotkniętych zaburzeniami czynności prymarnych,
- ocena stanu czynności prymarnych (żucia i połykania) u osób dorosłych,
- opracowanie – na podstawie przeprowadzonej diagnozy – wskazówek dotyczących terapii czynności żucia i połykania,
- przygotowanie zestawu ćwiczeń do terapii logopedycznej, mających na celu usprawnienie narządów artykulacyjnych biorących udział w procesach żucia i połykania w zależności od etiologii zaburzeń,
- opracowanie wskazówek dla opiekunów pacjentów dotkniętych zaburzeniami czynności prymarnych żucia i połykania.

Problemy badawcze

Przystępując do badań, sformułowano następujące problemy badawcze:

- Czy, a jeśli tak, to jakie problemy związane z czynnością żucia lub/i połykania zgłaszają podopieczni Domu Pomocy Społecznej (DPS) w Kaliszu?
- Jaka jest etiologia zgłaszanych problemów z realizacją czynności prymarnych?
- Czy zgłaszane przez podopiecznych problemy każdorazowo świadczą o występowaniu dysfagii?
- Czy, a jeśli tak, to jakie różnice w postrzeganiu zaburzeń występują w opiniach podopiecznych i ich opiekunów?
- Czy zaistniałe różnice w opiniach mogą być wynikiem wytworzenia przez podopiecznych technik kompensacyjnych stosowanych podczas spożywania posiłków?
- Czy, a jeśli tak, to jaki wpływ ma wiek podopiecznych na częstość występowania zaburzeń żucia lub/i połykania?
- Jakie jednostki chorobowe stanowią największą grupę czynników etiologicznych warunkujących powstanie zaburzeń żucia i połykania wśród podopiecznych DPS w Kaliszu?
- Czy, a jeśli tak, to u jak licznej grupy badanych występują problemy w przygotowawczej fazie połykania?

Metody badawcze

W badaniach posłużono się następującymi metodami badawczymi:

- analiza danych medycznych zebranych z karty informacyjnej podopiecznego;
- analiza danych uzyskanych z wywiadu o charakterze badania przesiewowego;
- subiektywna ocena pacjenta,
- obiektywna ocena opiekuna,
- orientacyjna wzrokowo-słuchowo-czuciowa ocena czynności połykania;
- analiza danych z badania logopedycznego uzupełnionego o obserwację;
- ocena stanu aktywności pacjenta,
- ocena motoryki kompleksu ustno-twarzowego,
- ocena czynności połykania, żucia i czynności towarzyszących;
- ocena stanu głębokości dysfagii na podstawie zebranych wyników;
- klasyfikacja pacjentów ze względu na stopień głębokości dysfagii i analiza korelacji jednostek chorobowych.

Narzędzia badawcze

Diagnostyczny charakter prowadzonych badań wymagał wypracowania niezbędnych narzędzi, takich jak kwestionariusz wywiadu i kwestionariusz badania logopedycznego. Ze względu na brak dostępnych wystandaryzowanych materiałów opracowano dwa autorskie kwestionariusze:

- autorski kwestionariusz wywiadu o charakterze badania przesiewowego w kierunku wykrywania zaburzeń żucia i połykania, składający się z trzech modułów, opracowany w oparciu o dwa kwestionariusze badania przesiewowego: DYMUS (*Dysphagia in Multiple Sclerosis*) (Bergmaschi, 2008) oraz *Eating Assessment Tool* (EAT-10) (Belfasky, Mouadeb, Rees, 2008);
- autorski kwestionariusz badania logopedycznego, posiadający trójdzielną budowę, sporządzony w oparciu o:
- przesiewowy test połykania GUSS – *Gugging Swallowing Screen* (Trapl, Enderle, Nowotny, 2007), stosowany w walidacji w udarze mózgu, wykorzystujący kilka konsystencji pokarmu i pomagający w określeniu zalecanej drogi i formy karmienia;
- próby diagnostyczne motoryki narządów artykulacyjnych przedstawione w książce *Diagnoza dyszartrii u dorosłych w neurologii klinicznej* I. Gatkowskiej (2012, s. 57–58);
- próby badania motoryki narządów mowy prezentowane w *Logopedycznym teście przesiewowym dla dzieci w wieku szkolnym* S. Grabiasa, M. Kurkowskiego, T. Woźniaka (2007);
- próby z badania neurologicznego obszaru jamy ustnej zawarte w książce *Badanie neurologiczne – to proste* (Fuller, Turaj, 1999, s. 111–115).

Charakterystyka grupy badanej

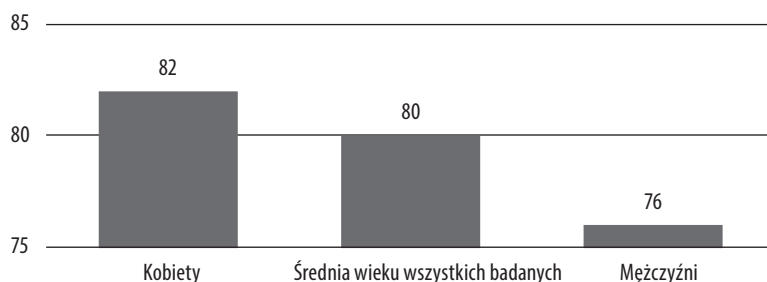
W przeprowadzonych badaniach udział wzięły łącznie 83 osoby, w tym 71 podopiecznych i 12 opiekunów. Wśród podopiecznych 73% (50 osób) stanowiły kobiety w przedziale wieku od 53 do 99 lat, a pozostałe 27% (21 osób) mężczyźni w przedziale wieku od 60 do 91 lat. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 80 lat – dla kobiet 82 lata, a dla mężczyzn 76 lat.

Rozkład wieku badanych wraz ze średnią wieku dla płci, przedstawia tabela 3, a średnią wieku z wyróżnieniem płci wykres 1.

Tabela 3. Wiek badanych w latach

Przedział (lata)	Kobiety	Mężczyźni	Razem
50–60	1	1	2
61–70	5	6	11
71–80	16	7	23
81–90	20	6	26
91–100	8	1	9
Razem	50	21	71

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 1. Średnia wieku badanych z wyróżnieniem średniej wieku dla płci

Źródło: opracowanie własne.

Przebieg i organizacja badań

Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej przy ulicy Winiarskiej 26 w Kaliszu na przełomie lipca i sierpnia 2016 roku. W czasie prowadzenia badań w placówce, podzielonej na 3 oddziały, mieszkało 180 podopiecznych. Badaniem zostali objęci losowo wybrani pensjonariusze z oddziału II (37 osób) i III (34 osoby), którzy uprzednio wyrazili zgodę na uczestnictwo w projekcie, oraz 12 opiekunów. Badanie przebiegało w następującej kolejności:

- Wstępna obserwacja pacjenta po uzgodnieniu z pielęgniarką oddziałową.
- Zebranie danych z udostępnionej dokumentacji medycznej: metryczka, epikryzy z przebytych hospitalizacji dotyczące zdiagnozowanych jednostek chorobowych i zaleceń.
- Wywiad o charakterze badania przesiewowego:
 - moduł I: odpowiedzi na pytania udzielał podopieczny, zakres tematyczny dotyczył oceny sposobu połykania, występowania lub braku klasycznych objawów towarzyszących zaburzeniom żucia i połykania i innych zaobserwowanych przez badanego problemów związanych ze sferą oralną;
 - moduł II: odpowiedzi na pytania ankietowe opatrzone kafeterią półotwartą udzielał opiekun, zakres tematyczny uzupełniał odpowiedzi uzyskane w module I;

- moduł III: orientacyjna ocena połykania, badany na prośbę badającego przełykał ślinę lub wodę.
- Analiza zebranego materiału badawczego i kwalifikacja badanych do badania logopedycznego.
- Badanie logopedyczne uzupełnione o:
 - ocenę stanu pacjenta i gotowości do badania na podstawie możliwości dwukrotnego odkaslnięcia i przełknięcia śliny,
 - ocenę motoryki kompleksu ustno-twarzowego na podstawie realizacji poszczególnych z 11 prób lub ich braku, wraz z uchwyceniem odruchów patologicznych,
 - ocenę realizacji czynności odgryzania, żucia, połykania w przypadku podania pokarmu o zróżnicowanej strukturze i konsystencji (pokarmy papkowe, płynne i stałe), a także towarzyszących tym czynnościom zmian niepożądanych występujących w trakcie lub po zakończeniu czynności.

Badanie z pokarmem rozpoczynało się od podania konsystencji papkowej, dobranej po konsultacjach z kierownikiem ośrodka (1/3 do 1/2 łyżeczki, 3–5 łyżeczek). Następnie podana została konsystencja płynna, do badania której wykorzystano specjalnie odmierzoną wodę mineralną (3, 5, 10, 20, 50 ml) oraz konsystencja stała, do badania której wykorzystano 5 kawałków chleba bez skórki.

Badanie odgryzania i żucia oparto na dodatkowej próbie samodzielnego wybrania przygotowanych pasków skórek od chleba spośród wspomnianych kawałków chleba. Próba ta poddawała analizie czynności prymarne i umiejętność doboru pokarmu wpisującą się w działania z zakresu przygotowawczej fazy połykania.

Odstęp między kwalifikującym badaniem przesiewowym a badaniem logopedycznym wynosił średnio 2 dni.

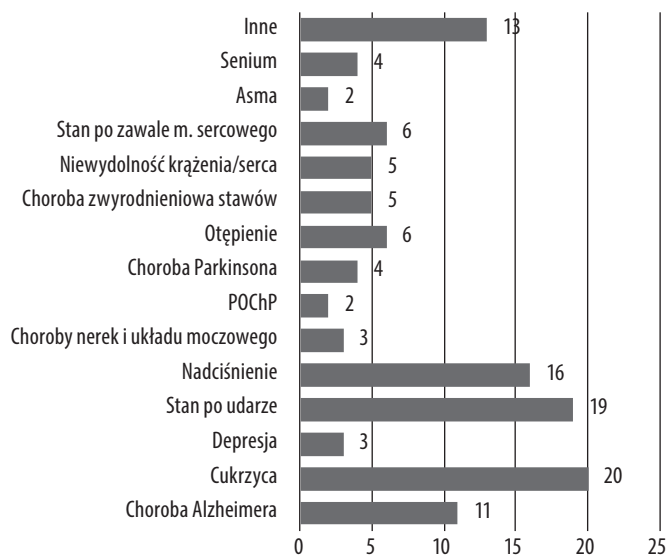
- Analiza wyników badania logopedycznego w formie punktowej, zestawienie punktowe zgodnie z opracowaną do arkusza skalą, wskazujące stopień głębokości dysfagii u danego pacjenta.
- Globalna analiza wyników. Przedstawienie procentowe i tabelaryczne.

Wyniki badań

W zastosowanym kwestionariuszu wywiadu, pełniącym funkcję badania przesiewowego, pierwszym elementem poddanym analizie, zawartym w części wstępnej modułu pierwszego, były podstawowe dane podopiecznych, w tym wiek, jednostki chorobowe oraz stan badanego w czasie konsultacji.

Określona średnia wieku na poziomie 80 lat sprzyjała występowaniu charakterystycznych dla tego przedziału wiekowego jednostek chorobowych. Z danych zebranych

w wywiadzie, popartych analizą dokumentacji specjalistycznej, wynikało, iż u zaledwie 7 z 71, czyli 9,86% objętych badaniem osób, nie stwierdzono istotnych klinicznie schorzeń, w tym przyczyniających się bezpośrednio do wystąpienia zaburzeń żucia lub/i połykania, a u pozostałych podopiecznych przeważały schorzenia łączone, tj. więcej niż jedna jednostka chorobowa przypadająca na badanego. W sporządzonym rozkładzie schorzeń, który przedstawia wykres 2, dominowały jednostki o charakterze neurologicznym, sugerujące możliwość występowania problemów w realizacji czynności prymarnych.



Wykres 2. Rozkład jednostek chorobowych badanych

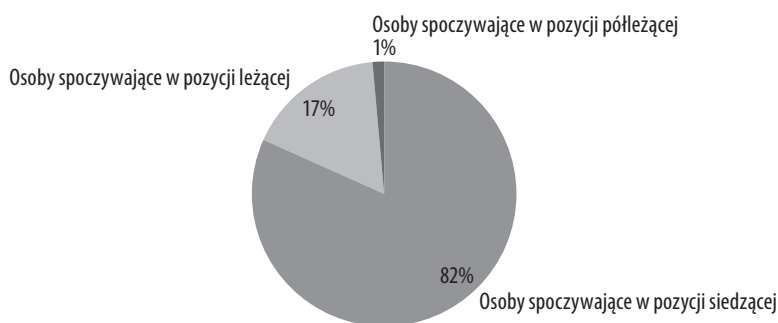
Źródło: opracowanie własne.

Podobny wpływ na wstępne określenie występowania trudności z realizacją czynności prymarnych miała ocena stanu pacjentów w czasie badania, której dokonano przez ustalenie sprawności fizycznej oraz umysłowej jako czynników warunkujących możliwość wykonywania czynności z zakresu samoobsługi. W przypadku sprawności fizycznej jako element różnicujący wybrano pozycję spoczynkową, w jakiej przebywali badani, wyróżniając pozycję siedzącą, półleżącą i leżącą. Badani spoczywający w pozycji siedzącej to badani sprawni ruchowo, z zachowaną samodzielnością, stanowiący znaczną część objętej badaniem grupy. Druga co do liczebności grupa to podopieczni leżący, u których wykonywanie czynności samoobsługowych w większym lub mniejszym stopniu wymagało pomocy opiekunek. Pozycję półleżącą w czasie badania przyjęła jedna z podopiecznych, ze względu na gorsze samopoczucie w dniu badania.

Z kolei sprawność umysłową oceniono w zakresie utrzymania przez podopiecznych kontaktu logicznego w trakcie prowadzenia badań. Oznaczone na wykresie „osoby przytomne” to grupa podopiecznych, u których kontakt logiczny w czasie ba-

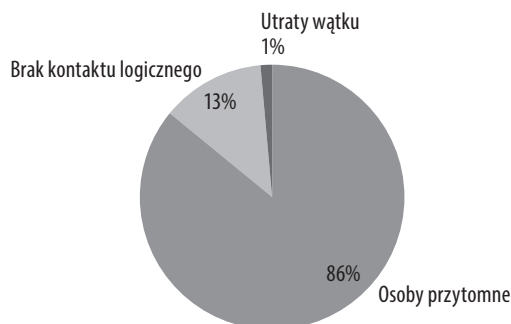
dania był zachowany, nie odnotowano problemów ze zrozumieniem treści poleceń, a wypowiedzi były spójne. Osoby, u których występował „brak kontaktu logicznego” to badani, z którymi kontakt był ograniczony, a wykonywanie poleceń przebiegało na zasadzie automatyzmów, przy większości prób zakończonych niepowodzeniem. U pozostałych pacjentów występowały czasowe „utruty wątku” wynikające z pogorszenia samopoczucia przy zachowanym ogólnym kontakcie logicznym.

Analiza uzyskanych wyników, którą przedstawiono na wykresach 3 i 4, wykazała pozytywną korelację między zachowaną sprawnością fizyczną a sprawnością umysłową – zachowanie sprawności fizycznej w znaczeniu chorobowym przyczyniało się do podtrzymywania sprawności umysłowej.



Wykres 3. Ocena stanu pacjentów – możliwości fizyczne badanych

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Ocena stanu pacjentów – sprawność umysłowa badanych

Źródło: opracowanie własne.

W subiektywnej ocenie realizacji czynności pokarmowych 16 podopiecznych (23%) zgłaszało trudności z połykaniem, towarzyszące głównie przełykaniu pokarmów stałych, twardych lub suchych. Oprócz nielicznej grupy osób, które zaobserwowały problemy z czynnością żucia lub/i połykania, pojawiające się dolegliwości bólowych w obrębie jamy ustnej lub/i gardła w trakcie jedzenia lub po posiłku zasygnalizowało 14 badanych (20%), określając je jako średnio dokuczliwe, a na trudności w transporcie kęsa z jamy

ustnej uwagę zwróciło 16 osób (23%). Trudność ta przejawiała się między innymi w niemożności jednorazowego przepchnięcia kęsa lub wydłużeniu czasu czynności.

O zatrzymywaniu pokarmu na poziomie gardła podczas spożywania posiłków, bez względu na konsystencję pokarmu, w trakcie badania poinformowało 19 podopiecznych (27%).

Jedną z najrzadziej wskazywanych dolegliwości pojawiających się u badanych było cofanie się pokarmu do nosa w trakcie jedzenia i picia. O zachodzeniu tego typu problemu poinformowało 13 badanych (18%), zaznaczając, że problem ten wystąpił u nich nie więcej niż 5 razy w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

U 32 badanych (45%) zanotowano zaleganie treści pokarmowej w jamie ustnej po połknięciu. Była to najliczniej występująca dolegliwość, z którą borykali się mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu. Rozpiętość przyczyn tego problemu była szeroka, a wypowiedzi badanych kilkakrotnie wskazywały na jego uciążliwość.

Na pytanie dotyczące cofania się pokarmu do ust po połknięciu twierdząco odpowiedziało tylko 17 podopiecznych (24%), u których problem ten wystąpił więcej niż trzy razy w ostatnim czasie. Badani nie wiązali omawianej trudności z żadnymi konkretnymi przyczynami.

Drugą najczęściej zgłaszaną dolegliwością pojawiającą się podczas jedzenia lub picia, lub bezpośrednio po wymienionych czynnościach, był kaszel lub konieczność kilkakrotnego odchrząkiwania, a problem ten sygnalizowało aż 30 badanych (42%). U części podopiecznych objaw kaszlu występował w czasie połykania drobnych, kruchych bądź twardych elementów, takich jak na przykład orzechy czy krakersy.

O trudnościach z żuciem pokarmu w czasie badania poinformowało 25 pacjentów (35%), przy czym u większości z nich problem ten był związany z obecnością ubytków w uzębieniu lub protezowaniem. W przypadku wykluczenia problemów z układem stomatognatycznym jako przyczynę trudności wskazywano twarde lub „gumowate” pokarmy.

Zmiany w barwie głosu, pojawianie się chrypki lub trudności z mówieniem po posiłku zaobserwowało u siebie 14 badanych (20%), doprecyzowując, że głos staje się bulgoczący, a rozpoczęcie wypowiedzi wymaga niekiedy dużo więcej siły i czasu i szybko wywołuje zmęczenie.

Występowanie duszności nieznanego pochodzenia po spożyciu posiłku zaniepokoiło 13 badanych (18%). W przypadku podopiecznych, u których zdiagnozowano astmę, dolegliwość ta towarzyszyła im niezależnie od wykonywanej czynności.

Spadek apetytu w ostatnim czasie zaobserwowało u siebie, podobnie jak w przypadku duszności, 14 pacjentów (20%). Wśród innych dolegliwości niepokojących badanych, zanotowanych w tej części wywiadu, znalazły się także:

- suchość w jamie ustnej utrudniająca obróbkę pokarmów i mówienie,
- ślinienie, przejawiające się nadprodukcją śliny tylko w trakcie jedzenia,
- uciekanie języka w kierunku doprzednim, występujące bez względu na wykonywaną przez kompleks ustno-twarzowy czynność,

- obecność uchyłków Zenkera bez regurgitacji, czyli biernego przesunięcia treści pokarmowej z żołądka do przełyku, bez współwystępującego odruchu wymiotnego.

Analizując przedstawione dane z subiektywnej oceny pacjenta i wyniki procentowe nieprzekraczające 50%, wstępna ogólna ocena występowania zaburzeń plasowała się na poziomie lekkim.

Odmienny obraz zaburzeń zaczął kształtować się po analizie odpowiedzi uzupełniających subiektywną ocenę pacjenta, udzielonych przez ich opiekunów.

Zdaniem personelu aż 26 podopiecznych (37%) wymagało każdorazowo pomocy przy spożywaniu posiłków, a tempo i ilość przyjmowanego jednorazowo pokarmu w przeciągu ostatnich 18 miesięcy spadła u 17 osób (24%).

U podobnej liczby badanych – 23 osób (32%) – opiekunowie wskazali na występowanie zróżnicowanej wybiórczości pokarmowej, u 26 osób (37%) na koniczność zmiany konsystencji pokarmów, a u 16 osób (23%) na częstą zmianę pozycji podczas przyjmowania pokarmu.

Z uwagi na specyfikę jednostek chorobowych u 32 podopiecznych (45%) wprowadzona została także specjalna dieta, będąca elementem postępowania leczniczego, ograniczająca pogorszenie się stanu pacjenta i zapobiegająca występowaniu objawów patologicznych, takich jak niekontrolowane wydostawanie się pokarmu z jamy ustnej (24%), kaszel (15%), konieczność odchrząknięcia (32%), chrypka (21%) lub zaleganie pokarmu w jamie ustnej po spożytym posiłku (31%).

Istotne dla pracy wyniki zaobserwowano w odpowiedziach dotyczących kilkukrotnego przełykania opracowanego kęsa w celu przesunięcia go w kierunku żołądka. Problem ten dotyczył 25 osób (35%) i wiązał się pośrednio, podobnie jak zaleganie pokarmu, z naturalnym procesem starzenia i obniżeniem sprawności motorycznych.

Ostatnim elementem w kwestionariuszu wywiadu była orientacyjna ocena połykania, wykonywana na podstawie analizy ruchu krtani wraz z napięciem mięśniowym w jej obrębie. Próbę wykonano u wszystkich pacjentów, przy czym u 9 osób z powodu braku kontaktu logicznego badanie wykonano w warunkach naturalnych, tj. przez doustne podanie płynów.

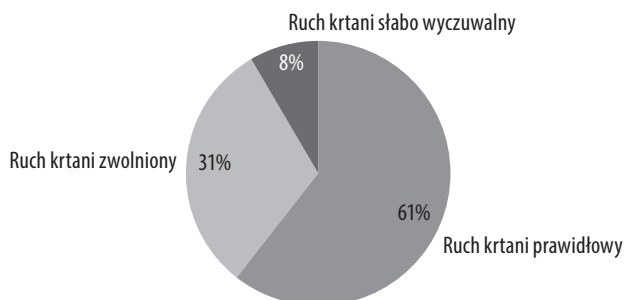
Wyniki przeprowadzonej próby przedstawiono na wykresie 5.

Ostateczne zestawienie wyników wszystkich trzech modułów dało całościowy obraz zaburzeń występujących u każdego badanego, a także obraz ogólny, odnoszący się do wybranej grupy osób starszych, z uwzględnieniem ich jednostek chorobowych, i wyłoniło występowanie dwóch typów rozbieżności między odpowiedziami udzielonymi przez podopiecznych i ich opiekunów, stwarzających dodatkową trudność diagnostyczną.

Na podstawie wyników zebranych w badaniu przesiewowym do badania logopedycznego zakwalifikowano łącznie 49 podopiecznych, a decydującymi kryteriami wskazującymi na konieczności wykonania poszerzonego badania były:

- występujące w samoocenie badanego minimum 4 objawy sugerujące obecność zaburzeń żucia lub/i połykania;

- zbieżność opinii pacjenta i opiekuna co do występowania wskazywanych trudności;
- całkowita rozbieżność informacji między modułami I i II;
- zaobserwowane patologie w orientacyjnym badaniu połykania;
- jednostki chorobowe mogące przyczyniać się bezpośrednio do wystąpienia problemów oralnych;
- niepokojący stan pacjenta związany z zaburzeniami kognytywnymi.



Wykres 5. Orientacyjna ocena połykania

Źródło: opracowanie własne.

Już na wczesnym etapie diagnostyki logopedycznej z dalszego badania (badanie czynności) wyłączono 9 podopiecznych ze względu na brak spójnego kontaktu logicznego. Wyniki przeprowadzonych prób motorycznych u tej grupy osób wykazały znaczne obniżenie motoryki kompleksu ustno-twarzowego związane z jednostkami chorobowymi oraz procesem starzenia się tkanek mięśniowych w tym obszarze.

W przypadku pozostałych 40 zbadanych podopiecznych uzyskane wyniki z prób motorycznych, po uwzględnieniu wszystkich czynników i w odniesieniu do norm, uznano za zadowalające.

W zestawieniu punktowym zamieszczonym w tabeli 4 najsłabiej wypadło ćwiczenie polegające na opuszczeniu żuchwy przy zwartych ustach, które wykonało jedynie 9 badanych. Najlepiej i najczęściej wykonanymi próbami były: otwieranie i zamykanie ust z równoczesnym opuszczeniem żuchwy, zaciskanie ust oraz kierowanie czubka języka w kąciki ust. Podczas realizacji prób w tej części badania zaobserwowano również licznie wstępujące odruchy patologiczne, takie jak:

- zaburzenia napięcia mięśniowego w obrębie jamy ustnej występujące w postaci hipo- (6 osób) i hipertonicznej (4 osoby),
- współruchy przejawiające się jako obrót głowy podczas sięgania czubkiem języka do kącików ust (zaobserwowane u 4 osób),
- drżenie języka lub jego zbaczanie widoczne w trakcie wysuwania języka z jamy ustnej i kierowania go na boki (5 osób), a także ślinienie utrudniające wykonanie prób przez zaleganie wydzieliny w jamie ustnej.

Tabela 4. Wyniki części I właściwej – ocena motoryki kompleksu ustno-twarzowego wszystkich badanych podopiecznych

Próba	Wykonane		Niewykonane	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Zaciśnięcie warg	37	76	12	24
Ściąganie i rozciąganie warg w uśmiechu	25	51	24	49
Zwarcie warg (jak do buziaka)	26	53	23	43
Otwieranie i zamykanie ust wraz z opuszczeniem żuchwy	38	78	11	22
Opuszczenie żuchwy przy zamkniętych ustach	9	18	40	82
Wysuwanie i chowanie języka do jamy ustnej	31	63	18	37
Wysunięcie języka na brodę	28	57	21	43
Dotykanie czubkiem języka górnych zębów przy otwartej jamie ustnej	16	33	33	67
Skierowanie języka do lewego kącika ust	35	71	14	29
Skierowanie języka do prawego kącika ust	34	69	15	31
Wypychanie językiem policzków	26	53	23	47

Źródło: opracowanie własne.

Po wykonaniu prób badających motorykę kompleksu ustno-twarzowego analizie poddano realizację czynności pokarmowych wraz z towarzyszącymi im problemami. W tej części ocenione zostały kolejno: możliwość odgryzania, żucia oraz połykania z podziałem na pokarmy papkowe, płyny i pokarmy stałe. Wyniki analiz przedstawiają tabele 5, 6 i 7.

Tabela 5. Odgryzanie

Czas wykonywania czynności	Liczba osób	Procent
Poniżej 30 sekund	30	75
Powyżej 30 sekund	10	25

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Żucie

	Występuje (liczba osób)	Procent	Nie występuje (liczba osób)	Procent
Wydłużenie czasu żucia (średnio o 10 sekund)	21	52,5	19	47,5
Zaleganie pokarmu po przełknięciu kęsa	18	45	22	55

Źródło: opracowanie własne.

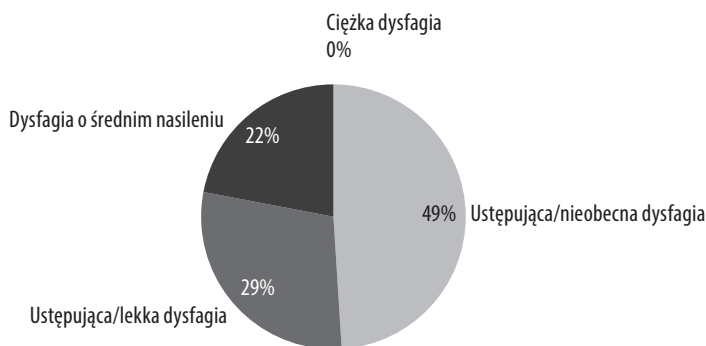
Tabela 7. Ocena czynności połykania w kwestionariuszu badania logopedycznego

Punkty	Pokarmy papkowane			Pokarmy płynne			Pokarmy stałe		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Liczba osób	0	26	14	1	21	18	3	37	0
Procent	0	65	35	2,5	52,5	45	7,5	92,5	0

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej obserwowanym patomechanizmem występującym w czasie prowadzenia badań była zmiana głosu po przełknięciu łyku/kęsa, która pod postacią chrypki lub mokrego zabarwienia głosu pojawiła się aż u 22 badanych. Odruch kaszlowy, występujący łącznie u 12 badanych osób, był drugą z kolei najczęściej obserwowaną patologią, najrzadziej zaś występowało wyciekanie pokarmu.

Zestawienie otrzymanych wyników punktowych z danymi uzyskanymi w wywiadzie, w odniesieniu do czteropunktowej skali oceny ciężkości dysfagii, wykazało, iż u wszystkich 49 badanych występują patologie w zakresie realizacji czynności prymarnych. Procentowy rozkład pacjentów dotkniętych poszczególnymi typami zaburzeni przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Podział badanych ze względu na stopień zaburzeń

Źródło: opracowanie własne.

Największą i najmłodszą grupę pacjentów (49%) stanowili badani, u których wykryta została dysfagia lekka o niejednorodnym obrazie, dla której wyróżnione zostały cztery podtypy uszczegóławiające diagnozę. Pacjentów tych w podtypach charakteryzowała:

- A – obniżona sprawność motoryczna mięśnia okrężnego warg oraz współpracującego z nim mięśnia bródkowego, którą zaobserwowano podczas badania motoryki kompleksu ustno-twarzowego, oraz nieznacznie wysłużony czas trwania funkcji połykowej w wybranych konsystencjach, której sporadycznie towarzyszyły niewielkie zmiany głosu występujące po połyknięciu;
- B – dobrze zachowana sprawność motoryczna kompleksu ustno-twarzowego i znaczne dla tego przedziału obniżenie sprawności czynności połykania, prze-

jawiające się przez wydłużenie czasu trwania czynności połykowej czy pojawienie się przemijających objawów towarzyszących, takich jak kaszel lub zmiana głosu pojawiająca się po połknięciu;

- C – obniżona sprawność motoryczna kompleksu ustno-twarzowego i nieznaczne obniżenie sprawności czynności połykania;
- D – obniżona sprawność motoryczna i brak realizacji prób motorycznych oraz znaczne dla tego przedziału obniżenie sprawności czynności połykania z obecnymi odruchami patologicznymi.

Zaburzenia żucia i połykania o średnim stopniu nasilenia zdiagnozowane zostały u 29% badanych i była to druga co do wielkości grupa objętych badaniem logopedycznym podopiecznych. Była to jednocześnie starsza wiekowo grupa (średnia wieku), a dominujące jednostki chorobowe posiadały podłoże neurologiczne. Sprawność motoryczna mięśni warg i mięśni języka była znacznie obniżona, a liczba wykonanych prób motorycznych nie przekroczyła łącznie 6. Realizację czynności fizjologicznych charakteryzowały natomiast: wydłużony czas żucia i połykania, zmiany głosu po połknięciu głównie pokarmów płynnych, a także w pozostałych konsystencjach, oraz kaszel po połknięciu pokarmów stałych.

W przypadku ostatniej, najstarszej i najmniejszej grupy pacjentów (22%) wyniki przeprowadzonych badań wskazały na ciężką postać dysfagii. Brak realizacji prób motorycznych lub próba realizacji przez naśladownictwo dały obraz znacznego obniżenia sprawności motorycznych w obrębie całego kompleksu ustno-twarzowego, co w dalszej kolejności zaowocowało również brakiem możliwości realizacji czynności połykowych.

Wnioski

Przeprowadzone w ramach pracy badania wykazały:

- dominujący charakter neurologiczny jednostek chorobowych, którym towarzyszą zaburzenia czynności pokarmowych, a wśród nich: stany poudarowe (15 osób), choroba Alzheimera (9 osób), otępienia o różnym typie pochodzenia (6 osoby);
- w dalszej kolejności obecność zaburzeń także w nieizolowanym nadciśnieniu, to znaczy niewynikających bezpośrednio z obecności schorzenia układu krążenia krwi (9 osób), z chorób metabolicznych (14 osób) i ze stanów po zawale mięśnia sercowego (3 osoby);
- zależność między wzrostem wieku badanych a przyrostem jednostek chorobowych o charakterze neurologicznym, z narastającymi deficytami sprawności motorycznych w strefie oralnej oraz postępującymi trudnościami w przebiegu czynności pokarmowych – żucia i połykania;
- związek między stanem pacjenta w rozumieniu sprawności fizycznej i psychicznej a problemami z realizacją czynności pokarmowych na różnych etapach;

- związek między obecnością zaburzeń kognytywnych, zakłócających przebieg pierwszej fazy połykania – fazy przygotowawczej, a trudnościami na dalszych etapach czynności połykowych, niedostatecznie omówiony w literaturze przedmiotu;
- brak wyraźnych trudności w formowaniu kęsa (nierozdrobienie pokarmu, brak podjęcia czynności w obrębie jamy ustnej mających na celu przygotowanie pokarmu do przełknięcia), wydłużony czas trwania czynności mimo deficytów sprawności motorycznych kompleksu ustno-twarzowego, będących bezpośrednią przyczyną zaburzeń płynności procesu połykania;
- obecność rozbieżności w interpretacji i ocenach występujących trudności lub ich braku u badanych podopiecznych i ich opiekunów, utrudniających diagnostykę logopedyczną.

Cechami charakteryzującymi zdiagnozowane zaburzenia są:

- obniżona sprawność motoryczna kompleksów mięśniowych strefy orofacialnej,
- występowanie kaszlu i zmian głosu po połknięciu kęsa,
- zaleganie resztek pokarmowych w przedsionku jamy ustnej,
- męczliwość podczas żucia pokarmów stałych.

Na podstawie otrzymanych wyników badań i odpowiedzi na postawione pytania badawcze można wysnuć wnioszek o konieczności monitorowania sprawności oralnej u osób dorosłych, szczególnie dotkniętych chorobami o podłożu neurologicznym, nawet po dłuższym czasie od wystąpienia incydentu. Istotną kwestię stanowi również podjęcie działań profilaktycznych, na przykład o charakterze informacyjnym, w celu wczesnego wykrywania problemów i propagowania wiedzy w zakresie dysfagii wśród osób starszych i ich opiekunów.

Literatura

- Belfasky P.C., Mouadeb D.A., Rees C. (red.), 2008, *Eating Assessment Tool (EAT-10)*, <http://polykanie.reisspartners.pl/images/pdf/EAT_10pol.pdf> (dostęp: 22.06.2016).
- Bergmaschi R. (red.), 2008, *Dysphagia in Multiple Sclerosis (DYMUS)*, <<http://polykanie.reisspartners.pl/images/pdf/DYMUS.pdf>> (dostęp: 22.06.2016).
- Fuller G., Turaj W. (red.), 1999, *Badanie neurologiczne – to proste*, Wrocław: Elsevier & Partner.
- Gatkowska J., 2012, *Diagnoza dysfagii u dorosłych w neurologii klinicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grabias S., Kurkowski M., Woźniak T., 2007, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015, *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Lampart-Busse M., 2007, *Połykanie – etiologia i wpływ na artykulację*, „Logopeda. Czasopismo Internetowe”, nr 4, s. 132–136, <http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/67_logopeda___nr_4.pdf> (dostęp: 12.11.2016).

- Litwin M., 2009, *Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurogennych*, „Logopeda. Czasopismo Internetowe”, nr 7, s. 125–128, <http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/83_logopeda_nr_7_.pdf> (dostęp: 12.11.2016).
- Litwin M., Pietrzyk I., 2013, *Diagnoza i terapia dysfagii*, Gliwice: Wydawnictwo Komlogo.
- Narożny W., Szmaj M., 2014, *Zaburzenia mowy w dysfagii*, [w:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 175–185.
- Nowak A., 1990, *Zaburzenia połykania*, [w:] F. Kokot (red.), *Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Prosiegel M., Wagner-Sonntag E., Scheicher M., 2000, *Dysfagie neurogenne*, „Rehabilitacja Medyczna”, t. 4, z. 3, s. 72–80.
- Stręk P., 2002, *Diagnostyka dysfagii ustno-gardłowej*, „Terapia”, nr 10, z. 2, s. 12–15.
- Trapl M., Enderle P., Nowotny M. (red.), 2007, *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*, <<http://polykanie.pl/>> (dostęp: 12.11.2016).
- Wskirska-Woźnica B., Pruszewicz A., Walczak A., 2002, *Zaburzenia połykania – postępowanie diagnostyczne i zasady rehabilitacji*, „Przewodnik Lekarza. Otolaryngologia”, nr 9, s. 102–104.
-

Streszczenie

Artykuł stanowi streszczenie pracy magisterskiej poświęconej tematyce zaburzeń żucia i połykania u osób dorosłych. Zawiera opis i wyniki przeprowadzonych przez autorkę badań na grupie 83 osób, w tym 71 podopiecznych zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu, u których rozpoznano różne jednostki chorobowe. Zagadnienie to nie było dotychczas badane w Polsce przez logopedów, a większość dostępnych materiałów dotyczyła rozwoju czynności połykania i żucia u dzieci oraz dysfagii jako objawu towarzyszącego ściśle określonym schorzeniom. Przedstawione badania wpisują się w zakres rozwijającej się gałęzi logopedii – gerontologopedii.

Summary

This article is a summary of a thesis devoted to the problem of chewing and swallowing in adults. It contains the description and results of the research conducted by the researcher on a group of 83 people, including 71 people living in the Social Assistance Home in Kalisz, who were diagnosed with different diseases. This issue has not yet been studied in Poland by speech therapists, and most of the available materials concerned dysphagia as a symptom associated with specific conditions and in discussing the development of swallowing and chewing activities in children. The presented research is part of the newly emerging branch of speech therapy – gerontologopedii.