

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ -
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**Θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Σίτισης -
Κατάποσης σε ασθενείς με Επίκτητη Απραξία**

Φοιτήτρια: Οθμάνι Πωλίνα, **A.M.:** 14995

Επιβλέπων καθηγητής: Νάσιος Γρηγόριος, Δρ. Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων,
Νευρολόγος, Καθηγητής Τμήματος Λογοθεραπείας

Ιωάννινα, 2017

Ευχαριστίες

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπον καθηγητή μου, κύριο Γρηγόριο Νάσιο για την άμογη συνεργασία, το ενδιαφέρον και την αφιέρωση πολύτιμου χρόνου καθ'όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη ηθική και υλική υποστήριξη που μου παρέχει όλα αυτά τα χρόνια, δίνοντάς μου κουράγιο να προχωρώ και να υπερπηδώ κάθε εμπόδιο για να φτάσω στο στόχο μου.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη συμβολή όλων των παραπάνω στην ολοκλήρωση ενός σημαντικού κεφαλαίου της ζωής μου, των φοιτητικών μου σπουδών.

Περίληψη

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια πολύ συχνή αιτία θανάτου, η οποία δεν σταματάει να αυξάνει την συχνότητά της στο πέρασμα των δεκαετιών, με αποτέλεσμα σήμερα να διεκδικεί την τρίτη θέση παγκοσμίως, μετά από το καρδιακό επεισόδιο και τον καρκίνο.

Κάθε ηλικία μπορεί να πληγεί από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Δυστυχώς έρευνες δείχνουν ότι τις τελευταίες δεκαετίες, αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών και νέων (20 ετών και κάτω) και των μεσήλικων ενηλίκων (20-64 ετών) που παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο, με μια ελαφρώς ενθαρρυντική, μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης σε χώρες υψηλού εισοδήματος, ενδεχομένως λόγω των καλύτερων διαγνωστικών τεχνικών (Dr Valery Feigin, 2010). Κάποια ευρέως γνωστά χαρακτηριστικά των ημερών μας όπως η ανθυγιεινή διατροφή, η παχυσαρκία, η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, η άμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι κάποιοι από τους παράγοντες που βοηθούν στην αύξηση αυτή.

Στην επιλογή του θέματος μου, καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε η επιλογή ενός κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας ως φορέα της πρακτικής μου άσκησης. Καθ'όλη την διάρκεια της απασχόλησης μου σε αυτό το κέντρο παρατήρησα τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, την γενική δηλαδή αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά και την αύξηση στις επιμέρους ηλικιακές ομάδες καθώς και τα κλινικά συνοδά συμπτώματα αυτών, ο συνδυασμός δύο εκ'των οποίων θα αποτελέσουν το κύριο αντικείμενο της παρούσας εργασίας. Σκοπός, λοιπόν, αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιαστεί το προφίλ των ασθενών που αντιμετωπίζουν απρακτικές δυσκολίες σε συνδυασμό με δυσκολίες στον καταποτικό μηχανισμό. Θα αναλυθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην φάση της αποκατάστασης τους και ο τρόπος διαχείρισής τους, με έμφαση στην θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση τους από μια διεπιστημονική ομάδα και κυρίως από την σκοπιά ενός λογοθεραπευτή.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να σημειωθεί ότι το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μία από τις κύριες αιτίες σοβαρής μακροπρόθεσμης αναπηρίας (ημιπληγία, σπαστικότητα, σοβαρές διαταραχές επικοινωνίας όπως η αφασία και η απραξία, κ.ά.), με σημαντικό αντίκτυπο στον χρόνο και στην ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων μετά το εγκεφαλικό. Με βάση τα παραπάνω, ευελπιστώ η εν λόγω πτυχιακή εργασία να αποτελέσει έναν καλό οδηγό για λογοθεραπευτές, φροντιστές ή συγγενείς ασθενών, αναφορικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης – κατάποσης σε ασθενείς με επίκτητη απραξία, πάντοτε με σεβασμό στην προσωπικότητα των ασθενών, ανεξαρτήτως των ελλειμμάτων τους (κινητικά, δυσφαγικά, αντιληπτικά, εκφραστικά, ψυχολογικά, κ.ά.).

Αλφαβητικό Ευρετήριο Συντομογραφιών

- AOS:** Απραξία Λόγου (για ενήλικες) (Apraxia Of Speech)
- BSE:** Παρά την Κλίνη Εξέταση (BedSide Evaluation)
- FEES:** Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Οπτικές Ίνες
- FEEST:** Εύκαμπτη Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Έλεγχο Αισθητικότητας
- FOIS:** Κλίμακα Λειτουργικότητας Στοματικής Πρόσληψης (Functional Oral Intake Scale)
- LSVT:** Θεραπεία Φωνής Lee Silverman (Lee Silverman Voice Therapy)
- MBS:** Βιντεοφλουροσκοπική Κατάποση (Τροποποιημένη Κατάποση Βαρίου)
- MSDs:** Κινητικές Διαταραχές του Λόγου
- NDD:** Διεθνές Διαιτολόγιο Δυσφαγίας (National Dysphagia Diet)
- NDDTF:** Ομάδα Εργασίας Διεθνούς Διαιτολογίου Δυσφαγίας (National Dysphagia Diet Task Force)
- NG:** Ρινογαστρικός Καθετήρας Σίτισης (Nasogastric Tube)
- NMES:** Νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση (Neuromuscular Electrical Stimulation)
- NPO:** Ουδέν δια του στόματος/μη στοματική σίτιση-ενυδάτωση (Nil Per Os) (Nothing By Mouth)
- NVOA:** Στοματοπροσωπική απραξία (Buccofacial or Nonverbal Oral Apraxia)
- OME:** Στοματοκινητικές Ασκήσεις (Oral Motor Exercises)
- PEG:** Διαδερμική Ενδοσκοπική Γαστροστομία (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)
- RMST:** Εξάσκηση Ενδυνάμωσης Αναπνευστικών Μυών (Respiratory Muscle Strength Training)
- SA:** Απραξία κατά την Κατάποση (Swallowing Apraxia)
- SLP:** Λογοθεραπευτής (Speech Language Pathologist)
- TES:** Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση (Transcranial Electrical Stimulation)
- TTOS:** Θερμική Απτική Στοματική Διέγερση (Thermal Tactile Oral Stimulation)
- ΑΟΣ:** Άνω Οισοφαγικός σφιγκτήρας
- ΓΚΠΡΚ:** Γεννήτρια Κεντρικού Προτύπου Ρυθμού Κατάποσης
- ΚΝΣ:** Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- ΝΓΟΠ:** Νόσος Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης

Λέξεις κλειδιά

νευρολογικές διαταραχές, απραξία, φυσιολογία της κατάποσης, δυσφαγία/διαταραχές κατάποσης, διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με απραξία, λειτουργική θεραπεία δυσφαγίας σε ασθενείς με απραξία, θεραπευτική αποκατάσταση δυσφαγίας σε ασθενείς με απραξία, εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| Περίληψη..... | 3 |
| Αλφαβητικό Ευρετήριο Συντομογραφιών..... | 4 |
| Περιεχόμενα..... | 5 |
| Εισαγωγή..... | 7 |
| Κεφάλαιο 1^ο: Απραξία | |
| 1.1. Νευρογενείς κινητικές διαταραχές..... | 9 |
| 1.2. Απραξία: ορισμός – αίτια – επιδημιολογία – χαρακτηριστικά..... | 10 |
| 1.3. Τύποι απραξίας..... | 11 |
| 1.4. Αξιολόγηση της απραξίας..... | 17 |
| 1.5. Διαφορική διάγνωση της απραξίας..... | 19 |
| Κεφάλαιο 2^ο: Φυσιολογία και Παθολογία της Κατάποσης παρουσία Απραξίας | |
| 2.1. Φυσιολογία της κατάποσης..... | 22 |
| 2.2. Φυσιολογία της κατάποσης κατά τη φυσιολογική γήρανση..... | 24 |
| 2.3. Νευρογενής Δυσφαγία / Διαταραχές σίτισης - κατάποσης : ορισμός και επιπτώσεις..... | 26 |
| 2.4. Αίτια νευρογενούς δυσφαγίας..... | 30 |
| 2.5. Διαγνωστικές διαδικασίες στη δυσφαγία..... | 30 |
| 2.6. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με Απραξία | 36 |
| 2.7. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με Άνοια: «Απραξία σίτισης και κατάποσης»..... | 40 |
| Κεφάλαιο 3^ο: Θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Σίτισης - Κατάποσης σε ασθενείς με Απραξία | |
| 3.1. Σχεδιασμός και στοχοθεσία της θεραπείας..... | 42 |
| 3.2. Συνεργασία του ασθενούς..... | 43 |
| 3.3. Αισθητηριακές παρεμβάσεις..... | 47 |
| 3.4. Αντισταθμιστικές τεχνικές αποκατάστασης διαταραχών κατάποσης ανά τύπο Απραξίας (Λειτουργική θεραπεία)..... | 51 |
| 3.5. Θεραπευτική αποκατάσταση διαταραχών κατάποσης ανά τύπο Απραξίας..... | 57 |

| | |
|--|-----|
| 3.6. Θεραπεία σίτισης / αυτοσίτισης – Εκπαιδευτικά γεύματα με τη βοήθεια λογοθεραπευτή..... | 74 |
| 3.7. Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας..... | 76 |
| 3.7.1. Διακοπή θεραπευτικής παρέμβασης; Παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή τύπου μη στοματικής σίτισης – ενυδάτωσης..... | 76 |
| 3.7.2. Σίτιση μέσω εναλλακτικών μεθόδων..... | 78 |
| 3.7.3. Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα εναλλακτικών μεθόδων σίτισης..... | 82 |
| 3.7.4. Επιστροφή στη στοματική σίτιση..... | 85 |
| Κεφάλαιο 4^ο: Μελέτη Περίπτωσης | |
| 4.1. Ιστορικό..... | 86 |
| 4.2. Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση..... | 86 |
| 4.3. Λογοθεραπευτικό Πρόγραμμα..... | 88 |
| 4.4. Αποτελέσματα Θεραπείας..... | 91 |
| Συμπεράσματα | 93 |
| Βιβλιογραφικές Παραπομπές | 96 |
| Παράρτημα 1: Διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης. Η κατάλληλη επιλογή για την αξιολόγηση και θεραπεία ασθενών με απραξία και δυσφαγία;..... | 105 |
| Παράρτημα 2: Κατανοώντας την ποιότητα ζωής στις Διαταραχές Κατάποσης: το ερωτηματολόγιο SWALL – QOL..... | 111 |
| Παράρτημα 3: Διαδικασία σίτισης δυσφαγικών ατόμων με απραξία: θεραπεία ή “κοινωνικό γεγονός”;..... | 120 |

Εισαγωγή

Οι συνήθειες σίτισης διαμορφώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και συχνά εκλαμβάνονται ως δεδομένες. Είναι τρομακτικό λοιπόν να σκεφτεί κανείς ότι ασθενείς με απραξία είναι πολύ πιθανό να μην είναι σε θέση αυτοσιτιστούν. Δεν έχουν πλέον την ικανότητα να μοιράζονται στιγμές κατά την διάρκεια των γευμάτων με την οικογένεια και τους φίλους τους, γεγονός που παρέχει την δυνατότητα αύξησης της απόλαυσης του φαγητού. Η διαδικασία σίτισης αποτελεί μια εμπειρία ευχαρίστησης και διασκέδασης για τόσο για έναν υγιή άνθρωπο τόσο και για έναν ασθενή, γι' αυτό και είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται η φυσιολογική κατάποση του ατόμου. Η φυσιολογική κατάποση πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική και ευχάριστη.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία θα επικεντρωθεί στην διαταραχή της “υγιούς σίτισης” που πιθανώς να αντιμετωπίσουν νευρολογικοί ασθενείς κυρίως μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οφειλόμενη σε διαταραχές κατάποσης με υπόβαθρο απραξίας. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 60% των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, και βρίσκονται σε μη κωματώδη κατάσταση, υποφέρουν από κάποιο είδος γλωσσικής δυσλειτουργίας, όπως αφασία, δυσαρθρία, απραξία, κ.ά. (Duffy J. R., 2012). Όσον αφορά το ποσοστό των νευρολογικών ασθενών που αντιμετωπίζουν δυσφαγικού τύπου διαταραχές, ανέρχεται στο 20-50% του νοσοκομειακού πληθυσμού (S. Singh & S. Hamdy, 2006), (Marcel Arnold and other researchers, 2016), ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό. Και οι δύο περιπτώσεις ασθενών, πόσο μάλλον και ο συνδυασμός αυτών, θα χρειαστούν λογοθεραπευτική αξιολόγηση αλλά και στοχευμένη θεραπευτική παρέμβαση, καθώς πολλές είναι περιπτώσεις απρακτικών ασθενών όπου παρατηρείται συννοσηρότητα με διαταραχές κατάποσης - δυσφαγία σε κάποιο βαθμό, ακόμη και στα πρώτα στάδια του μετα-εγκεφαλικού τραύματος (Huskins, 1985).

Με δεδομένα τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω η εργασία αυτή οργανώθηκε σε 4 βασικά κεφάλαια, κάθε ένα από τα οποία αναλυτικότερα περιλαμβάνει:

Κεφάλαιο 1ο: Στο πρώτο κεφάλαιο, αρχικά, γίνεται μια γενική αναφορά στις νευρογενείς κινητικές διαταραχές, στις οποίες και συμπεριλαμβάνεται η απραξία. Στην συνέχεια, αναφέρεται ο ορισμός της απραξίας, τα αίτια, η επιδημιολογία και τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής. Μια σημαντική υποενότητα αυτού του κεφαλαίου είναι η ανάλυση των υποτύπων της απραξίας, η οποία και περιλαμβάνει τους επιμέρους ορισμούς, τα βασικά χαρακτηριστικά και την ακριβή εντόπιση της βλάβης στον εγκεφαλικό φλοιό. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση και την διαφοροδιάγνωση της επίκτητης αυτής διαταραχής σε σχέση τις υπόλοιπες νευρογενείς κινητικές διαταραχές.

Κεφάλαιο 2ο: Το δεύτερο κεφάλαιο, ξεκινάει με την φυσιολογία της κατάποσης τόσο στον γενικό

πληθυσμό, αλλά και κατά την φυσιολογική γήρανση, καθώς στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα μας απασχολήσει η νευρογενής δυσφαγία σε ενήλικες ασθενείς κυρίως μετά από κάποιο Α.Ε.Ε. Ακολουθούν ο ορισμός και οι επιπτώσεις της παθοφυσιολογίας της κατάποσης, δηλαδή μια πρώτη γνωριμία με τη Νευρογενή Δυσφαγία και τις Διαταραχές σίτισης – κατάποσης. Αναφέρονται τα αίτια και οι διάφορες διαγνωστικές της διαδικασίες. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στις διαταραχές σίτισης και κατάποσης που αντιμετωπίζουν ασθενείς με Απραξία και παρουσιάζονται τα πιθανά χαρακτηριστικά δυσφαγίας σε αντιστοίχιση με τον κάθε τύπο Α.Ε.Ε.. Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο ασχολείται με τις διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με Άνοια, καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν «Απραξία σίτισης και κατάποσης».

Κεφάλαιο 3ο: Σε αυτό το κεφάλαιο, το οποίο και αποτελεί το κύριο μέρος της παρούσας εργασίας, γίνεται προσπάθεια παρουσίασης της βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με απραξία. Αρχικά αναφέρεται ο σχεδιασμός και η στοχοθεσία μιας τέτοιας θεραπείας και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα διάφορα “προβλήματα” που μπορεί να προκύψουν λόγω της περιορισμένης (κατά κύριο λόγο) ικανότητας συνεργασίας αυτών των ασθενών. Ακολουθούν οι αισθητηριακές παρεμβάσεις, οι αντισταθμιστικές τεχνικές αποκατάστασης και η θεραπευτική αποκατάσταση των διαταραχών κατάποσης, πάντοτε με παράλληλη προσπάθεια αντιστοίχισης τους ή μη στους διάφορους τύπους απραξίας που μας απασχολούν στην παρούσα πτυχιακή. Μετά αναλύεται, η υψίστης σημασίας για την αποκατάσταση, θεραπεία σίτισης - αυτοσίτισης και τα εκπαιδευτικά γεύματα με τη βοήθεια λογοθεραπευτή. Τέλος αναφέρονται οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας και σίτισης/ ενυδάτωσης, οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτή την απόφαση, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εναλλακτικών αυτών μεθόδων και ο τρόπος που επιτρέπει ή μη την επιστροφή στη στοματική σίτιση - ενυδάτωση.

Κεφάλαιο 4ο: Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μελέτη περίπτωσης μιας ασθενούς με έντονα απρακτικά στοιχεία λεκτικής, στοματοπροσωπικής, ιδεακής και ιδεοκινητικής απραξίας (τις πρώτες μέρες και απραξία κατά την κατάποση), σε συνδυασμό με σοβαρά δυσφαγικά ελλείμματα στοματικού και φαρυγγικού σταδίου, μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με στοιχεία αιμορραγικής μετατροπής. Η μελέτη περίπτωσης έλαβε χώρα στο πλαίσιο πρακτικής άσκησης μου. Ακολουθεί η εξαγωγή συμπερασμάτων και τρία παραρτήματα, με στόχο την ενίσχυση των όσων έχουν ήδη αναφερθεί στην παρούσα πτυχιακή.

Η διαδικασία συλλογής πληροφοριών πραγματοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, υποστηριζόμενη από ενδελεχείς και συστηματικές ανασκοπήσεις μελετών και επιστημονικών άρθρων με την βοήθεια ψηφιακών βιβλιογραφικών βάσεων δεδομένων όπως η Pubmed, η Heal-link, η ScienceDirect, κ.ά.

Κεφάλαιο 1^ο: Απραξία

1.1. Νευρογενείς κινητικές διαταραχές

Τα λόγια μας δεν είναι παρά ψίχουλα που πέφτουν κάτω από το μεγάλο γλέντι του μυαλού (Χαλίλ Γκιμπράν, 1883-1931, Λιβανοαμερικανός ποιητής & φιλόσοφος). Μέσα από αυτόν τον αφορισμό, δηλώνεται σύντομα και περιεκτικά μια ευρέως αποδεκτή αλήθεια. Η ανθρώπινη ομιλία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη, αλλά και απολύτως εξαρτώμενη από τον ανθρώπινο εγκέφαλο.

Η ομιλία αποτελεί το κυρίαρχο μέσο της ανθρώπινης επικοινωνίας, μίας πολύπλοκης δραστηριότητας, η οποία βασίζεται σε ένα ευρύ σύνολο γλωσσικών, γνωστικών και κινητικών δεξιοτήτων. Η πολυπλοκότητα της ομιλίας, γίνεται ακόμα πιο αισθητή και αναγνωρίσιμη, μέσα από τις διαταραχές της, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις ασθενείς, συγγενείς, φίλοι, γιατροί, θεραπευτές αλλά και άλλοι, έρχονται αντιμέτωποι με έναν ως τώρα “δεδομένο σύμμαχο”, την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί λεκτικά ή εξωλεκτικά.

Ο λόγος και η ομιλία βασίζονται στην ομαλή λειτουργικότητα του νευρικού, νευρομυϊκού και μυοσκελετικού συστήματος του ανθρώπου. Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Όταν οι διαταραχές αυτές παρουσιάζονται λόγω κάποιας οργανικής αιτίας που επηρεάζει την λειτουργία του νευρικού συστήματος, τότε οι διαταραχές λέγονται νευρογενείς διαταραχές επικοινωνίας και συμπεριλαμβάνουν διαταραχές ομιλίας – λόγου (αφασία, δυσarthρία, απραξία, κ.ά.), σίτισης και κατάποσης και εκπτώσεις στις γνωστικές λειτουργίες όπως η σκέψη, η οργάνωση και η μνήμη. Οι νευρογενείς διαταραχές επικοινωνίας μπορεί να εμφανιστούν στην αναπτυξιακή περίοδο (εκ γενετής ή αναπτυξιακές διαταραχές) ή μετά από μια αρκετά μεγάλη ή ολοκληρωμένη περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης (επίκτητες διαταραχές). (Louise Cummings, 2014).

Το μεγαλύτερο τμήμα των επίκτητων διαταραχών της επικοινωνίας καταλαμβάνουν οι κινητικές διαταραχές της ομιλίας (περίπου το 41% με βάση την κατανομή των επίκτητων διαταραχών επικοινωνίας από το τμήμα νευρολογία, Mayo Clinic 1987-1990 και 1993-2001), στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η δυσarthρία και η απραξία. Οι κινητικές διαταραχές του λόγου (MSDs) μπορούν να οριστούν ως διαταραχές που προέρχονται από νευρολογικές βλάβες, οι οποίες επηρεάζουν τον κινητικό σχεδιασμό και προγραμματισμό του νευρομυϊκού ελέγχου ή της εκτέλεσης του λόγου (Duffy J. R., 2012).

Οι βασικότερες αιτίες νευρολογικών διαταραχών επικοινωνίας στους ενήλικες είναι οι νευρολογικές παθήσεις όπως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (αιμορραγικά ή ισχαιμικά), οι

κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, διάφορες εκφυλιστικές νόσοι (σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Parkinson, νόσος του Alzheimer, κ.ά.), τα νεοπλάσματα/εγκεφαλικοί όγκοι, η επιληψία και διάφορες λοιμώξεις.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα μας απασχολήσουν οι επίκτητες νευρογενείς κινητικές διαταραχές, με κύριο άξονα την απραξία, καθώς, όπως έχει ήδη αναφερθεί, θα ασχοληθούμε με την θεραπευτική διαχείριση των δυσφαγικών ελλειμμάτων σε νευρολογικούς ασθενείς που εμφανίζουν συνοδά στοιχεία απραξίας και των επιμέρους υποτύπων της.

1.2. Απραξία: ορισμός – αίτια – επιδημιολογία – χαρακτηριστικά

Η απραξία είναι ένα από τα σημαντικότερα και λιγότερο κατανοητά βασικά συμπεριφορικά νευρολογικά σύνδρομα. Υπάρχουν διάφορες απόψεις για το τι ακριβώς είναι απραξία, γεγονός που συνεπάγεται με το πλήθος των επιστημόνων που έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό. Όλοι αυτοί προσφέρουν και συνθέτουν αρμονικά τα βασικά χαρακτηριστικά, την αιτιολογία και τις διαφορές της απραξίας σε σχέση με τις υπόλοιπες νευρογενείς κινητικές διαταραχές.

Αποτελούμενη από το στερητικό άλφα και το ουσιαστικό πράξη (ελληνικής προελεύσεως πράξις), δηλώνει έλλειψη ή/και απουσία μιας κίνησης, μιας ενέργειας, μιας πράξης ή αποτυχία/αναποτελεσματικότητα αυτών (Sasser, White, King, 1995). Ορίζεται ως η απώλεια της ικανότητας εκτέλεσης σκόπιμων κινήσεων που έχουν εκμαθηθεί, παρά την διατήρηση της επιθυμίας και της φυσικής ικανότητας για την εκτέλεσή τους. Η απραξία δηλαδή είναι διαταραχή του κινητικού σχεδιασμού, ένα είδος κινητικής αγνωσίας (Λίζα Βάρβολη, 2006). Οι ασθενείς δεν έχουν κάποιο είδος παρέσεις, αλλά έχουν χάσει πληροφορίες σχετικά με το πώς να επιτελούν τις κινήσεις.

Η διάκριση της απραξίας από άλλες κινητικές διαταραχές είναι ένα κομμάτι που συχνά δυσκολεύει τους κλινικούς, είναι όμως και αρκετά αξιόπιστη καθώς σχεδόν πάντα είναι αποτέλεσμα νευρολογικής βλάβης του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Χαρακτηρίζεται από μια ανικανότητα του ατόμου να πράξει εκούσιες, κινήσεις παρά τον φυσιολογικό μυϊκό τόνο και συντονισμό. Με άλλα λόγια, ενώ οι μύες είναι ικανοί να λειτουργούν φυσιολογικά και το κατάλληλο μήνυμα έχει διατυπωθεί, ο λανθασμένος προγραμματισμός από τον εγκέφαλο εμποδίζει την ολοκλήρωση των ακριβών και σκόπιμων κινήσεων ώστε να παραχθεί το σχεδιασμένο μήνυμα.

Για να γίνουν λοιπόν οι εκούσιες κινήσεις απαραίτητη είναι η προηγούμενη ιδεατή προετοιμασία και παράσταση της κίνησης ή της κινητικής πράξης στο «νου», καθώς και η οργάνωση του προγράμματος των επιμέρους κινήσεων. Οι φλοιικές αυτές λειτουργίες, που αποτελούν την υποδομή των εκούσιων κινήσεων, συνιστούν το μηχανισμό της «ευπραξίας».

Εξάιρεση αποτελούν οι κινήσεις που επαναλαμβάνονται συχνά για κάποιο σκοπό, οπότε αυτοματοποιούνται και γίνονται χωρίς την ενεργό συμμετοχή του παραπάνω μηχανισμού.

Ο μηχανισμός της «ευπραξίας» συνιστάται από :

- 1) τη σύλληψη της ιδέας της πράξης και σχηματική παράσταση της στο νου (επικρατούν ημισφαίριο),
- 2) τη συμβολική (ιδεατή) οργάνωση των κινήσεων και της διαδοχής τους, για να γίνει η κίνηση,
- 3) τον τελικό κινητικό προγραμματισμό – προκινητικός φλοιός. (Λογοθέτη, Μυλωνά, 1996).

Το αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο (το επικρατούν στο 95% περίπου των ανθρώπων) είναι επιφορτισμένο με τη γλώσσα και τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και την εκτέλεση λεπτών και επιδέξιων κινήσεων και από τα δύο χέρια (πράξη ή «ευπραξία» όπως έχει ήδη αναφερθεί). Η απραξία μπορεί να προκληθεί από οποιαδήποτε αιτία που θα δημιουργήσει βλάβη στο επικρατούν ημισφαίριο, στο οποίο βρίσκεται ο κινητικός προγραμματιστής της ομιλίας. Εντοπίζεται στους μετωπιαίους λοβούς (ειδικά στην προκινητικό φλοιό, τη συμπληρωματική κινητική περιοχή) και στο μεσολόβιο (Λίζα Βάρβολη, 2006). Η απραξία είναι μια διαταραχή των συνειρμικών περιοχών ή ινών που σχετίζονται με την εκούσια κινητική δραστηριότητα. Πιο συγκεκριμένα, η υπερχειλία έλικα του επικρατούντος βρεγματικού λοβού περιέχει ένα σημαντικό κυτταρικό σταθμό για την οργάνωση των κινήσεων και οι βλάβες αυτής της περιοχής θα προκαλέσουν απραξία.

Η απραξία προκαλείται από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, από όγκους, ή από τραύματα ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ενώ αρκετά συχνή αιτία είναι και η άνοια. Σπανιότερα, οφείλεται σε βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Sasser, White, King, 1995, Walton, 1977).

1.3. Τύποι απραξίας

◆ Ιδεοκινητική απραξία

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται και ως απραξία των άκρων. Είναι η διαταραχή στην εκτέλεση των απλών, στοιχειωδών και σκόπιμων κινήσεων που χρειάζονται για τη χρήση ενός αντικειμένου, την πραγματοποίηση μιας χειρονομίας, ή την ολοκλήρωση μιας ακολουθίας κινήσεων. Το ιδεϊκό σχήμα της αιτουμένης κινήσεως παραμένει ακέραιο και ο ασθενής είναι σε θέση να το περιγράψει αλλά ανίκανος να “φανταστεί” ή να μιμηθεί την κίνηση.

Η απραξία αυτή γίνεται αντιληπτή στην εξέταση με κινήσεις των μελών σε σχέση με το σώμα του π.χ. να πιάσει τη μύτη του, να βάλει τα χέρια του πίσω από το κεφάλι κ.τ.λ. Ίσως ακόμα και να αδυνατεί να δείξει πως χαιρετάνε κουνώντας το χέρι, πως ανοίγουν την πόρτα, πως κάνει τον σταυρό του, κ.ά. Αν χρειαστεί όμως να την εκτελέσουν δεν έχουν δυσκολία (π.χ. να σηκώσουν

το τηλέφωνο που χτυπά). Αυτό σημαίνει πως δεν έχουν χάσει την ιδέα της λειτουργίας, αλλά την ικανότητα κινητικού σχεδιασμού που απαιτείται. Η ιδεοκινητική απραξία θυμίζει, ως απώλεια ή λήθη της χειρονομίας, τα αντίστοιχα «αμνησιακά» χάσματα στις αφασίες (οι ασθενείς αυτοί έχουν απώλεια της ικανότητας εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων που βασίζονται στη σημασιολογική μνήμη).

Εστίαση: Είναι πάντοτε αμφοτερόπλευρη και οφείλεται σε βλάβες στις αριστερές κινητικές φλοιώδεις περιοχές, με επέκταση προς τα οπίσω, στην υπερχειλίο έλικα. Εντούτοις, περιγράφεται σπάνια και η αριστερή, μονόπλευρη, ιδεοκινητική απραξία από βλάβη στο πρόσθιο μέρος του μεσολόβιου ή σε μεμονωμένη προσβολή δεξιών μετωπιαίων περιοχών.

♦ **Ιδεακή απραξία**

Γνωστή και ως εγνωσιολογική απραξία. Ορίζεται ως η αδυναμία/ ανικανότητα της χρήσης ενός αντικειμένου ή της εκτέλεσης χειρονομιών, διότι το άτομο έχει χάσει τη γνώση - ιδέα της λειτουργίας του αντικειμένου ή της χειρονομίας. Αντιθέτως με την ιδεοκινητική απραξία, εδώ διαταράσσεται το ολικό ιδεακό «σχήμα» της κίνησης, ενώ οι επιμέρους δράσεις που το απαρτίζουν παράγονται. Πολλές φορές δηλώνεται και ως κινητικός «αγραμματισμός». Είναι ιδιαίτερος φανερός σε κινήσεις χρησιμοποίησης ενός αντικειμένου (στυλό, σφυριού, σπέρτων, κλπ.) γι' αυτό και θεωρήθηκε αγνωσία χρήσης, δεδομένου ότι ο ασθενής αναγνωρίζει μεν το αντικείμενο και την λειτουργία του, αλλά είναι ανίκανος να το χρησιμοποιήσει ή να κατανοήσει τον σκοπό της συγκεκριμένης πράξης.

Εστίαση: Η ιδεική απραξία παράγεται από αριστερές εκτεταμένες βλάβες κροταφοβρεγματικές και είναι πάντα αμφοτερόπλευρη.

♦ **Κατασκευαστική απραξία (ή αποικοδομητική απραξία)**

Ο ασθενής αδυνατεί να σχεδιάσει ή να κατασκευάσει με απλά υλικά οποιοδήποτε σχήμα ή σύνθεση (πχ. μια απλή κατασκευή με κύβους ή μια γραμμική ιχνογραφία διαφόρων σχεδίων), αρκετές φορές και όταν του παρουσιάζουμε το πρότυπο και τον καλούμε να το αντιγράψει. Το σύνθετο σχήμα των Rey-Osterrieth (R.O.C.F.) είναι ένα τυπικό “εργαλείο” για την αξιολόγηση καθώς αποτελεί μια από τις πιο κοινές νευροψυχολογικές δοκιμασίες που αξιολογούν τις οπτικο-χωρικές ικανότητες, τις κατασκευαστικές ικανότητες, την οπτική παραμέληση, τον υπολογισμό της απόστασης (αντίληψη του χώρου), την προσοχή οπτικών λεπτομερειών καθώς και της οπτικής μνήμης.

Εστίαση: Η βλάβη μπορεί να εντοπίζεται στον δεξιό ή αριστερό βρεγματικό φλοιό. Οι ασθενείς με πρόσθια βλάβη τείνουν να επαναλαμβάνουν στοιχεία του σχήματος ή να τα

μετατρέπουν σε πιο οικεία στοιχεία (πχ. μετατρέπουν το κύκλο με τις τρεις τελίτσες σε ένα πρόσωπο). Οι ασθενείς με βρεγματική βλάβη στο δεξί ημισφαίριο εκτελούν παρόμοια έργα χειρότερα από ότι ασθενείς με αντίστοιχη βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο, αφού δυσκολεύονται να συνενώσουν τα διαφορετικά στοιχεία για να δημιουργήσουν ένα σύνολο. (Λίζα Βάρβολη, 2006)

♦ **Μελοκινητική απραξία (ή απραξία κορμού)**

Εμφανίζεται ως διαταραχή στο συντονισμό των επιμέρους μυϊκών δράσεων για την επιτέλεση λεπτών κινήσεων, σαν μια ασυγχρονία εννεύρωσης των μυϊκών ομάδων (απραξία εννεύρωσης). Είναι η ελαφρότερη μορφή απραξίας και συχνά παίρνει τον χαρακτήρα μιας απλής κινητικής αδεξιότητας, συνήθως μονόπλευρης.

Εστίαση: Υπεύθυνη βλάβη, στις αντίπλευρες κινητικές φλοιο-μετωπιαίες ζώνες.

♦ **Απραξία βάδιδος (ή αταξία του Bruns)**

Δυσχέρεια συντονισμού των κάτω άκρων στη βάδιση (χωρίς να έχουν αδυναμία). Δεν σχετίζεται με την ιδεοκινητική απραξία, πρόκειται για δυσκολία κατά τη βάδιση ή κατά την εκτέλεση εκούσιων κινήσεων με τα πόδια.

♦ **Απραξία ένδυσης – απόδυσης**

Είναι η δυσκολία του ασθενή να προσανατολιστεί ώστε να ντυθεί κανονικά, βάζοντας τα ρούχα του σωστά.

Εστίαση: Οφείλεται κατά κύριο λόγο σε βλάβες στον αριστερό βρεγματικό φλοιό, όπου εντοπίζεται η δυσκολία στο body scheme, στην αντίληψη δηλαδή του «σχήματος του σώματος».

♦ **Οφθαλμοκινητική απραξία (Oculomotor apraxia)**

Γνωστή στη βιβλιογραφία και ως απραξία βλέμματος. Εμφανίζεται στο σύνδρομο Balint. Είναι η δυσκολία του ασθενή να εκτελεί εκούσιες κινήσεις των ματιών και εκούσιες αλλαγές του σημείου εστίασης, την στιγμή που είναι σε θέση ακούσια να τα κινήσει. Συνεπώς αδυνατεί να κατευθύνει τα μάτια του προς έναν επιθυμητό στόχο.

♦ **Λεκτική απραξία (Apraxia Of Speech AOS)**

Γνωστή και ως απραξία του λόγου ή προφορική απραξία. Είναι μία κινητική διαταραχή λόγου στην οποία διακυβεύεται η ικανότητα συντονισμού κίνησης και διαδοχοκίνησης κατά την άρθρωση (Louise Cummings, 2014). Για την ακρίβεια, η λεκτική απραξία είναι μια διαταραχή της ικανότητας του ατόμου να παράγει διαδοχικές κινήσεις των οργάνων της ομιλίας (των αρθρωτών),

όπως είναι η γλώσσα, τα χείλη, η κάτω γνάθος, κ.ά. Είναι πρόβλημα ρύθμισης, δηλαδή διαδοχής, επιλογής και οργάνωσης των κινήσεων της ομιλίας (Πρώιου, 2003).

Οι ασθενείς με απραξία ομιλίας έχουν πρόβλημα στο προγραμματισμό και την τοποθέτηση διαδοχικών εκφράσεων και η ομιλία τους χαρακτηρίζεται από *groping* (προσπάθειες αναζήτησης λέξεων, ή κινήσεις αναζήτησης σωστής τοποθέτησης των αρθρωτών). Όταν υπάρχει σοβαρή απραξία ομιλίας, το άτομο μπορεί να είναι ανίκανο να προγραμματίσει οποιαδήποτε ομιλία. Κατά συνέπεια, όταν καταβάλλει ο ασθενής συνειδητή, σκόπιμη προσπάθεια να μιλήσει, δεν μπορεί να παραγάγει ομιλία, ή παράγεται με *groping*, λάθη, και δυσκολία. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, όταν η ομιλία παράγεται ασυναίσθητα (αυτόματη/αυθόρμητη ομιλία), υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να παραχθεί αρκετά εύκολα και καθαρά. Αυτό, παραδείγματος χάριν, παρουσιάζεται συχνά σε ασθενείς με απραξία ομιλίας (Tanner, 2003)

Η πρώτη αναφορά στον όρο λεκτική απραξία (AOS) έγινε από τον Darley και τους συνεργάτες του στα μέσα της δεκαετίας του 1960, όταν έδωσαν έναν απλοϊκό για τα σημερινά δεδομένα ορισμό, που συνέδεε την διαταραχή με προβλήματα στον προγραμματισμό των κινήσεων, που είχαν ως στόχο την παραγωγή ομιλίας. Όσον αφορά τον ακριβή ορισμό της λεκτικής απραξίας, είναι δύσκολο να επιλεγθεί ένας και μόνο ως ορθός, καθώς έχουν ασχοληθεί, τροποποιήσει και συμπληρώσει τον ορισμό αυτής της διαταραχής εξαιρετικά πολλοί κλινικοί. Ευρέως διαδεδομένος είναι ο ορισμός που εισήγαγε ο Duffy (2012), στον οποίο περιγράφει την απραξία της ομιλίας ως μια νευρολογική διαταραχή λόγου, η οποία συνδέεται με έκπτωση στην ικανότητα σχεδιασμού ή προγραμματισμού των αισθητικοκινητικών εντολών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την οργάνωση και εκτέλεση των κινήσεων, ώστε να παραχθεί φωνητικά και προσωδιακά φυσιολογικός λόγος. Προσθέτει επίσης, πως είναι δυνατόν να συμβεί, με απουσία φυσιολογικών διαταραχών που συνδέονται με τις δυσαρθρίες (νευρομυϊκή αδυναμία ή παράλυση) και με απουσία οποιασδήποτε διαταραχής σε άλλο συστατικό της γλώσσας.

Χαρακτηριστικά λεκτικής απραξίας

- Ακούσια ομιλία καλύτερη σε σχέση με την εκούσια.
- Ορατές προσπάθειες αναζήτησης σωστού τόπου και τρόπου άρθρωσης.
- Επηρεασμένη άρθρωση, αφύσικη προσωδία.
- Ασυνεπή λάθη άρθρωσης (μεγάλη ποικιλία λαθών).
- Αντικαταστάσεις, προσθέσεις, μεταθέσεις και λιγότερο παραλείψεις και παραποιήσεις.
- Όσο η πολυπλοκότητα των κινήσεων αυξάνεται, αυξάνονται τα λάθη.
- Λάθη στα σύμφωνα είναι πιθανότερα από ό,τι τα λάθη στα φωνήεντα,
- Δυσκολία στην έναρξη των ήχων, λέξεων, φράσεων.

Εστίαση: Οι βλάβες στον βρεγματικό ή μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, ή στα γάγγλια όπου επηρεάζουν την λειτουργία του κινητικού προγραμματισμού της ομιλίας. Οι βλάβες των αριστερών βασικών γαγγλίων έχουν συνδεθεί με την απραξία λόγου, αν και όχι αμετάβλητα (Duffy, 2012).

♦ **Στοματοπροσωπική απραξία (Buccofacial or Nonverbal Oral Apraxia NVOA)**

Στη βιβλιογραφία, μπορούμε επίσης να την συναντήσουμε και ως στοματική ή μη λεκτική απραξία. Η στοματική απραξία αφορά στην μειωμένη ικανότητα του ασθενή να εκτελέσει εκούσιες στοματικές ή λαρυγγικές κινήσεις, οι οποίες είναι μη λεκτικές, με την απουσία νευρομυϊκών ελλειμμάτων. Χαρακτηριστική είναι η δυσκολία του ασθενή να πραγματοποιήσει κινήσεις μετά από εντολή π.χ. «βγάλε τη γλώσσα» ή «φύσα», ενώ την ίδια στιγμή οι κινήσεις αυτές μπορούν να γίνουν αυθόρμητα από τον ασθενή δίνοντας του ένα ερέθισμα, για παράδειγμα, εάν αλείψουμε με μαρμελάδα τα χείλη του είναι πολύ πιθανό ότι θα βγάλει την γλώσσα προς τα έξω ή εάν τοποθετήσουμε ένα αναμμένο κερί μπροστά του για να το σβήσει αντίστοιχα. Με άλλα λόγια, είναι διαταραχή των βουλητικών μετακινήσεων της γλώσσας, της κάτω γνάθου και των χειλιών κατά τη διάρκεια των άφωνων στόχων (π.χ, το φιλί, το σφύριγμα, η μίμηση μιας γκριμάτσας, κ.ά.).

Η στοματική απραξία επηρεάζει, επίσης, το πρώτο στάδιο της κατάποσης, τη μάσηση, οδηγώντας πολλές φορές σε δυσφαγία, καθώς παρατηρείται απραξία στην εκούσια κατάποση, ενώ η αυτόματη λειτουργία της είναι φυσιολογική. Είναι αρκετά συνηθισμένη, η ύπαρξη λεκτικής απραξίας, όταν υπάρχει στοματική απραξία, χωρίς όμως να ισχύει το αντίστροφο, να υπάρχει, δηλαδή, στοματική απραξία όταν υπάρχει AOS.

Εστίαση: Η εντόπιση της βλάβης που προκαλεί την στοματική απραξία παρατηρείται συχνά σε άτομα με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο και μπορούν να εντοπιστούν είτε στο εσωτερικό συνδετικό φλοιό στην κινητική περιοχή του προσώπου, κοντά στο κέντρο του Broca, είτε στο επίπεδο της υπερχειλίας έλικας. (Καρπαθίου,1993). Όπως η λεκτική απραξία, συχνά συνυπάρχει με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. (Freed, 2012; Yorkston, 2006)

♦ **Απραξία κατά την Κατάποση (Swallowing Apraxia SA)**

Αναφέρεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν αδυναμία οργάνωσης της χαρακτηριστικής κίνησης της γλώσσας κατά την κατάποση και σχετίζεται με νευρολογικές διαταραχές, την νόσο Alzheimer και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να οργανώσουν την κίνηση της γλώσσας με σκοπό να προωθήσει τον βλωμό από το πρόσθιο προς το οπίσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας (disorganized anterior-posterior tongue movement), με συνέπεια την καθυστερημένη προώθηση. Πολλοί είναι και οι ασθενείς που απλά συγκρατούν τον βλωμό στην κοιλότητα χωρίς να είναι σε θέση να εκτελέσουν καμία στοματική δραστηριότητα και να προβούν

σε κατάποση (Logemann, 1998).

Όπως λοιπόν γίνεται ήδη αντιληπτό και από τα παραπάνω, η Απραξία κατά την Κατάποση χαρακτηρίζεται από έλλειψη συντονισμού των δομών των χειλέων, της γλώσσας και της κάτω γνάθου κατά το στοματικό στάδιο (Stephanie K. Daniels & Maggie-Lee Huckabee, 2014) και η σοβαρότητα της είναι ανάλογη του χρόνου αδυναμίας συντονισμού των δομών (από 3sec ήπια έως και 10sec:σοβαρή).

Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο ότι η κατάποση είναι μια μαθημένη και εξειδικευμένη διαδικασία και ότι οι μη φυσιολογικές κινήσεις που παρατηρούνται στην διαταραχή αυτή, δεν οφείλονται σε αισθητηριακά ή κινητικά ελλείμματα.

Τα κοινά αλλά και διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά της Απραξίας κατά την Κατάποση σε σύγκριση με άλλες, πιο κοινές διαταραχές του συστήματος του κινητικού σχεδιασμού (απραξία άκρων, στοματοπροσωπική απραξία, απραξία του λόγου), θα αναφερθούν στον παρακάτω πίνακα (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

| Κοινά στοιχεία της “Απραξίας κατά την Κατάποση” σε σύγκριση με άλλους τύπους Απραξίας | Διαφοροποιητικά στοιχεία της “Απραξίας κατά την Κατάποση” σε σύγκριση με άλλους τύπους Απραξίας |
|---|--|
| Εμφάνιση κατά την προτροπή για κατάποση (για παράδειγμα μετά από λεκτικό παράγγελμα) | Η κατάποση δεν είναι μια “μαθημένη” και εξειδικευμένη διαδικασία |
| Εμφάνιση στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή, στην καθημερινότητα του. | Το σύστημα του κινητικού σχεδιασμού εντοπίζεται κατά κύριο λόγο στο δεξί ημισφαίριο (στην υπερχείλιο έλικα γνωστή και ως Brodmann's area 40) |
| Απεικόνιση στον εγκεφαλικό φλοιό | Η αξιολόγηση της κατάποσης αντιμετωπίζει δυσκολία |
| Η ύπαρξη της δεν είναι απαραίτητα συσχετισμένη με την ύπαρξη άλλων τύπων απραξίας | Ο έλεγχος των ομόπλευρων με την βλάβη δομών δεν είναι εφικτός καθώς η κατάποση εμπλέκει δομές αριστερού και δεξιού ημισφαιρίου αλλά και της μέσης γραμμής (εγκεφαλικό στέλεχος). |
| Διαφοροποίηση στην φύση των ενεργειών (π.χ. διαφορετική ενέργεια κατά τη χρήση ενός αντικείμενου, στην περίπτωση της κατάποσης το αντικείμενο είναι ο βλωμός) | Δεν υπάρχει ταξινόμηση των υποτύπων της “απραξίας κατά την κατάποση” |
| Διαταραγμένη έναρξη κίνησης | |
| Παρουσία χωρικών και χρονικών δυσκολιών | |

1.4. Αξιολόγηση της απραξίας

Η απραξία (συνχά εμφανίζεται στην βιβλιογραφία και ως δυσπραξία, ένας όρος που χρησιμοποιείται πιο συχνά στην παιδική απραξία και λιγότερο συχνά όταν αναφερόμαστε σε ενήλικες), είναι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μια νευροκινητική διαταραχή, η οποία προκύπτει έπειτα από νευρολογική βλάβη. Χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα εκτέλεσης εκούσιων κινήσεων, παρά το γεγονός ότι ο μυϊκός τόνος και ο συντονισμός δεν έχουν διαταραχθεί (Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee, 2013). Σκοπός της αξιολόγησης είναι αρχικά ο έλεγχος, δηλαδή εάν υπάρχει απραξία. Στη συνέχεια, πρέπει να προσδιορίσουμε την διάγνωση ως προς τον τύπο της απραξίας και να γίνει η απαραίτητη και υψίστης σημασίας διαφοροδιάγνωση της διαταραχής, κυρίως στην περίπτωση της AOS, από τη στοματοπροσωπική απραξία, την αφασία και τη δυσαρθρία. Εφόσον λοιπόν καθοριστεί η καταλληλότητα της λογοθεραπείας ως μέσο θεραπείας, μέσα από την αξιολόγηση ξεκινάει η ανάπτυξη της παρέμβασης και ο λογοθεραπευτής συλλέγει πληροφορίες, όπως είναι ο αντίκτυπος των δυσκολιών του λόγου στην καθημερινότητα και στο περιβάλλον του ασθενή, που θα χρησιμοποιήσει για να ορίσει ένα μέτρο σύγκρισης (baseline), που θα λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς κατά την έναρξη της θεραπείας, την καταγραφή της προόδου αλλά και της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. (Καμπανάρου, 2007).

Πριν ξεκινήσει η αξιολόγηση, είναι απαραίτητο να ελεγχθεί το επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή (υπνηλικός, υποτονικός, ανήσυχος, διεγερτικός κ.ά.) αλλά και η συναισθηματική του κατάσταση (αγχώδης, καταθλιπτικός, κ.ά.), ούτως ώστε να κρίνει εάν ο ασθενής είναι σε θέση να συνεργαστεί ικανοποιητικά κατά την διαδικασία της αξιολόγησης.

Κατά την αξιολόγηση, ο κλινικός θα πρέπει να εκμεταλλευτεί στο μέγιστο την επικοινωνιακή ικανότητα του ασθενή, είτε αυτή είναι λεκτική, είτε εξωλεκτική, και να ελέγξει τον δεκτικό και εκφραστικό λόγο του ασθενή και την καταληπτότητα της ομιλίας του. Εάν είναι εφικτό, θα εξετάσει τον προσανατολισμό του, την ανοσοαγνωσία του (αν δηλαδή αντιλαμβάνεται την κατάσταση του, το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται και τον ρόλο του σε αυτό). Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να έχει ο κλινικός μια πρώτη εικόνα για τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενή (μνήμη, προσοχή – συγκέντρωση, αφαιρετική σκέψη). Ελέγχεται επίσης και η αντοχή του ασθενή κατά την ομιλία (εύκολη κόπωση;) αλλά και τυχόν προβλήματα αναπνοής, κατάποσης, ή κίνησης στο πρόσωπο και στο σώμα του.

Για την αξιολόγηση ενός ασθενή με απραξία πραγματοποιούνται οι εξής διαδικασίες, κάποιες από τις οποίες είναι κοινές για όλες τις διαταραχές:

1. Η λήψη λογοπαθολογικού ιστορικού

Οι ασθενείς με απραξία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αδυνατούν να εκτελέσουν επιδέξιες κινήσεις,

συνεπώς το ιστορικό τους θα πρέπει να ληφθεί από τους συγγενείς ή σε περιπτώσεις ήπιας απραξίας από τους ίδιους τους ασθενείς. Ο κλινικός λαμβάνει ιατρικό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό και οικογενειακό ιστορικό καθώς και πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης αξιολόγησης και θεραπείας.

2. Ο ακοολογικός έλεγχος

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να σημειώσει αν η ακοή του πελάτη έχει εκτιμηθεί ανεπίσημα ή επίσημα. Τυχόν έκπτωση στην ακουστική οξύτητα, ή απώλεια ακοής ενδέχεται να εμπλέκεται με τη λογοθεραπευτική παρέμβαση, καθώς θα επηρεαστεί η συμμετοχή, η συνεργασία και κατ' επέκταση η επίδοση και απόδοση του ασθενή κατά την αξιολόγηση. (Καμπανάρου, 2007)

3. Η στοματοπροσωπική εξέταση

Είναι η αξιολόγηση της δομικής και λειτουργικής ακεραιότητας και επάρκειας του μηχανισμού παραγωγής ομιλίας. Γίνεται φυσική εξέταση του μηχανισμού της ομιλίας (χειλιών, κάτω σιαγόνας, γλώσσας, μαλακής υπερώας), ως προς τη δύναμη, την ακρίβεια, την ταχύτητα, τον συντονισμό και το εύρος κίνησης των στοματοπροσωπικών δομών.

4. Η αξιολόγηση της ταχύτητας παραγωγής διαδοχικών συλλαβών

Οι ταχύτητες παραγωγής των διαδοχοκινητικών συλλαβών χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθεί η ικανότητα του αρθρωτικού μηχανισμού να κάνει γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις ομιλίας. Ελέγχεται ο ρυθμός εναλλασσόμενης κίνησης της ομιλίας (Alternating Motion Rates of speech AMRs), βραδύτητα του οποίου αποτελεί σημαντική ένδειξη για νευρομυϊκή διαταραχή, καθώς και η ταχύτητα διαδοχικής κίνησης, απαραίτητη πληροφορία για τον εντοπισμό δυσκολιών στον κινητικό προγραμματισμό, όπως η απραξία.

5. Η απόκτηση δείγματος ομιλίας

Είναι ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία αξιολόγησης, καθώς επιτρέπει στον κλινικό, όταν είναι βέβαια έγκυρο και αξιόπιστο, να κάνει εκτιμήσεις για τις επικοινωνιακές δυνατότητες του ασθενή.

6. Η ανάγνωση κειμένου

Μέσω αυτής της διαδικασίας συλλέγονται πληροφορίες αναφορικά με την άρθρωση, τη φωνή, τη ροή και τις αναγνωστικές ικανότητες του ασθενή.

(Καμπανάρου, 2007)

Για την εκτίμηση ενός ατόμου με απραξία έχουν σχεδιαστεί ορισμένα εργαλεία. Τα πιο ευρέως διαδεδομένα, αναφέρονται στην παρακάτω λίστα:

- Apraxia Battery for Adults (Dabul, 2000): Μετρά την παρουσία και τη δριμύτητα της απραξίας άκρων, την στοματική, και λεκτική απραξία και τις αλλαγές κατά τη διάρκεια του χρόνου.
- Comprehensive Apraxia Test (F. G. DeSimoni): Αξιολογεί τη μη λεκτική και λεκτική

απραξία

- Tests of Oral and Limb Apraxia (N. Helm-Estabrooks): Αξιολογεί την στοματική απραξία και την απραξία άκρων στις αναπτυξιακές ή επίκτητες νευρολογικές διαταραχές.
- Quick Assessment for Apraxia of Speech (Tanner & Culbertson, 1999)
- The Apraxia Profile (Hickman, 1997)
- Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS – 2) (Blakeley, 2000)

(Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, 2013), (Καμπανάρου, 2007), (Hedge, 2001)

Πολύ λίγα τεστ Απραξίας είναι σταθμισμένα στα ελληνικά και από αυτά λίγα είναι επίσης εμπορικά διαθέσιμα. Οι περισσότερες διαδικασίες προέρχονται από τους κλινικούς που τις έχουν περιγράψει στις σημειώσεις τους. Η χορήγηση σταθμισμένων τεστ για την αφασία, πολλά εκ των οποίων είναι διαθέσιμα (πχ. το Bedside Western Aphasia Battery Test), είναι τυπικά ένα μέρος της αξιολόγησης της απραξίας. Συχνά χορηγούνται και επιλεγμένα τεστ που απαριθμούνται για την Αρθρωση και τις Φωνολογικές Διαταραχές.

Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται με τη συμμετοχή διαφόρων ειδικοτήτων όπως ο νευρολόγος, ο φυσίατρος, φυσικοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, εργοθεραπευτής και ψυχολόγος. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη και η εκτίμηση και παρακολούθηση από παθολόγο, καρδιολόγο και άλλες ειδικότητες ιατρών.

1.5. Διαφορική διάγνωση της απραξίας

Όπως έχει ήδη γίνει αντιληπτό, η απραξία είναι μια διαταραχή που οφείλεται σε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία στις διάφορες εκδηλώσεις της, έχει απασχολήσει σε σημαντικό βαθμό πληθώρα επιστημόνων, τόσο σε ερευνητικό, όσο και σε πρακτικό πλαίσιο. Πολλοί είναι οι κλινικοί, εδώ και αρκετά χρόνια, που προσπαθούν να εξερευνήσουν τις περίπλοκες πτυχές των διάφορων υποτύπων της διαταραχής, αλλά κυρίως να τους διαχωρίσουν από τις υπόλοιπες νευρογενείς κινητικές διαταραχές.

Η διαφοροδιάγνωση αποτελεί βασικό μέρος της αξιολόγησης, καθώς η απραξία, λόγω της πολύπλοκης κλινικής της εικόνας, μπορεί εύκολα να «κρυφτεί» στα κλινικά σημεία ή αντίστοιχα να «κρύψει» τα κλινικά σημεία διαταραχών όπως: η δυσαρθρία, η αφασία, ο νευρογενής τραυλισμός, η παλιλαλία, κ.ά.. Ακόμα ένα παράδειγμα, όχι και τόσο σύνηθες, είναι η διάκριση της απραξιακής αλαλίας και της αναρθρίας. Παρακάτω θα ασχοληθούμε με τα δύο πιο συχνά ζεύγη διαφορικής διάγνωσης: απραξία και δυσαρθρία, απραξία και αφασία.

Απραξία και δυσαρθρία

Η απραξία αποτελεί μια νευροκινητική διαταραχή της ομιλίας, η οποία επηρεάζει την προφορική έκφραση, γεγονός που συμβαίνει και στην δυσαρθρία. Εύκολο είναι λοιπόν, αυτές οι δύο διαταραχές, να δυσκολεύουν τους κλινικούς, ιδιαίτερα στην αρχή της κλινικής τους πορείας, ως προς την μεταξύ τους διάκριση και διαφοροδιάγνωση. Η κύρια διαφορά τους εντοπίζεται στο ότι η απραξία αποτελεί μια διαταραχή του προγραμματισμού των κινήσεων που παράγουν ομιλία σε αντίθεση με την δυσαρθρία, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαταραχών στην ισχύ των μυών της ομιλίας.

Στη συνέχεια ακολουθεί ένας πίνακας με τις βασικές διαφορές και ομοιότητες, των δυο διαταραχών:

| ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ | ΑΠΡΑΞΙΑ |
|---|---|
| Νευρογενής διαταραχή της ομιλίας. | Νευρογενής διαταραχή της ομιλίας. |
| Οι διαταραχές ομιλίας οφείλονται σε διαταραχή του μυϊκού ελέγχου του κεντρικού ή/και περιφερικού νευρικού συστήματος. | Οι διαταραχές ομιλίας οφείλονται στην διαταραγμένη σύνδεση του μηνύματος από τον κινητικό φλοιό στο στοματικό νευρικό σύστημα. |
| Σταθερά λάθη στην ομιλία, πτώση στην καταληπτότητα της ομιλίας (μη φυσιολογική ποιότητα φωνής). | Ασταθή λάθη στην ομιλία, η καταληπτότητα δεν είναι πάντοτε διαταραγμένη καθώς υπάρχουν στοιχεία ευδιάκριτης ομιλίας (φυσιολογική ποιότητα φωνής). |
| Η καταληπτότητα της ομιλίας μειώνεται καθώς ο ρυθμός της ομιλίας αυξάνεται. | Η καταληπτότητα της ομιλίας (κάποιες φορές) αυξάνεται καθώς ο ρυθμός της ομιλίας αυξάνεται και σε περιπτώσεις έντονης συναισθηματικής φόρτισης. |
| Επηρεάζονται και τα πέντε υποσυστήματα του λόγου (αναπνοή, φώνηση, αντήχηση, άρθρωση, προσωδία) | Επηρεάζονται η άρθρωση και η προσωδία. |
| Κατά κύριο λόγο, δεν υπάρχει βλάβη στην ακουστική κατανόηση. | Κατά κύριο λόγο, δεν υπάρχει βλάβη στην ακουστική κατανόηση. |
| Δεν κυριαρχεί η απραξία άκρων ή η στοματοπροσωπική. | Μπορεί να κυριαρχεί η απραξία άκρων ή η στοματοκινητική ή και τα δύο, ή κάποιος άλλος υποτύπος απραξίας. |

(Duffy, 2012; Καμπανάρου, 2007; Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, 2013)

Απραξία και αφασίες

Η πιο δύσκολη διάκριση ανάμεσα στους διάφορους υποτύπους απραξίας σε σχέση με την αφασία, είναι εκείνη της απραξίας του λόγου με την αφασία (ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν), καθώς δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα ανατομικά και αγγειακά χαρακτηριστικά τους, ούτε στην αιτιολογία τους. Εκείνος που διαφοροποιεί την απραξία από την αφασία είναι ο ίδιος ο ορισμός της, καθώς η καθαρή απραξία εμφανίζεται ανεξάρτητη από διαταραχές προφορικής έκφρασης, ανάγνωσης, γραφής και τα λεκτικά λάθη σχετίζονται καθαρά με την άρθρωση και την προσωδία.

Παρακάτω ακολουθεί ένας πίνακας με τις βασικές διαφορές και ομοιότητες, των δυο αυτών διαταραχών:

| ΑΦΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΡΑΞΙΑ | ΑΠΡΑΞΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΦΑΣΙΑ |
|--|--|
| Νευρογενής διαταραχή του λόγου | Νευρογενής διαταραχή του λόγου |
| Κοινή εντόπιση στο αριστερό ημισφαίριο, μέση εγκεφαλική αρτηρία (πιο συχνά κροταφοβρεγματικά, λιγότερο συχνά μετωπιαία). | Κοινή εντόπιση στο αριστερό ημισφαίριο, μέση εγκεφαλική αρτηρία (πιο συχνά μετωπιαία, λιγότερο συχνά κροταφοβρεγματικά). |
| Κοινή αιτιολογία, το Α.Ε.Ε. | Κοινή αιτιολογία, το Α.Ε.Ε. |
| Διαταραγμένες μη γλωσσικές λειτουργίες. | Ακέραιες μη γλωσσικές λειτουργίες. |
| Μερική βλάβη στην ακουστική κατανόηση. | Κατά κύριο λόγο, απουσία βλάβης στην ακουστική κατανόηση. |
| Η δυσκολία στην έναρξη είναι λιγότερο εμφανής. | Η δυσκολία στην έναρξη είναι περισσότερο εμφανής. |
| Τα προβλήματα προσωδίας δεν κυριαρχούν. | Τα προβλήματα προσωδίας κυριαρχούν. |
| Τα λάθη στην άρθρωση ποικίλουν λιγότερο και είναι περισσότερο επίμονα. | Τα λάθη στην άρθρωση ποικίλουν περισσότερο και είναι λιγότερο επίμονα. |
| Τα λάθη επηρεάζονται από την αρθρωτική πολυπλοκότητα. | Τα λάθη επηρεάζονται λιγότερο από την αρθρωτική πολυπλοκότητα. |
| Παράλειψη λειτουργικών λέξεων. | Όχι σημαντική παράλειψη λειτουργικών λέξεων. |
| Δεν κυριαρχεί η απραξία άκρων ή η στοματοπροσωπική. | Μπορεί να κυριαρχεί η απραξία άκρων ή η στοματοκινητική ή και τα δύο, ή κάποιος άλλος υποτύπος απραξίας. |

(Duffy, 2012; Καμπανάρου, 2007; Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, 2013)

Κεφάλαιο 2^ο: Φυσιολογία και Παθολογία της Κατάποσης

παρουσία Απραξίας

2.1. Φυσιολογία της κατάποσης

Η φυσιολογική κατάποση, είτε αυτή είναι εκούσια είτε ακούσια, οφείλει να είναι ευχάριστη, ανώδυνη, επαρκής, αποτελεσματική, ασφαλής και να πραγματοποιείται δίχως να προσφέρει στο άτομο αίσθημα κόπωσης ή φόβου. Η κατάποση είναι μια πολύ σύνθετη και δυναμική αισθητικοκινητική λειτουργία που απαιτεί τη συγχρονισμένη σύσπαση και χαλάρωση αλλά και την επάρκεια 26 ζευγών μυών στο στοματοφάρυγγα, λάρυγγα και οισοφάγο και πέντε κρανιακών νεύρων (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Πραγματοποιείται σε τέσσερα αλληλοεξαρτώμενα, διαδοχικά αλλά και επικαλυπτόμενα στάδια (ή αλλιώς φάσεις), που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αυτές οι φάσεις είναι: η προπαρασκευαστική στοματική, η κύρια στοματική, η φαρυγγική και η οισοφαγική.

Το κέντρο της κατάποσης βρίσκεται στο εγκεφαλικό στέλεχος και πιο συγκεκριμένα στις άνω περιοχές του προμήκη μυελού και της γέφυρας του εγκεφάλου και είναι αμφοτερόπλευρα κατανεμημένο στο δικτυωτό σχηματισμό. Περιλαμβάνει ένα δίκτυο νευρώνων, γνωστό ως Γεννήτρια Κεντρικού Προτύπου Ρυθμού Κατάποσης (Γ.Κ.Π.Ρ.Κ.), το οποίο διαμορφώνει και ελέγχει τα διαδοχικά και ρυθμικά πρότυπα της κατάποσης, και επομένως είναι στην κορυφή του συστήματος καθώς αντιπροσωπεύει το πρώτο επίπεδο ελέγχου της κατάποσης. Οι υποφλοιώδεις δομές και τα υπερπρομηκικά φλοιώδη κέντρα της κατάποσης αντιπροσωπεύουν το δεύτερο και το τρίτο επίπεδο ελέγχου της κατάποσης αντίστοιχα (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

Όπως λοιπόν αναφέρθηκε και παραπάνω, οι φάσεις της κατάποσης αλληλεπικαλύπτονται και πολύ συχνά έχουν αξιοσημείωτες χρονικές συσχετίσεις, όπως για παράδειγμα το συμπέρασμα στο οποίο έχουν καταλήξει οι επιστήμονες που ασχολούνται με την κατάποση, στο οποίο αποδεικνύεται ότι το ξεκίνημα της στοματικής φάσης και της φαρυγγικής φάσης της κατάποσης συμπίπτουν σχεδόν απόλυτα χρονικά (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

Γνωρίζοντας τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι οποιαδήποτε αναφορά στις φάσεις της κατάποσης ως διαδοχικές, γίνεται καθαρά και μόνο για λόγους απλούστευσης της πληροφορίας τόσο για τον αναγνώστη, όσο και για τον συγγραφέα και με αυτόν το τρόπο θα αναλυθούν και στην συνέχεια της παρούσας πτυχιακής.

- Προπαρασκευαστική στοματική φάση

Σε αυτή τη φάση πραγματοποιείται ο χειρισμός και η μάσηση της τροφής. (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Τα χείλη λαμβάνουν την τροφή από το κουτάλι, πιρούνι, καλαμάκι, ποτήρι, κ.ά. και σχηματίζουν ένα σφιχτό σφράγισμα, το οποίο αποτρέπει τυχόν διαρροή τροφής ή υγρού από τη στοματική κοιλότητα (Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee, 2013). Η κορυφή της γλώσσας ανυψώνεται πίσω από τους κοπτήρες και η τροφή παίρνει την απαραίτητη θέση για να ξεκινήσει η μάσηση. Η τροφή μετακινείται από πλευρά σε πλευρά, μασιέται και αναμιγνύεται με σάλιο, και δημιουργείται ο βλωμός, μια σύσταση δηλαδή έτοιμη για κατάποση. Κατά την διάρκεια της προπαρασκευαστικής φάσης του στοματικού σταδίου, εντοπίζονται παράγοντες όπως η γεύση, η θερμοκρασία, το ιξώδες και το μέγεθος το βλωμού και διεξάγονται οι κατάλληλοι χειρισμοί από τα χείλη, τη γλώσσα, τα δόντια και τις παρειές ώστε να προετοιμαστεί ο βλωμός για την επόμενη φάση (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Μόλις ο βλωμός ξεκινήσει να κινείται πάνω στην επιφάνεια της γλώσσας, η κύρια στοματική φάση ξεκινά.

- Κύρια στοματική φάση












Η κύρια φάση του στοματικού σταδίου αποτελεί κατ' ουσία ένα σύστημα μεταφοράς (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Η γλώσσα σπρώχνει τον βλωμό προς τα πίσω, μέσω της στοματικής κοιλότητας, καθώς το πίσω μέρος της γλώσσας εφάπτεται με το υπερώιο οστό για να προστατευτούν οι ρινικοί δίοδοι από την είσοδο τροφής (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Όταν ο βλωμός φτάσει στις παρίσθμιες καμάρες, η απτική αίσθηση διεγείρει το αντανακλαστικό της κατάποσης, και ο βλωμός προωθείται στον φάρυγγα. Με αυτό τον τρόπο πυροδοτείται η φαρυγγική φάση. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι οι δύο στοματικές φάσεις είναι εκούσιες και όχι αντανακλαστικές κινήσεις.

- Φαρυγγική φάση

Καθώς ο βλωμός περνάει από την βάση της γλώσσας, στον υποφάρυγγα, ξεκινάει η φαρυγγική φάση, η οποία αποτελείται από ένα ευρύ σύνολο ταυτόχρονων γεγονότων. Καθώς η γλώσσα ανυψώνεται, η υπερωϊοφαρυγγική οδός κλείνει. Αυτή η δραστηριότητα πυροδοτεί την πρόσθια κίνηση του υπολαρυγγικού μηχανισμού να αυξήσει το άνοιγμα του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΑΟΣ). Ο λάρυγγας ανυψώνεται και η επιγλωττίδα, οι νόθες και γνήσιες φωνητικές χορδές, κλείνουν ώστε να σφραγιστεί ο αεραγωγός. Τα παραπάνω οδηγούν σε χαλάρωση του κρικοφαρυγγικού μυός προκειμένου να επιτραπεί η είσοδος του βλωμού στον οισοφάγο. Η φυσιολογική λειτουργία της φαρυγγικής φάσης εξαρτάται από την σύσταση και τον όγκο του βλωμού και από το κατά πόσον η κατάποση είναι μια μονήρης ή συνεχής διαδικασία (πχ: συνεχόμενη πόση) (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014) ; (Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee, 2013). Η φαρυγγική φάση πραγματοποιείται ακούσια.

- Οισοφαγική φάση

Σε αυτό το στάδιο γίνεται μεταφορά του βλωμού από τον οισοφάγο στο στομάχι με την βοήθεια των ρυθμικών ακούσιων συσπάσεων του οισοφάγου (οισοφαγική περισταλτική κίνηση). Ο άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας (ΑΟΣ) χαλαρώνει και ανοίγει λόγω της έλξης ή του τραβήγματος του υοειδούς οστού και η κεφαλή του βλωμού εισέρχεται στον οισοφάγο. Η δύναμη της βαρύτητας και το βάρος του βλωμού βοηθούν στην χαλάρωση και το άνοιγμα του ΑΟΣ (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Όταν ο ΑΟΣ ανοίγει, ο λαρυγγικός προθάλαμος κλείνει και ο αεραγωγός προστατεύεται. Ανάλογα με τον τύπο του βλωμού (στερέος, ημιστέρεος, παχύρρευστος, λεπτόρρευστος), η ταχύτητα διέλευσης του βλωμού μπορεί να πάρει από 3 έως 10 δευτερόλεπτα (Crary & Croher, 2003). Οι τρεις πρώτες φάσεις έχουν μεγαλύτερη κλινική σημασία για τους λογοθεραπευτές, καθώς η τέταρτη φάση (οισοφαγική) αντιμετωπίζεται ιατρικά (Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee, 2013). Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται με σειρά οι φάσεις της φυσιολογικής κατάποσης (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010):

| | |
|---|---|
|  | Διακοπή αναπνοής, άπνοια |
|  | Μεταφορά του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα |
|  | Πρόσθια κίνηση και ανύψωση του υοειδούς οστού και του λάρυγγα |
|  | Σύγκλειση λάρυγγα |
|  | Μέγιστη σύγκλειση λάρυγγα |
|  | Άνοιγμα φαρυγγοοισοφαγικού τμήματος |
|  | Μέγιστη ανύψωση υοειδούς οστού |
|  | Άνοιγμα λάρυγγα |
|  | Εισπνοή κατά την κατάποση |
|  | Διακοπή αναπνοής, άπνοια |
|  | Τελευταίο άνοιγμα φαρυγγοοισοφαγικού τμήματος και επιστροφή υοειδούς οστού στην αρχική θέση |

2.2. Φυσιολογία της κατάποσης κατά τη φυσιολογική γήρανση

Έχοντας κάνει μια πρώτη γνωριμία με τη φυσιολογία της κατάποσης, πριν αρχίσει η αναφορά στην παθοφυσιολογία της και έχοντας υπόψιν ότι στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα μας απασχολήσει η νευρογενής δυσφαγία σε ενήλικες ασθενείς κυρίως μετά από κάποιο Α.Ε.Ε., κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια αναφορά στις διαταραχές κατάποσης που παρουσιάζονται κατά τη φυσιολογική γήρανση, δίχως να έχει προηγηθεί κάποια νευρολογική πάθηση. Αυτές οι γνώσεις

είναι απαραίτητες για έναν κλινικό που ασχολείται με τον ενήλικο νευρολογικό πληθυσμό, καθώς τον βοηθούν να αναγνωρίζει ποιες είναι οι φυσιολογικές αλλαγές του καταποτικού μηχανισμού που σχετίζονται με την ηλικία και ποιες οι αλλαγές που οφείλονται σε νευρολογικές παθήσεις. Ο διαχωρισμός αυτός οδηγεί σε καταλληλότερο και πιο στοχευμένο σχεδιασμό αντιστάθμισης ή θεραπείας αντίστοιχα των δυσφαγικών δυσκολιών.

Η γήρανση, αποκλειστικά από μόνη της, δεν προδιαθέτει ένα άτομο για διαταραχές κατάποσης. Υπάρχουν, ωστόσο, πολυάριθμες αλλαγές, οι οποίες μπορούν να επηρεάζουν την ικανότητα της κατάποσης. Δεδομένου της αύξησης του ορίου ηλικίας των ανθρώπων, συνεπώς και του αριθμού των ηλικιωμένων, αυξάνεται και ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από διάφορες χρόνιες καταστάσεις και πολλαπλά προβλήματα υγείας, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές κατάποσης (Comper C., Kim J. N., & Bader L. G., 1998).

Η γήρανση μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη στάση του σώματος, οι οποίες επηρεάζουν δυσμενώς την αναπνευστική λειτουργία. Η αναπνοή και η κατάποση είναι δύο λειτουργίες απόλυτα ενοποιημένες και συντονισμένες, με στόχο την αποφυγή της εισρόφησης υλικού στους πνεύμονες κατά την σίτιση και ενυδάτωση του ανθρώπου. Τυχόν, λοιπόν, δυσλειτουργία στον συγχρονισμό αναπνοής και κατάποσης, σε συνδυασμό με την μεγαλύτερη διάρκεια του ανοίγματος του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα (επίπτωση γήρανσης) μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση βήχα ή καθαρισμών φωνής, σημεία δηλαδή μικροεισχωρήσεων ή εισροφίσεων.

Άλλες φυσιολογικές αλλαγές που οδηγούν σε διαταραχές κατάποσης μπορεί να οφείλονται σε καθυστερημένη ανύψωση του υοειδούς οστού, μειωμένη πίεση και δύναμη της γλώσσας λόγω μείωσης των συνολικών αποθεμάτων πίεσης και μειωμένη ανύψωση λάρυγγα λόγω αλλοιώσεων στην κρικο-αρυταινοειδή άρθρωση ή στους λαρυγγικούς χόνδρους (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013), των οποίων η φυσιολογική λειτουργία και σημασία για την ασφαλή κατάποση αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 2.1..

Μια ακόμη μορφολογική αλλαγή στην κατάποση, συσχετιζόμενη με την ηλικία, είναι η μειωμένη ροή σιέλου (ξηροστομία), η οποία οδηγεί σε αλλαγές στη στοματική αίσθηση και φτωχή προετοιμασία και ελλαττωμένη μεταφορά του βλωμού πάνω στη γλώσσα με αποτέλεσμα η τροφή να κολλά στην υπερώα. Ελάττωση παρατηρείται και στην οσμή, μια από τις πρώτες και πιο διάχυτες αισθητηριακές αλλαγές λόγω γήρανσης, γεγονός που οδηγεί σε αλλαγές στις διατροφικές προτιμήσεις των ηλικιωμένων (ίσως πλέον να προτιμούν στην διαίτα τους τροφές με πιο έντονες μυρωδιές και να αφαιρούν άλλες ανεξαρτήτως διατροφικής αξίας). Τέλος, παρατηρείται, μείωση ή απώλεια της γεύσης (δυσγευσία ή αγευσία αντίστοιχα), καθώς αυξάνεται η ουδός για τον εντοπισμό της γεύσης κατά την φυσιολογική γήρανση, με αποτέλεσμα, οι ηλικιωμένοι να προσπαθούν να αυξήσουν την γεύση, συνεπώς και την όρεξη τους, με επιπλέον προσθήκη μπαχαρικών στα γεύματα

τους (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013).

Η χρόνια νόσος γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΝΓΟΠ) είναι ένα σύνηθες παράπονο για την τρίτη ηλικία και σχετίζεται συχνά με διαφραγματοκήλη. Το άτομο αντιμετωπίζει δυσφορία, έπειτα από το φαγητό, η οποία συνοδεύεται από εμετό, κάψιμο στο στήθος, αλμυρή γεύση στο στόμα, ρέξιμο και ξινίλα. Καθώς το άτομο γερνάει, οι μύες του οισοφάγου μπορεί να συσπώνται λιγότερο και η φυσιολογική περισταλτική κίνηση να είναι πιο αργή, προκαλώντας πιο αργό άδειασμα του στομάχου και υπολείμματα όξινων περιεχομένων ή μερικώς χωνεμένη τροφή. Υπάρχει και σε αυτή την περίπτωση κίνδυνος ότι θα παρουσιαστεί εισρόφηση, εάν υπάρχουν υπολείμματα στον φάρυγγα και τα υλικά που παλινδρομούν εισέρχονται στον ανοιχτό αεραγωγό (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Ομοίως ενδεικτικά σημεία είναι ένας επίμονος βήχας, καθαρισμοί φωνής ή αλλαγή στην χροιά της φωνής.

Συνοψίζοντας, όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσάρεστες συνθήκες για την καθημερινή ζωή και την υγεία των ηλικιωμένων (απώλεια βάρους, επιμήκυνση γευμάτων, κατάθλιψη, κόπωση, αυξημένη ευαισθησία σε άλλες παθήσεις, κακή επούλωση τραυμάτων, κ.ά) και ιδιαίτερα όταν αυτοί οι ίδιοι ηλικιωμένοι είναι νευρολογικοί ασθενείς και έρχονται αντιμέτωποι και με δυσφαγικά ελλείμματα νευρολογικής φύσης. (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

2.3. Νευρογενής Δυσφαγία / Διαταραχές σίτισης - κατάποσης : ορισμός και επιπτώσεις

Η φυσιολογική κατάποση, όπως έχει ήδη αναφερθεί και προηγουμένως, αποτελεί μία ταχεία και αλληλοεπικαλυπτόμενη σειρά νευρολογικά ελεγχόμενων κινήσεων, στην οποία συμμετέχουν οι μύες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου. Όταν οι μύες ή τα νεύρα που ελέγχουν τους μύες των παραπάνω οργάνων υποστούν κάποια διαταραχή, βλάβη, δυσλειτουργία ή καταστροφή, η κατάποση δεν είναι πλέον φυσιολογική (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Ο όρος «δυσφαγία» περιλαμβάνει ένα σύνολο διαταραχών της φυσιολογίας της κατάποσης που αφορούν κάθε στάδιό της (προπαρασκευαστικό στοματικό, κύριο στοματικό, φαρυγγικό, οισοφαγικό). Πιο συγκεκριμένα, η δυσφαγία έχει οριστεί ως η διαταραχή της μεταφοράς του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι εξαιτίας ανωμαλιών στις σημαντικές δομές της κατάποσης ή/και στην κινητικότητα τους (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Δεν είναι απαραίτητο, ο όρος δυσφαγία, να αφορά και τα τρία στάδια της

κατάποσης, καθώς είναι πολύ συχνό φαινόμενο να παρουσιάζεται δυσκολία σε ένα μόνο ή σε συνδυασμό αυτών.

Η κατάποση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της καθημερινής διατροφής και της γενικής υγείας, με ένα και μοναδικό συμπέρασμα: η σημασία της φυσιολογικής κατάποσης είναι θεμελιώδης. Οι διαταραχές στην κατάποση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής καθώς και το ίδιο το άτομο (συμπεριφορά, διάθεση, ψυχολογία, κ.ά.) με διάφορους τρόπους, ανεξάρτητα της βαρύτητας του προβλήματος. Η έννοια της δυσφαγίας έχει διευρυνθεί και σε συμπεριφορικές, αισθητηριακές και προκαταρκτικές κινητικές πράξεις στη φάση της προετοιμασίας της κατάποσης και συμπεριλαμβάνει την γνωστική ετοιμότητα και ικανότητα της επερχόμενης πράξης, την οπτική αναγνώριση του φαγητού και φυσιολογικές αντιδράσεις στην όσφρηση ή παρουσία του φαγητού (π.χ. έκκριση σιέλου). Η σίτιση αποτελεί μια κοινωνική δραστηριότητα εκτός από αναγκαιότητα θρέψης. Όταν μια ασθένεια ή διαταραχή περιπλέκεται περαιτέρω από τη δυσφαγία, οι φυσικές κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες σημαντικό ρόλο έχει το φαγητό, περιορίζονται. Το άτομο με διαταραχές της κατάποσης δεν είναι πλέον σε θέση να συμμετέχει απρόσκοπτα σε κοινωνικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν φαγητό.

Ο κλινικός που ασχολείται με τις διαταραχές κατάποσης πρέπει να γνωρίζει τις δομές, τη μυολογία, τον κεντρικό νευρικό έλεγχο και την αλληλουχία των σταδίων της κατάποσης, πριν ακόμα ξεκινήσει το σχεδιασμό της αξιολόγησης και της θεραπείας (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Με αυτό τον τρόπο, ο κλινικός κατανοεί τη μη φυσιολογική κατάποση, αναγνωρίζεται και καθορίζεται το είδος της διαταραχής, με αποτέλεσμα, τα ευρήματα της αξιολόγησης καθώς και η πορεία και έκβαση της θεραπείας να είναι πιο αξιόπιστα και στοχευμένα. Η δυσφαγία μπορεί να επιβραδύνει ή/και να αναστείλει την αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού προγράμματος αποκατάστασης, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της γενικής κατάστασης υγείας, του ασθενή, απειλώντας, όχι μόνον την υγεία, αλλά και τη ζωή του, εμποδίζοντας την ανάρρωση.

Οι διαταραχές κατάποσης αποτελούν τον πρώτο θεραπευτικό στόχο ενός λογοθεραπευτή σε σύγκριση με τις υπόλοιπες διαταραχές που προκύπτουν από νευρολογικές βλάβες όπως πχ αφασία, δυσαρθρία, απραξία και άλλες διαταραχές επικοινωνίας. Αυτό συμβαίνει λόγω της σοβαρότητας των επιπτώσεων που μπορούν να φέρουν αυτές οι διαταραχές. Ασθενείς που αντιμετωπίζουν διαταραχές κατάποσης είτε κατά την σίτιση είτε κατά την ενυδάτωση, έρχονται σε κάθε γεύμα αντιμέτωποι με τον κίνδυνο του υποσιτισμού, της απώλειας βάρους, της αφυδάτωσης και του πνιγμού με ό,τι αυτό συνεπάγεται (πχ πνευμονία από εισρόφηση, κ.ά.). Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την δημιουργία συναισθημάτων φόβου, δυσαρέσκειας, πόνου και κόπωσης από την μεριά του ασθενή.

Ένας ακόμα συχνός, επιβαρυντικός παράγοντας κατά την διαδικασία της αποκατάστασης είναι ότι οι ασθενείς αρχίζουν να απελπίζονται λόγω των διατροφικών περιορισμών στην διαίτα τους και των αντισταθμιστικών τεχνικών που τους “επιβάλλονται” για την ενυδάτωση τους, με αποτέλεσμα συχνά να παρουσιάζουν έντονη άρνηση, ειδικότερα όταν οι χρόνοι που απαιτούνται για το γεύμα τους είναι μεγαλύτεροι των συνηθισμένων (πολύ συχνό σε ασθενείς με δυσφαγία).

Η πιο επικίνδυνη επίπτωση των διαταραχών σίτισης και κατάποσης για την υγεία και την ζωή του ασθενή είναι η **εισρόφηση**. Η εισρόφηση είναι η κατάσταση κατά την οποία τροφές ή υγρά, χάρια ή στοματοφαρυγγικές εκκρίσεις περνούν στον αεραγωγό κάτω από το επίπεδο των γνήσιων φωνητικών πτυχών (η είσοδος υλικού πάνω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών ονομάζεται εισχώρηση). Αυτό μπορεί να συμβεί περιστασιακά στους περισσότερους ανθρώπους, δίχως κάποια βλάβη στους μύες ή στα νεύρα της κατάποσης οι οποίοι όμως διαθέτουν την ικανότητα να αντιληφθούν την παρουσία τροφής ή υγρών στον αεραγωγό και να βήξουν προκειμένου να τα αποβάλλουν. Όταν υπάρχει βλάβη ή διαταραχή στο μηχανισμό μάσησης – κατάποσης και τα επεισόδια εισρόφησης είναι συχνά ή εκτεταμένα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης στους πνεύμονες, αφυδάτωσης και πλημμελούς θρέψης, ενώ παράλληλα μειώνεται και η ευχαρίστηση του φαγητού άρα και η ποιότητα ζωής (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

Ο βήχας απουσιάζει μερικές φορές, όπου παρατηρείται «**σιωπηλή εισρόφηση**», διείσδυση δηλαδή τροφής, υγρού ή σιέλου στην υπογλωττιδική περιοχή χωρίς την πρόκληση βήχα, λόγω κατάργησης του αντανακλαστικού, γεγονός που δυσχεραίνει την εκτίμηση της κατάποσης καθώς δεν είναι ανιχνεύσιμο στο “γυμνό μάτι” του κλινικού. Ωστόσο υπάρχουν κάποια σημεία, τα οποία μπορούν να ενισχύσουν την υποψία του κλινικού για πιθανές σιωπηλές εισροφήσεις και να τον οδηγήσουν σε πρόταση εργαστηριακό έλεγχο κατάποσης (πχ με ενδοσκοπικό έλεγχο κατάποσης, βιντεοφλουοροσκόπηση, κ.ά.). Αυτά μπορεί να είναι ένα ιστορικό πνευμονίας, η παρουσία ανίσχυρου βήχα ή η πλήρης απουσία του, αλλαγές στη φωνή του ασθενή μετά την κατάποση (παρουσία υγρής βραχνάδας) και αλλαγές στη θερμοκρασία του ύστερα από τα γεύματα. Υπάρχει και ένας δείκτης με τον οποίο ο κλινικός μπορεί να είναι περισσότερο σίγουρος (αν και όχι απόλυτα) για την παρουσία εισρόφησης, η χρήση της αισθητικής επίγνωσης (Avin et al., 1993), κάτι που όμως δεν αντικαθιστά στην εγκυρότητα την χρήση ιατρικών εργαλείων.

Έχει υπολογιστεί ότι η σιωπηλή εισρόφηση μπορεί να φτάσει μέχρι και το 40% σε νευρολογικούς ασθενείς με δυσφαγία, γιαυτό και ο κλινικός οφείλει να παρατηρεί εκτός από τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή και τα “σημάδια” που είναι πιθανό να παρουσιάζει, έχοντας πάντα την υποψία της εισρόφησης είτε αυτή είναι εμφανής, είτε σιωπηλή.

Ακολουθεί ο πίνακας που περιγράφει την ταξινόμηση της εισρόφησης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη φαρυγγική φάση, κατά Mendelohn.

| | Εισρόφηση πριν τη φαρυγγική φάση (πριν την κατάποση) | Εισρόφηση κατά τη διάρκεια της φαρυγγικής φάσης (κατά την κατάποση) | Εισρόφηση μετά τη φαρυγγική φάση (μετά την κατάποση) |
|---------------------------------|---|--|--|
| Αιτία | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Έλλειψη ελέγχου του βλωμού κατά τη στοματική φάση ◦ Καθυστέρηση της φαρυγγικής κατάποσης (έλλειψη αντανακλαστικού) | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Παράλυση φωνητικών χορδών ◦ Πάρεση φωνητικών χορδών ◦ Έλλειψη συντονισμού των φωνητικών χορδών | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Εισχώρηση υπολειμμάτων στην είσοδο του λάρυγγα |
| Συντηρητική αντιμετώπιση | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Αύξηση της πυκνότητας των τροφών (μετάβαση σε πιο παχύρρευστη σύσταση) ◦ Κάμψη κεφαλής ◦ Υπεργλωττιδική κατάποση ◦ Κοπιώδης κατάποση ◦ Θερμική διέγερση | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ασκήσεις με στόχο την προσαγωγή των φωνητικών χορδών | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Μείωση της πυκνότητας των τροφών (μετάβαση σε πιο λεπτόρρευστη σύσταση) ◦ Εναλλασσόμενα υγρά με στερεά ◦ Καθαρισμός (wash out) με υγρά ◦ Χειρισμός Mendelsohn (Mendelsohn Maneuver) ◦ Στροφή κεφαλής |
| Χειρουργική αντιμετώπιση | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Οριζόντια επιγλωττιδική μετατόπιση ◦ Λαρυγγικός περιορισμός ή διαμερισμός | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Αύξηση του όγκου της παραμελημένης φωνητικής χορδής | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Διαλαρυγγική εκτομή κρικοειδούς ◦ Κρικοφαρυγγική μυοτομή ή έγχυση Botox ◦ Τραχει-οισοφαγική παράκαμψη ◦ Λαρυγγικός περιορισμός ή διαμερισμός |

2.4. Αίτια νευρογενούς δυσφαγίας

Οι διαταραχές κατάποσης (δυσφαγία) προκαλούνται από διάφορες παθήσεις και διαταραχές. Δεν είναι απολύτως σαφές πώς οι περισσότερες από αυτές επιδρούν στην κατάποση, το σίγουρο είναι πως οι επιπτώσεις τους είναι μοναδικές. Οι παθήσεις αυτές γενικά επηρεάζουν τα νεύρα ή τις δομές που εξυπηρετούν τη διαδικασία της κατάποσης και οι κυριότερες είναι οι παρακάτω:

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό ή αιμορραγικό)
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) και άλλες τραυματικές κακώσεις
- Εγκεφαλική παράλυση
- Παράλυση φωνητικών χορδών
- Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση ή νόσος κινητικού νευρώνα (ALS)
- Νόσος Parkinson (και άλλες κινητικές και νευροεκφυλιστικές παθήσεις)
- Νόσος Alzheimer και άλλες άνοιες
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Μυασθένεια Gravis
- Σύνδρομο Guillain -Barre και άλλες πολυνευροπάθειες
- Προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση (νόσος Huntington, ασθένεια Wilson, κ.ά.)
- Νεοπλάσματα και άλλες δομικές παθήσεις (όγκοι εγκεφάλου, βάσης κρανίου, κ.ά.)
- Μυοπάθειες (πχ σύνδρομο Cushing)
- Πολυομυελίτιδα
- Παθήσεις ή ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου
- Κακοήθεις παθήσεις χειλέων, γλώσσας, υπερώας, κάτω γνάθου, φάρυγγα, λάρυγγα, βάσεως κρανίου
- Χειρουργικές επεμβάσεις (γλωσσεκτομή, λαρυγγεκτομή, φαρυγγεκτομή, κ.ά.)
- Μηνιγγίτιδα και άλλες φλεγμονώδεις ασθένειες

2.5. Διαγνωστικές διαδικασίες στη δυσφαγία

Η αξιολόγηση της κατάποσης περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς, την παρά την κλίνη εξέταση (BedSide Evaluation BDE) ή αλλιώς επικλινή και την εργαστηριακή εξέταση με τη χρήση ιατρικού εξοπλισμού. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των πρωτοκόλλων εκτίμησης συνδυάζονται το

ιστορικό του ασθενή και η παρά την κλίνη εξέταση της κατάποσης. Τα τελευταία έτη έχουν αναπτυχθεί και εργαλεία για την αυτο-αξιολόγηση του ασθενή που συνεκτιμούν την ποιότητα ζωής και φροντίδας του ασθενή σε συγκεκριμένες πλευρές που σχετίζονται με τα συμπτώματα της κατάποσης, με τα οποία ο κλινικός μπορεί να αποκτήσει πληροφορίες σχετικά με την κατάποση του ασθενή από την δική του προσωπική σκοπιά. Αυτά τα εργαλεία μέσα από την αντίληψη του ασθενή για τα συμπτώματα της δυσφαγίας που αντιμετωπίζουν, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μετρήσεις αποτελεσματικής έκβασης μετά από τη θεραπεία. Κάποια εργαλεία αυτο-αξιολόγησης είναι τα εξής: SWAL-QOL, SWAL-CARE, MD Anderson Dysphagia Inventory, Κλίμακα Ανίχνευσης Δυσφαγίας EAT-10, Δείκτης Συμπτωματολογίας Λαρυγγικής παλινδρόμησης (RSI) και Κλίμακα Εύρεσης Λαρυγγοφαρυγγικής Παλινδρόμησης (RFS).

Η αξιολόγηση της κατάποσης είναι το πρώτο και πιο ισχυρό “όπλο” που αποκτά ο κλινικός, το οποίο θα τον βοηθήσει κατά το σχεδιασμό, τη διάρκεια και την έκβαση της θεραπείας. Κάθε σημείο της αξιολόγησης είναι σχεδιασμένο ώστε να καλύπτει απόλυτα στοχευμένα τα παρακάτω ζητήματα: (α) την ασφάλεια της κατάποσης, (β) το διατροφικό επίπεδο του ασθενή, (γ) την συνέχιση ή πιθανή τροποποίηση της τρέχουσας διατροφής του, (δ) την ανάγκη ή μη για εξειδικευμένες θεραπείες από λογοθεραπευτή, (ε) την πρόταση για παραπομπή του ασθενή για επιπρόσθετες εξετάσεις (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

- Ανιχνευτικές εξετάσεις της δυσφαγίας

Πριν την επίσημη παρά την κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης και σε κάποιες περιπτώσεις στην θέση της πλήρους BBS, μπορεί να είναι καταλληλότερη η χορήγηση μιας ανιχνευτικής εξέτασης της δυσφαγίας. Αυτή πραγματοποιείται συνήθως από ένα λογοθεραπευτή αλλά μπορεί να χορηγηθεί και από εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια ή εξειδικευμένους ψυχολόγους. Κάποιες ανιχνευτικές εξετάσεις (ή αλλιώς εκτιμήσεις διαλογής), που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι η Ανιχνευτική Εξέταση Δυσφαγίας Burke (BDST), η Εξέταση Χρώσης (Dye Blue) γνωστή και ως Evans Blue Dye Test και η Στηθοσκόπηση (ακρόαση στέρνου). Οι εξετάσεις ανίχνευσης της δυσφαγίας έχουν ως βασικό πλεονέκτημα ότι είναι γρήγορες, αλλά έχουν και κάποια μειονεκτήματα. Το βασικότερο, και αυτό που θα μας απασχολήσει ως ένα βαθμό και στην παρούσα πτυχιακή είναι η δυσκολία που παρουσιάζεται στον ακριβή εντοπισμό της παρουσίας ή απουσίας διείσδυσης και/ή εισρόφησης σε ασθενείς με αρκετά βαριά παθολογική εικόνα, που υπέστησαν εγκεφαλικό και δεν μπορούν να ακολουθήσουν οδηγίες (όπως για παράδειγμα άτομα με δυσφαγία που αντιμετωπίζουν και απρακτικές δυσκολίες με πιθανή έκπτωση την αντιληπτική τους ικανότητα), ή εμφανίζουν μειωμένη αισθητικότητα σε κάποιες δομές της κατάποσης (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

Η BDST αποτελείται από 7 δοκιμαστικά στοιχεία, για τα οποία αν ο ασθενής δώσει θετική απάντηση σε ένα ή περισσότερα ή κριθεί από τον κλινικό ότι έχει ένα ή περισσότερα από αυτά τα στοιχεία, θεωρείται ότι έχει αποτύχει και παραπέμπεται για πλήρη BSE (DePippo, Holas & Redding, 1994). Το Evans Blue Dye Test μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοριστεί η παρουσία ή όχι εισρόφησης σε έναν ασθενή που έχει υποβληθεί σε τραχειοτομή. Λίγες σταγόνες από μπλε μεθυλένιο ή χρωστική ουσία τοποθετούνται στο στόμα ενώ παράλληλα ξεφουσκώνει το μπαλονάκι (cuff) της τραχειοτομής και ο τραχειοσωλήνας αναρροφάται σε βάθος για τυχόν εκκρίσεις που είχαν απομείνει πάνω από το cuff. Στη συνέχεια ξαναγίνεται αναρρόφηση, ψάχνοντας αυτή τη φορά για ενδείξεις χρωματισμένου υλικού στον αεραγωγό (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Το Test Evan, είναι ωστόσο πιθανό να μην μπορεί να εντοπίσει ίχνη εισροφημένων υλικών. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το Dextrostix, μια εξέταση που εντοπίζει την παρουσία γλυκόζης (δηλαδή τροφής) στις τραχειακές εκκρίσεις (Daniels et al., 1998). Τέλος, η στηθοσκόπηση, δηλαδή η εκτίμηση του στέρνου και του αεραγωγού, με στηθοσκόπιο τοποθετημένο παραπλεύρως του λάρυγγα, μπορεί να παρέχει έμμεσες ενδείξεις λαρυγγικής διεύθυνσης ή/και εισρόφησης.

- Ιστορικό δυσφαγίας

Πριν από οποιαδήποτε αξιολόγηση του ασθενή, είναι απαραίτητη η λήψη ενός ιστορικού. Ένα ιστορικό θα πρέπει να είναι αρκετά εκτεταμένο, έγκυρο και αξιόπιστο. Εάν ο ασθενής αδυνατεί να δώσει τις πληροφορίες που χρειάζονται (π.χ. λόγω μη επαρκούς επιπέδου εγρήγορσης ή επικοινωνίας), ο λογοθεραπευτής ζητά τις απαραίτητες πληροφορίες από τους συνοδούς του ασθενή, τον θεράποντα ιατρό του, και τους ειδικούς που τον εκτιμήσανε πριν από αυτόν. Επίσης οφείλει να λαμβάνει υπόψιν τα κλινικά ευρήματα από τους ιατρικούς φακέλους. Κατά τη λήψη ιατρικού ιστορικού θα πρέπει να ανιχνεύονται παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση και θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε ένα λεπτομερές ιστορικό. Διάφοροι κύριοι παράγοντες είναι οι παρακάτω:

1. Σοβαρότητα ΑΕΕ – νευρολογική κατάσταση του ασθενή
2. Επίπεδο εγρήγορσης
3. Αναπνευστικό επίπεδο (Παθήσεις αναπνευστικού/ Κάπνισμα)
4. Ικανότητα βήχα
5. Κινητικό επίπεδο
6. Γνωστικό Επίπεδο
7. Ανοσοποιητικό σύστημα
8. Ορισμός της έναρξης των συμπτωμάτων δυσφαγίας και τυχόν συσχέτιση της με άλλα

γεγονότα

9. Ανατομικές αλλαγές στον μηχανισμό κατάποσης
10. Χαρακτηριστικά εισροφούμενου υλικού
11. Ποσότητα & συχνότητα εισρόφησης
12. Φτωχή στοματική υγιεινή & Τερηδόνα
13. Αδυναμία αυτόνομης σίτισης και στοματικής υγιεινής
14. Σίτιση με καθετήρα
15. Συννοσηρότητα
16. Τυχόν πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις

- Στοματική, Φαρυγγική και Λαρυγγική εξέταση

Πριν ξεκινήσει η στοματική χορήγηση, κατά την εκτίμηση της κατάποσης του ασθενή, ο κλινικός οφείλει να έχει μια γενική γνώση των χαρακτηριστικών που μπορεί να εμποδίσουν την εκτίμηση. Αυτά είναι α) ο αεραγωγός, β) η γνωστική ικανότητα, ετοιμότητα και αντοχή του ασθενή, γ) η ικανότητα του να ακολουθεί οδηγίες/εντολές, δ) ο μυϊκός τόνος/το μέγεθος και η στάση σώματος και κεφαλής και ε) το ενδεχόμενο/δυναμικό αυτό-σίτισης (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Αφού λοιπόν έχουν ελεγχθεί τα παραπάνω, ήρθε η στιγμή να αξιολογήσει τη μυϊκή λειτουργία των στοματοπροσωπικών δομών, την ύπαρξη ή μη του αντανακλαστικού της κατάποσης (Gag Reflex), την ανύψωση του λάρυγγα καθώς και την λειτουργία των κρανιακών νεύρων που σχετίζονται με την κατάποση, μέσω μια εξέτασης η οποία ονομάζεται στοματοφαρυγγική και περιλαμβάνει την στοματική και την φαρυγγική-λαρυγγική εξέταση.

Κατά τη στοματική εξέταση ελέγχονται τα παρακάτω:

1. Τα αντανακλαστικά και οι αποκρίσεις:

Το αντανακλαστικό της εμμέσης ή αντανακλαστικό εξ' εμέσεως ή gag reflex. Ελέγχεται η παρουσία ή μη του αντανακλαστικού, καθώς και η ισχύς του (πχ: υπαρκτό, ήπια απευαισθητοποιημένο, πλήρως απευαισθητοποιημένο, απών). Κατά την εξέταση, διεγείρουμε το οπίσθιο τμήμα της στοματικής κοιλότητας και παρατηρούμε την έκταση της κεφαλής, την εξώθηση της γλώσσας και τις φαρυγγικές συσπάσεις. Το αντανακλαστικό της εμμέσης δεν είναι απαραίτητο για να πραγματοποιηθεί μια φυσιολογική κατάποση.

Το αντανακλαστικό της δήξεως. Είναι ένα πρωτόγονο αντανακλαστικό το οποίο φυσιολογικά εξαφανίζεται μεταξύ των 9 και 12 μηνών. Η παραμονή του πέρα από την ηλικία αυτή είναι παθολογική και μπορεί να αποτελέσει ένδειξη ύπαρξης εγκεφαλικής πάρεσης (Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ., Αϊναλίδου Ε., 2001). Η εμφάνιση του στην ενήλικη ζωή ομοίως μπορεί να οφείλεται σε νευρολογική βλάβη. Ο ασθενής αντιδρά στην διέγερση των χειλέων, των ούλων, των γομφίων ή

άλλων οδοντικών επιφανειών με έντονο σφίξιμο οδόντων (σφράγισμα της στοματικής κοιλότητας) ή ανοδική και καθοδική κίνηση της σιαγόνας.

Η εγκάρσια αντίδραση της γλώσσας. Είναι μια πλευρική κίνηση της γλώσσας, ως αντίδραση στην απτική διέγερση του πλευρικού ορίου.

2. Η αισθητικότητα των στοματοπροσωπικών δομών και κυρίως των χειλέων και της γλώσσας
3. Η δομική ανατομία των στοματοπροσωπικών δομών
4. Η κινητικότητα της σιαγόνας, των χειλέων, της γλώσσας και της υπερώας (απαραίτητος ο έλεγχος της ανύψωσης της υπερώας με παρατεταμένη παραγωγή /aaa/)
5. Η παρουσία, η θέση και η ποσότητα τυχόν εκκρίσεων
6. Η άρθρωση του ασθενή κατά την παραγωγή συμφώνων που παράγονται με την άκρη και την ράχη της γλώσσας (p,t,b,d,k,g,x)
7. Η αντήχηση για παρουσία υπερρινικής χροιάς

Στη συνέχεια, κατά την φαρυγγική-λαρυγγική εξέταση ελέγχονται τα εξής:

1. Η ποιότητα της φωνής και τυχόν αλλαγές στην χροιά της, πριν και μετά την κατάποση
2. Ο φωνητικός τόνος/ εύρος (φωνή δίχως αλλαγές στον τόνο μπορεί να είναι ενδεικτική αισθητηριακής παράλυσης)
3. Η αναπνοή για τυχόν δυσκολία κατά τον συγχρονισμό της κατά την κατάποση
4. Ο εκούσιος βήχας και ο εκούσιος καθαρισμός φωνής. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να βήξει ή να καθαρίσει τον λαιμό του εκούσια, είναι πιθανό να υπάρχει ελλιπής σύγκλειση των φωνητικών χορδών
5. Η κατάποση σιέλου. Ελέγχεται η λαρυγγική διαχείριση, η ικανότητα δηλαδή του ασθενή να αισθάνεται και καταπίνει εκούσια το σάλιο ή τυχόν βλέννα που βρίσκεται στον λαιμό του.
6. Η λαρυγγική ανύψωση. Ο κλινικός τοποθετεί το δάχτυλό του στον θυρεοειδή χόνδρο ώστε να είναι σε θέση να νοιώσει τον λάρυγγα να ανυψώνεται καθώς ζητάει από τον ασθενή να καταπιεί. Η έλλειψη λαρυγγικής ανύψωσης συνήθως υποδηλώνει τραυματισμό νεύρου στο λαρυγγικό επίπεδο

- Παρά την κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης (BSE)

Η παρά την κλίνη αξιολόγηση της κατάποσης αποτελεί ένα “χάρτη” στα χέρια του κλινικού, ο οποίος θα τον οδηγήσει σε μια αρτιότερη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών κατάποσης. Το σημαντικότερο μέρος της κλινικής εκτίμησης είναι οι δοκιμασίες κατάποσης. Ο κλινικός με προσεκτικά επιλεγμένες και τυποποιημένες διαδικασίες χορηγεί λεπτόρρευστους, παχύρρευστους, ημιστέρεους και στέρεους βλωμούς, με στόχο να εντοπιστεί τυχόν δυσκολία κατά την διαχείριση και προώθηση τους. Σε κάθε κατάποση, θα πρέπει ο κλινικός να παρακολουθεί την λαρυγγική

ανύψωση, με την βοήθεια της ψηλάφησης της προεξοχής του θυρεοειδούς και έπειτα από κάθε κατάποση να ζητά από τον ασθενή να διατηρήσει το φωνήεν /a/ παρατεταμένα ή να μετρήσει για να καθορίσει το αν υπάρχει υγρή ποιότητα φωνής. Η υγρή ποιότητα φωνής και ο αδύναμος βήχας είναι δύο σημάδια αυξημένου κινδύνου εισρόφησης (Daniels et. al., 1997). Το πιο θεμιτό είναι η BSE να προσομοιάζει ένα κανονικό γεύμα, να περιέχει δηλαδή όλες τις πιθανές συστάσεις (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Με την βοήθεια της BSE ο κλινικός λαμβάνει αυτόματα τις πληροφορίες που χρειάζεται για τη συνεργασία του ασθενή, το επικοινωνιακό του προφίλ, την συγκέντρωση – προσοχή του (διάσπαση ή όχι), καθώς και για το επίπεδο εγρήγορσης του. Η BSE μας δείχνει τη φύση της διαταραχής στο στοματικό στάδιο (την ικανότητα μεταφοράς και επεξεργασίας του βλωμού), την ταχύτητα της κατάποσης, το βέλτιστο μέγεθος του βλωμού, το κινητικό πρότυπο κατά τη μάσηση, την παρουσία ή όχι βήχα, καθαρισμών φωνής ή αλλαγών στη χροιά της, και τέλος τυχόν αλλαγές στο αναπνευστικό πρότυπο.

Βεβαίως η BSE έχει και κάποιους περιορισμούς καθώς δεν περιλαμβάνει εξέταση του φάρυγγα και του λάρυγγα, δεν καθορίζει με ακρίβεια εάν ο ασθενής εισροφά σιωπηλά και δεν είναι εφικτή σε ασθενείς με βαριές καταστάσεις όπως για παράδειγμα οξεία αναπηρία από ΑΕΕ ή εκτεταμένο τραύμα. Παρά βέβαια τους περιορισμούς αυτούς, η BSE αποτελεί συχνά τη μοναδική πηγή για να αποφασιστεί το εάν θα αρχίσει ή θα διακοπεί η στοματική σίτιση, εάν θα προταθεί ρινογαστρικός καθετήρας σίτισης (NG) ή διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG). (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014). Μια σχετικά νέα προσέγγιση στην παρακολούθηση της κατάποσης παρά την κλίνη για τον εντοπισμό της εισρόφησης είναι η παλμική οξυμετρία, η οποία μετρά με ευκολία τον αποκορεσμό οξυγόνου του αρτηριακού αίματος, γεγονός που θεωρείται ότι συμβαίνει ως αποτέλεσμα εισρόφησης. Είναι απλή, μη επεμβατική και μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά. Συνοψίζοντας, η BSE, με την προσθήκη του ιστορικού και της παλμικής οξυμετρίας, θεωρείται σημαντικό πρώτο βήμα στη διάγνωση, παρά τους περιορισμούς της.

- Εργαστηριακή αξιολόγηση της κατάποσης

Όλες οι παραπάνω ανιχνευτικές εξετάσεις και οι αξιολογήσεις της κατάποσης, αποτελούν σημαντικά εργαλεία στα χέρια ενός κλινικού, ωστόσο, καμία από αυτές δεν παρέχει άμεσες πληροφορίες για την ασφάλεια της κατάποσης και κυρίως αξιόπιστες πληροφορίες για το αν ο ασθενής παρουσιάζει εισρόφηση κατά την κατάποση του βλωμού. Γιαυτό τον λόγο, είναι συχνά απαραίτητο να διεξαχθεί μια εργαστηριακή εξέταση της κατάποσης, με σκοπό να επιβεβαιωθούν οι εντυπώσεις που αποκομίστηκαν κατά την αξιολόγηση παρά την κλίνη και να υπάρξει άμεση καθοδήγηση σχετικά με την ασφάλεια της στοματικής σίτισης και ενυδάτωσης. Υπάρχουν διάφοροι εργαστηριακοί έλεγχοι της κατάποσης, όπως: η Διαρρινική Εύκαμπτη Λαρυγγοσκόπηση (TFL), η

Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Οπτικές Ύνες (FEES), η Εύκαμπτη Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Έλεγχο Αισθητικότητας (FEEST) και η Βιντεοφλουοροσκόπηση Κατάποσης (Τροποποιημένη Κατάποση Βαρίου) (MBS).

Παρακάτω θα αναλυθεί πιο λεπτομερώς η Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Οπτικές Ύνες (FEES), καθώς είναι ο συνηθέστερος έλεγχος κατάποσης σε νευρολογικές κλινικές και κέντρα αποκατάστασης. Ένας ακόμη λόγος που επιλέχθηκε η αναφορά στην FEES, είναι ότι ενδεικνύεται στους ασθενείς που αφορούν την παρούσα πτυχιακή εργασία διότι δεν απαιτεί απόλυτη συνεργασία και συμμετοχή του ασθενή, δεν επηρεάζεται από την έκπτωση της αντιληπτικής ικανότητας του ασθενή (πχ σε ασθενείς με απραξία) και μπορεί να διεξαχθεί παρά την κλίνη. Τέλος, σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να προσφέρει στον ασθενή οπτική ανατροφοδότηση, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση.

Η Ενδοσκοπική Αξιολόγηση Κατάποσης με Οπτικές Ύνες (FEES) περιγράφηκε αρχικά από την Langmore και τους συνεργάτες της (Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiber, 1988). Η FEES είναι μία αξιολόγηση που χρησιμοποιεί ένα διαρρινικό εύκαμπτο λαρυγγοσκόπιο για να αξιολογήσει την κατάποση πριν και μετά την φαρυγγική κατάποση. Η αξιολόγηση της κατάποσης με τη χρήση αυτής της τεχνικής απαιτεί το πέρασμα ενός εύκαμπτου λαρυγγοσκοπίου στους ρωθώνες πάνω από το ιστίο και σε μία θέση πάνω από την επιγλωττίδα. Παρατηρούνται συγκεκριμένες ποσότητες τροφών διαφορετικής πυκνότητας, στις οποίες προστίθεται χρωστική ουσία, καθώς περνούν το φάρυγγα και τον λάρυγγα. Με αυτή την εξέταση μπορούν να παρατηρηθούν η ταχύτητα της φαρυγγικής κατάποσης, η πρόωμη διαφυγή τροφής και υγρού μέσα στις φαρυγγικές και λαρυγγικές περιοχές και οι εναπομείναντες ποσότητες βλωμού. Το ενδοσκόπιο μπορεί να παραμείνει σε θέση για μεγάλους χρονικούς περιόδους, προκειμένου να παρακολουθήσει τον υπολειπόμενο βλωμό και να εξετάσει τις ανατομικές δομές. Η κατάποση με τη χρήση αντισταθμιστικών τεχνικών και αλλαγών στη θέση κεφαλής και τραχήλου, επιτυγχάνεται εύκολα όταν το ενδοσκόπιο είναι σε θέση. Με την προσθήκη των νεότερων βίντεο ενδοσκοπίων με chip, ο όρος «οπτικών ινών» σπάνια χρησιμοποιείται και αυτή η εξέταση πλέον αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως «εύκαμπτη ενδοσκοπική εξέταση κατάποσης» (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

2.6. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με Απραξία

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχει ετήσια συχνότητα εμφάνισης 280 στους 100000 και χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση και συμπτώματα ή σημεία τα οποία

μπορούν να διαρκέσουν περισσότερο από 24 ώρες. Τα παροδικά ΑΕΕ, συνήθως ολοκληρώνονται περίπου σε μία ώρα και έχουν συχνότητα εμφάνισης 35 στους 100000 (Counihan, 2004). Τα ΑΕΕ διαχωρίζονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά, με τα πρώτα να αποτελούν το 85% του συνόλου. Το 40% των ατόμων με ισχαιμικό ΑΕΕ καταλήγουν στις πρώτες 30 ημέρες, με το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων με αιμορραγικό ΑΕΕ να ανέρχεται στο 30%-50%. (Macleod & Mumford, 2004). Ένα ΑΕΕ μπορεί να πλήξει μόνο το ένα ημισφαίριο ή και τα δύο, να είναι εστιακό ή πολλαπλό.

Οι ηλικίες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου είναι συνήθως άνω των 50 ετών, με τους ασθενείς να παρουσιάζουν τα παρακάτω συνοδά νευρολογικά συμπτώματα: ημιπληγία/ημιπάρεση, ημιανοψία, αφασία, αγνωσία, παραμέληση (neglect), απραξία, δυσφαγία, κ.ά.

Όπως ήδη γνωρίζουμε, ο ανθρώπινος εγκέφαλος αποτελείται από δύο ημισφαίρια, παρόμοια περίπου σε μέγεθος και σχήμα, με διαφορές ωστόσο στις μεταξύ τους λειτουργίες. Τα ισχαιμικού τύπου ΑΕΕ που εμφανίζουν διαταραχές κατάποσης/ δυσφαγία, συνδέονται συχνά με βλάβη στη σπονδυλική αρτηρία, στις οπίσθιες κάτω παρεγκεφαλιδικές αρτηρίες και στη βασική αρτηρία. Η συμμετοχή αυτών των αρτηριών συντελεί σε παρουσία διαταραχών κατάποσης καθώς επηρεάζει το εγκεφαλικό στέλεχος (γέφυρα και προμήκη μυελό), την παρεγκεφαλίδα και την έσω κάψα, υψηλής σημασίας δομές για την φυσιολογική λειτουργία του καταποτικού μηχανισμού (Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch, 2006). Η γέφυρα, επίσης, περιέχει τους κινητικούς πυρήνες δύο κρανιακών νεύρων, του τριδύμου (V) και του προσωπικού νεύρου (VII), που είναι εξαιρετικά σημαντικά για την κατάποση αλλά και την ομιλία (David H. McFarland, 2011). Σε εμφάνιση δυσφαγίας μπορεί όμως να οδηγήσει και βλάβη στον υποθάλαμο, στο μεταχιακό σύστημα, στα βασικά γάγγλια, στον μετωπιαίο φλοιό και στις φλοιοπρομηκικές περιοχές. (Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch, 2006)

Όσον αφορά τον διαχωρισμό της εντόπισης της βλάβης με βάση το ημισφαίριο (δεξί - αριστερό) του εγκεφάλου, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο εμφανίζουν διαταραχές κατάποσης που επικεντρώνονται στο φαρυγγικό στάδιο αλλά και περισσότερες πιθανότητες εισρόφησης (Robbins & Levine 1988; Robbins et al, 1993), με συμπτώματα που τείνουν να είναι πιο επίμονα (Smithard et al, 1997), σε αντίθεση με άτομα με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο, όπου οι διαταραχές κατάποσης εντοπίζονται κατά κύριο λόγο συνηθέστερα στο στοματικό στάδιο. Τέλος, τα αριστερά ΑΕΕ μπορεί επίσης να φέρουν απρακτικά στοιχεία. Η απραξία κατά την κατάποση (swallowing apraxia), διαταραχή που οφείλεται σε βλάβη αριστερού ημισφαιρίου, παρουσιάζει κλινικά δυσκολία στην έναρξη της κατάποσης με τον ασθενή να εκτελεί κινήσεις αναζήτησης με την γλώσσα πριν την έναρξη της κατάποσης.

Παραμένει άγνωστο κατά πόσο το ένα ημισφαίριο είναι επικρατηδικό για την κατάποση. Νευροφυσιολογικές μελέτες υποστηρίζουν πως η κατάποση δεν είναι πλευριωμένη σε ένα

ημισφαίριο αλλά μεταξύ των ατόμων το ένα ημισφαίριο τείνει να είναι πιο σημαντικό σε σύγκριση με το άλλο, δηλαδή υπάρχει μία ημισφαιρική ασυμμετρία (independent of handedness). Η πλευρά της βλάβης έχει ιδιαίτερη σημασία για την εξέλιξη της αποκατάστασης του ασθενή, όχι με την έννοια πως είναι σοβαρότερη η μία σε σχέση με την άλλη αλλά, απλώς, πως η δεξιά και η αριστερή ημισφαιρική βλάβη προκαλούν δύο διαφορετικά κλινικά σύνδρομα, με διαφορετικές προγνωστικές προοπτικές.

Οι διαφορές της δυσφαγίας ανάμεσα σε ένα ΑΕΕ αριστερού ημισφαιρίου και ένα ΑΕΕ δεξιού ημισφαιρίου είναι παρόλα αυτά, συχνά, μικρής σημασίας καθώς η κατάποση είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής και των δύο ημισφαιρίων, γεγονός καθόλου περίεργο καθώς το μεγαλύτερο μέρος της φυσιολογικής εγκεφαλικής λειτουργίας απαιτεί την συνεργασία και των δύο ημισφαιρίων. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται και σε πρόσφατες έρευνες που έδειξαν ότι η αποκατάσταση των διαταραχών κατάποσης μετά από ΑΕΕ εξαρτάται από την αύξηση της φαρυγγικής αναπαράστασης στο υγιές ημισφαίριο (Hambly et. al., 1998).

Σε αυτό το σημείο είναι συνετό να αναφερθεί ότι η έννοια της ημισφαιρικής ασυμμετρίας δεν είναι ομοιογενής, και η συμμετοχή του κάθε ημισφαιρίου στις διάφορες λειτουργίες ποικίλλει ανάλογα με πολλά κριτήρια. Δηλαδή, δεν αρκεί μόνο να ληφθεί υπόψη η υπαρκτή λειτουργική εξειδίκευση των ημισφαιρίων, αλλά πρέπει, όπως επισημαίνουν οι σύγχρονες έρευνες, να συνυπολογίζεται και να αξιολογείται η μεταξύ τους συνεργασία, η αντίδραση ακόμα και η αναστολή. Είναι για παράδειγμα, πολύ πιθανό να εξαλειφθούν σε μεγάλο βαθμό οι διαταραχές κατάποσης που οφείλονται σε ένα αριστερό ΑΕΕ που εμφανίζει και απραξία, δίχως να ολοκληρωθεί η παρέμβαση για την απραξία κατά την κατάποση. Αυτό το γεγονός, οφείλεται στην πλαστικότητα του εγκεφάλου (brain plasticity), την ικανότητα του δηλαδή να τροποποιείται και να αλλάζει τις συνδέσεις (συνάψεις) μεταξύ των νευρικών κυττάρων, έτσι ώστε σε περιπτώσεις εγκεφαλικών βλαβών να αναπροσαρμόζεται και να ανακτά τις “χαμένες” νευρολογικές λειτουργίες (Jochen Schindelmeiser, 2013).

Και επιστρέφοντας στο παράδειγμα που αναφέρθηκε παραπάνω, χάρη στην πλαστικότητα του εγκεφάλου που συντελεί στην αναδιοργάνωση του υγιούς ημισφαιρίου, είναι πολύ πιθανό να ξεπεραστούν (άλλες φορές σε μικρότερο βαθμό, άλλες φορές σε μεγαλύτερο) τυχόν δυσφαγικά ελλείμματα, (εξαρτάται πάντοτε από τον κάθε ασθενή, καθώς κάθε οργανισμός είναι διαφορετικός και από την βαρύτητα του Α.Ε.Ε.), δίχως να έχει γίνει η απαιτούμενη παρέμβαση από τον κλινικό λογοθεραπευτή.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τα πιθανά χαρακτηριστικά δυσφαγίας σε αντιστοίχιση με τον τύπο εγκεφαλικού (Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch, 2006):

| Τύπος Α.Ε.Ε. | Εντόπιση διαταραχής σίτισης - κατάποσης | Συνοδά χαρακτηριστικά |
|--|---|--|
| Φλοιώδη ΑΕΕ | | |
| ΑΕΕ στο αριστερό ημισφαίριο | <ul style="list-style-type: none"> ● Διαταραχές σίτισης στο στοματικό στάδιο ● Πιθανή απραξία κατά την κατάποση | <ul style="list-style-type: none"> ● Απραξία (άκρων, στοματική, λόγου, κ.ά.) ● Αφασία ● Δυσαρθρία |
| ΑΕΕ στο δεξί ημισφαίριο | <ul style="list-style-type: none"> ● Διαταραχές σίτισης στο φαρυγγικό στάδιο ● Αδύναμη ανύψωση λάρυγγα ● Αυξημένο ποσοστό πιθανότητας εισρόφησης (κυρίως στα λεπτόρρεστα υγρά) | <ul style="list-style-type: none"> ● Πολυλογία (βερμπαλισμός) ● Εύκολη διάσπαση προσοχής – συγκέντρωσης ● Δυσκολία στην μάθηση νέων γνώσεων (πχ των τεχνικών αποκατάστασης) |
| Υποφλοιώδη ΑΕΕ (ΑΕΕ στα βασικά γάγγλια) | <ul style="list-style-type: none"> ● Διαταραχές σίτισης στο στοματικό στάδιο ● Διαταραχές σίτισης στο φαρυγγικό στάδιο ● Καθυστερημένη έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης | <ul style="list-style-type: none"> ● Δυσκολία στην αυτοματοποίηση |
| ΑΕΕ Εγκεφαλικού Στελέχους (ΑΕΕ στον προμήκη μυελό και στην γέφυρα του εγκεφάλου) | <ul style="list-style-type: none"> ● Σοβαρή δυσλειτουργία στο φαρυγγικό στάδιο ● Αργή περίοδος ανάρρωσης συνεπώς και αποκατάστασης | <ul style="list-style-type: none"> ● Σπαστικότητα των μυών του φάρυγγα |
| Πολλαπλά ΑΕΕ | <ul style="list-style-type: none"> ● Μεγαλύτερης βαρύτητας δυσφαγικά στοιχεία ● Αργή προώθηση του βλωβού κατά το στοματικό στάδιο ● Σοβαρή καθυστέρηση στην έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης ● Φτώχη ικανότητα αυτοπροστασίας του αεραγωγού (αυξημένο ποσοστό | |

εισρόφησης)

- Αδύναμη ανύψωση λάρυγγα
- Πιθανή ύπαρξη

υπολειμμάτων (τροφής ή υγρού) στο φάρυγγα μετά την κατάποση

2.7. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με Άνοια: «Απραξία σίτισης και κατάποσης»

Ο ορισμός της άνοιας έχει εξελιχθεί με τις βιολογικές, κλινικές και επιδημιολογικές γνώσεις. Ποικίλει ελαφρώς από τη μία ταξινόμηση στην άλλη. Στη 10η Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10), η άνοια είναι «σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική πάθηση, συνήθως χρόνια και προοδευτική, χαρακτηριζόμενη από διαταραχές πολυάριθμων ανωτέρων φλοιωδών λειτουργιών όπως η μνήμη, η σύλληψη των ιδεών, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, ο υπολογισμός, η ικανότητα μάθησης, ο λόγος και η κρίση. Οι νοητικές διαταραχές συνοδεύονται συνήθως (και μερικές φορές προηγούνται) από αποδιοργάνωση του συγκινησιακού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων».

Ένα από τα πιο διαδεδομένα διαγνωστικά κριτήρια είναι το DSM-IVTR, το οποίο ορίζει την άνοια ως ένα σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της βλάβης στη μνήμη και τουλάχιστον μίας από τις ακόλουθες διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή 13 στην εκτελεστική λειτουργία. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα των Cera M. και των συνεργατών του (2013), οι ασθενείς με Αλτσχάιμερ εμφανίζουν απραξία λόγου και στοματοπροσωπική απραξία που ακολουθούν την πορεία της νόσου και την επιδείνωση της.

Στα τελευταία στάδια καθώς η νόσος εξελίσσεται (Keller et al., 2008) ο ασθενής μπορεί να τρώει μη φαγώσιμα προϊόντα, αρνείται να φάει (πετάει το φαγητό, αποστρέφει το κεφάλι του από το κουτάλι), χρησιμοποιεί τα χέρια αντί τα σκεύη σίτισης, έχει δυσκολίες κίνησης και συνεργασίας των στοματικών δομών -απραξία σίτισης και κατάποσης- κι έτσι δεν μπορεί να χειριστεί το βλωμό κατάλληλα, ώστε να τον μασήσει και να τον καταπιεί (Li, 2012). Η απραξία της σίτισης καθιστά δύσκολη τη χρήση σκευών σίτισης ενώ η απραξία της κατάποσης καθιστά δύσκολη την έναρξη του στοματικού σταδίου της κατάποσης. Οι ασθενείς πιθανά κινούν το φαγητό μέσα στο στόμα τους,

προσπαθώντας να καταλάβουν τι πρέπει να κάνουν με αυτό και πώς να ξεκινήσουν τη διαδικασία της κατάποσης ή μπορεί να κρατάνε το φαγητό μέσα στο στόμα, χωρίς καμία κίνηση της γλώσσας για αρκετά λεπτά (Logemann J. A., 1998). Επιπλέον εμπόδια στη διαδικασία σίτισης αποτελούν τα εξής: μειωμένες αισθήσεις γεύσης, όσφρησης, όρασης και αφής, πιθανή κατάθλιψη και αδυναμία αυτοσίτισης (Detweiler, Kim, Bass, 2004). Πιθανά, ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία στην εκτέλεση τόσο των εκούσιων όσο και των ακούσιων σταδίων της κατάποσης (Amella, Grant, Mulloy, 2007). Για τον λόγο αυτό τίθεται θέμα υποσιτισμού (Dorner, 2005).

Οι παρακάτω καταστάσεις που πιθανά σχετίζονται με την αρχική διάγνωση της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ πρέπει να ληφθούν υπόψη (Dorner, 2005):

- Δυσκολία στην κίνηση των στοματικών δομών
- Φτωχή γνωστική κατανόηση και αλληλεπίδραση
- Αρνητική αντίδραση στις υφές και συστάσεις των τροφών
- Διαταραχές στο λόγο που μειώνουν την ικανότητα έκφρασης σε προτιμήσεις φαγητών και / ή δημιουργούν προβλήματα στην κατανόηση των οδηγιών (LeJeune, Kurfuerst, 2009).
- Έλλειψη αναγνώρισης των σκευών σίτισης
- Ανικανότητα αναγνώρισης της αίσθησης της πείνας
- Παρενέργειες φαρμάκων

Περίπου το 14% των 44 ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ, λαμβάνουν μακροχρόνια αντιψυχωσική αγωγή, αναπτύσσουν όψιμη δυσκινησία της γλώσσας, πιθανή παραμόρφωσή της ή / και κινήσεις αθέτωσης, καταστάσεις που σίγουρα οδηγούν σε σημαντικές διαταραχές κατάποσης (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Πολλοί είναι οι ασθενείς που παρουσιάζουν σημαντική, μη αναστρέψιμη φαρυγγική δυσφαγία αλλά και μειωμένη σίτιση από το στόμα, συνδυαστικά με τα συμπεριφοριστικά θέματα, πιθανά συσχετιζόμενα με την άνοια (Dorner, 2005). Συχνά είναι επίσης και τα προβλήματα στοματικής υγιεινής όπως: μειωμένη λειτουργία των σιελογόνων αδένων με αποτέλεσμα το ξερό στόμα, στοματικός πόνος, μειωμένη στοματική αισθητικότητα, βακτηριακές μολύνσεις, αιμορραγία ούλων (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006).

Η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, μπορεί να εξελίσσεται αργά ή να εμφανίζει ραγδαία επιδείνωση. Και στις δύο περιπτώσεις, πρέπει να υπάρχει κάποια βάση ώστε να αναγνωρίζεται η πιθανή επιδείνωση του ασθενή η οποία είναι ανεξάρτητη από τις προσπάθειες θεραπείας σίτισης και κατάποσης που πιθανά κάνει ο θεραπευτής της κατάποσης. Ο θεραπευτής της κατάποσης από την πλευρά του θα πρέπει να αναγνωρίζει πότε ο ασθενής δεν επωφελείται πλέον από τη θεραπεία κατάποσης και να αποσύρεται από τη φροντίδα του ασθενή (Logemann, 1998).

Κεφάλαιο 3^ο: Θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Σίτισης - Κατάποσης σε ασθενείς με Απραξία

3.1. Σχεδιασμός και στοχοθεσία της θεραπείας

Το αναπνευστικό σύστημα, το σύστημα φώνησης και το σύστημα άρθρωσης του λόγου συμμετέχουν τόσο στην ομιλία όσο και στην κατάποση. Όπως και η παραγωγή λόγου, έτσι και η κατάποση είναι μια σύνθετη συμπεριφορά που περιλαμβάνει αρκετά επίπεδα ελέγχου, συμπεριλαμβανομένου ενός κεντρικού κυκλώματος ρυθμικής νευρικής δραστηριότητας, το οποίο αλληλεπιδρά με στοιχεία αισθητικής ανατροφοδότησης και ελέγχου του φλοιού. Η ομιλία και η κατάποση φαίνεται ότι χρησιμοποιούν ορισμένα κοινά στοιχεία ελέγχου. Το νευρικό σύστημα υποδιαιρείται σε δύο τμήματα: το κεντρικό νευρικό σύστημα (εγκέφαλος και νωτιαίος μυελός) και το περιφερικό νευρικό σύστημα (νωτιαία και κρανιακά νεύρα). Οι δομές του κεντρικού νευρικού συστήματος και τα κρανιακά νεύρα είναι υψίστης σπουδαιότητας τόσο για την ομιλία όσο και για τη σίτιση (McFarland D. H., 2011).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια η λογοπαθολογία διαδραματίζει ενεργό ρόλο στην αξιολόγηση και δημιουργία παρεμβατικών προγραμμάτων επικοινωνίας, σίτισης και κατάποσης. Οι δυσκολίες αυτές οφείλονται σε νευρολογική εξασθένηση νευρομυϊκών συστημάτων ή και σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος που εμπλέκονται τόσο στην ομιλία τόσο και στη διαχείριση του φαγητού και στην κατάποση.

Η απραξία καθώς και η δυσφαγία σε νευρολογικούς ασθενείς, όπως και οι περισσότερες νευρογενείς διαταραχές, παρουσιάζουν μια συγκεκριμένη πορεία, η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη της διαταραχής, ακολουθείται από μια περίοδο νευρολογικής ανάκαμψης και ολοκληρώνεται στο στάδιο της σταθεροποίησης. Πριν, λοιπόν, γίνει ο σχεδιασμός και η στοχοθεσία της θεραπείας είναι απαραίτητο να γίνει σαφές το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής και να οριστεί το καταλληλότερο χρονικό σημείο έναρξης παρέμβασης για τον εκάστοτε ασθενή. Στην συνέχεια γίνεται η επιλογή των πιθανών θεραπευτικών στόχων, των θεραπευτικών διαδικασιών καθώς και το χρονοδιάγραμμα της θεραπείας.

Οι διαταραχές κατάποσης αποτελούν τον πρώτο θεραπευτικό στόχο ενός λογοθεραπευτή σε σύγκριση με τις υπόλοιπες διαταραχές που προκύπτουν από νευρολογικές βλάβες, λόγω της σοβαρότητας των επιπτώσεων που μπορούν να φέρουν, καθώς επηρεάζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της σίτισης ή την απόλαυση του φαγητού (Harrison N. Jones, John C.

Rosenbek, 2010) (βλ. κεφ.2.3.). Η θεραπεία της κατάποσης απαιτεί πολύ χρόνο, υπομονή και προσοχή. Οι συνεδρίες συχνά εκτελούνται καθημερινά ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα για αρκετούς μήνες. Η θεραπεία της κατάποσης πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, καθώς όσο πιο γρήγορα αρχίζει η θεραπεία, τόσο μικρότερη είναι η διάρκειά της και τόσο καλύτερα τα ποσοστά επιτυχίας (Neumann S. 1993).

Με βάση λοιπόν το παραπάνω, σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει ανάλυση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών κατάποσης σε ασθενείς με απραξία, πάντοτε δίνοντας έμφαση στην εξάλειψη της δυσφαγίας σε πρώτο πλάνο. Οι απρακτικές δυσκολίες που παρουσιάζει ο ασθενής, θα αντιμετωπιστούν είτε σε δεύτερη φάση (εάν αυτές δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης της δυσφαγίας σε λειτουργικό επίπεδο), είτε θα αντιμετωπιστούν παράλληλα με την παρέμβαση της δυσφαγίας (σε περιπτώσεις όπου οι απρακτικές δυσκολίες δυσχεραίνουν την παρέμβαση της δυσφαγίας για λόγους που θα αναφερθούν παρακάτω). Με άλλα λόγια, θα σχεδιαστεί και θα στοχοθετηθεί ένα πλάνο θεραπείας, με κύριο στόχο την αποκατάσταση της δυσφαγίας, με παράλληλη προσπάθεια περιορισμού ή εξάλειψης των απρακτικών δυσκολιών του ασθενή, πάντοτε προς όφελος της βελτίωσης του καταποτικού μηχανισμού.

3.2. Συνεργασία του ασθενούς

Η αξιολόγηση, διάγνωση αλλά και θεραπεία σε ασθενείς με απραξία δεν αποτελούν ένα εύκολο κομμάτι για τον κλινικό. Η συμμετοχή καθώς και η συνεργασία του ασθενή κατά την αξιολόγηση αλλά και την εκτέλεση του απαιτούμενου ασκησιολογίου για την αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης – κατάποσης σε ασθενείς με απραξία, δεν είναι η επιθυμητή καθώς κατά κύριο λόγο δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν εντολές μετά από παράγγελμα. Συχνά μια αυτόματη αντίδραση είναι πιο εύκολο να συμβεί σε σύγκριση με μια αντίδραση σε συγκεκριμένη εντολή. Οι μύες των ασθενών αυτών λειτουργούν φυσιολογικά και το κατάλληλο μήνυμα έχει διατυπωθεί αλλά ο λανθασμένος προγραμματισμός από τον εγκέφαλο εμποδίζει την ολοκλήρωση των ακριβών και σκόπιμων κινήσεων ώστε να παραχθεί το σχεδιασμένο μήνυμα (Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch, 2006). Για παράδειγμα σε έναν απρακτικό ασθενή είναι πιο πιθανό να ελεγχθεί η ανύψωση της γλώσσας λερώνοντας το άνω χείλος με μαρμελάδα, γεγονός που θα τον ωθήσει αυτόματα να φέρει την γλώσσα του στο επιθυμητό σημείο, παρά δίνοντας του την εντολή “Ακούμπα με την γλώσσα σου το άνω χείλος.” Ακόμα και αυτές οι “τεχνικές” βέβαια, πολλές φορές, δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που εμφανίζονται στην διαχείριση ασθενών με σοβαρού βαθμού απραξία.

Οι κλινικοί είναι απαραίτητο να γνωρίζουν ότι άτομα με ΑΕΕ αντιμετωπίζουν προβλήματα εύκολης και γρήγορης κόπωσης, για την ακρίβεια έχει γίνει γνωστό από έρευνες ότι το ποσοστό των ασθενών που αντιμετωπίζουν κόπωση ανέρχεται στο 70 % των ασθενών και μάλιστα για σημαντικό χρονικό διάστημα μετά το ΑΕΕ (Carota et, al., 2005). Ασθενείς με απραξία ή/και δυσφαγία, είναι πολύ πιθανό να κουράζονται πιο εύκολα και πιο γρήγορα, καθώς καταναλώνουν περισσότερη ενέργεια κατά την προσπάθεια τους να επικοινωνήσουν με τους γύρω τους ή να σιτιστούν με ασφάλεια και επάρκεια, παρά τις διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Πολλοί ασθενείς με δυσφαγία, έχουν ως κίνητρο την επιστροφή στη στοματική σίτιση. Κάποιες λίγες φορές, ωστόσο, ένας ασθενής μπορεί να βρει τη μη στοματική σίτιση πιο εύκολη από τις συνεχόμενες προσπάθειες που απαιτούνται για την επανεγκατάσταση του νευρομυϊκού ελέγχου που είναι απαραίτητος για την ασφαλή και επαρκή στοματική σίτιση, και να επαναπαυτεί σε αυτή την φαινομενικά “εύκολη” λύση, χάνοντας το ενδιαφέρον και το κίνητρο του.

Η κατάθλιψη και η ευερεθιστότητα που συχνά αντιμετωπίζουν ασθενείς με απραξία, καθώς συνειδητοποιούν τα ελλείμματα τους τόσο την κίνηση (δεξιά ημιπληγία) αλλά και στο λόγο (στοματική απραξία/λεκτική απραξία), έχουν δυσχερείς συνέπειες στην γνωστική, σωματική και κοινωνική τους λειτουργία. Σε περίπτωση που αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν και δυσφαγικά στοιχεία, η συμμετοχή τους στη θεραπεία είναι εξαιρετικά δύσκολα διαχειρίσιμη. Παρατηρείται ότι ακόμα και εξωθεραπευτικά (πχ: με τα μέλη της οικογενείας του ή τους φίλους/συναδέλφους τους), οι αντιδράσεις τους είναι συχνά παρόμοιες και περιλαμβάνουν βαθιά δυσφορία, άρνηση, πλήρη ή μερική έλλειψη βουλευτικής ικανότητας, στοιχεία παραίτησης, κ.ά. Η κατάθλιψη, η καταστροφική αυτή αντίδραση των ασθενών αυτών, είναι γνώριμο χαρακτηριστικό της βλάβης του αριστερού ημισφαιρίου και συναντάται στο 27% (Price,1990) ή στο 50% (Kauhanen et al,1999) των Α.Ε.Ε. και εμφανίζεται στους 6 μήνες έως 2 χρόνια μετά το συμβάν και διαρκεί 8 έως 9 μήνες – όταν δεν υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση. Το σημαντικό εδώ είναι ότι η βαρύτητα της νοητικής αναπηρίας, όπως η ανικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, συσχετίζονται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης (Robinson,1994 & Robinson,1995), η οποία συσχετίζεται τόσο με τα νοητικά όσο και με τα ίδια τα νευρολογικά ελλείμματα και ειδικά την ύπαρξη αφασίας και απραξίας. Η παρέμβαση λοιπόν σε αυτούς τους ασθενείς από λογοθεραπευτή με στόχο την αποκατάσταση των απρακτικών ή και δυσφαγικών συμπτωμάτων κρίνεται προσωρινά δευτερεύουσα καθώς αναλαμβάνουν ειδικότητες όπως νευρολόγος, φυσίατρος, ψυχολόγος, με στόχο, σε πρώτο στάδιο, την αύξηση της συνεργασίας του ασθενή στη θεραπεία (κατά κύριο λόγο με χορήγηση αντικαταθλιπτικών ή μυοχαλαρωτικών φαρμάκων).

Ασθενείς με ΑΕΕ συχνά χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα κατά την σίτιση, γεγονός που δυσχεραίνει την αποκατάσταση σε δυσφαγικό ασθενή καθώς χωρίς να προβεί σε προώθηση και

κατάποση του βλωμού που έχει ήδη στην στοματική κοιλότητα, είναι σε θέση να βάλει 2η αν όχι και 3η κουταλιά σε αυτή. Η πολυλογία με ταυτόχρονα αυξημένο ρυθμό ομιλίας είναι και αυτό ένα χαρακτηριστικό που εμφανίζουν ασθενείς με ΑΕΕ, με τον ασθενή να μιλάει ακατάπαυστα κατά την διάρκεια της σίτισης (και στην περίπτωση συνύπαρξης απραξίας, και κατά κύριο λόγο ακατάληπτα) με αποτέλεσμα συχνή παρουσία βήχα κατά την σίτιση (Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch, 2006).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αυξάνουν σε μεγάλο ποσοστό το ενδεχόμενο πιθανής εισρόφησης της τροφής ή του υγρού, ένα ποσοστό το οποίο εκτινάσσεται στα ύψη όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει και απρακτικά στοιχεία, συνεπώς δεν είναι σε θέση να ακολουθήσει και να μάθει λόγω των γνωστικών ελλειμμάτων που παρουσιάζει, τις απαραίτητες αντισταθμιστικές μανούβρες ή τεχνικές κατά την σίτιση. Γνωστικά ελλείμματα όπως δυσκολίες στη σκέψη, στην οργάνωση αλλά και τη μνήμη, είναι πολύ πιθανό ότι θα καθυστερούν σε σημαντικό βαθμό την διαδικασία της αποκατάστασης του ασθενή. Κατά συνέπεια, πολλές φορές δεν κρίνεται εφικτό να γίνει εκμάθηση των τεχνικών αντιστάθμισης της δυσφαγίας σε ασθενείς με επηρεασμένο σε σημαντικό βαθμό γνωστικό επίπεδο καθώς δεν θα κάνουν χρήση των τεχνικών στην πράξη (πχ όταν σιτίζονται ή ενυδατώνονται εξωθεραπευτικά - μόνοι τους), και γίνεται αναζήτηση “παράπλευρης οδού” αποκατάστασης.

Τέλος, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο κλινικός ότι οι περισσότεροι ασθενείς που αντιμετωπίζουν δυσφαγία μετά από Α.Ε.Ε. δυσκολεύονται να δεχτούν και να αναγνωρίσουν τα δυσφαγικά τους προβλήματα. Ασθενείς με πλήρη/ή μερική επίγνωση της κατάστασης τους είναι σε θέση να αυτοελέγχουν τα σημεία που έχουν τονιστεί από τον κλινικό κατά την σίτιση ή ενυδάτωση τους (π.χ. υγρή φωνή, βήχας μετά την κατάποση), σε αντίθεση με ασθενείς με μειωμένη επίγνωση της κατάστασης τους.

Γνωρίζοντας, λοιπόν τις δυσκολίες στην συνεργασία και στην συμμετοχή των δυσφαγικών ασθενών με απραξία, πριν προχωρήσουμε στις επόμενες ενότητες αυτής της πτυχιακής που αφορούν την παρέμβαση σε αυτούς τους ασθενείς, καλό θα ήταν να γίνει μια αναφορά στα σημεία ή στις συμπεριφορές που μπορούν να κάνουν έναν λογοθεραπευτή να υποψιαστεί πιθανή δυσφαγία, δίχως να απαιτείται η ενεργής συμμετοχή και συνεργασία του ασθενή. Πριν γίνει αυτή η αναφορά, να σημειωθεί ότι οι τύποι απραξίας που θα μας απασχολήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της σύνδεσης τους με τις διαταραχές κατάποσης καθεαυτού ή με την δυσκολία που επιφέρουν στην διεξαγωγή της θεραπείας είναι κατά κύριο λόγο η στοματοπροσωπική απραξία και η απραξία κατά την κατάποση (αναλυτικότερη αναφορά σε αυτούς τους δύο τύπους απραξίας και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί αναφορικά με την κατάποση έχει γίνει στο κεφάλαιο 1.3.).

Ακολουθεί πίνακας με τα σημεία/ συμπεριφορές που μπορούν να κάνουν έναν

λογοθεραπευτή να υποψιαστεί πιθανή δυσφαγία σε κάποιο/α από τα στάδια της κατάποσης, σε ασθενείς με ή χωρίς συνεργασία (Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee, 2013):

Προπαρασκευαστική Στοματική Φάση

- Διαφυγή τροφής λόγω φτωχής φραγής χειλέων (τροφόρροια ετερόπλευρα της βλάβης σε περιπτώσεις μονόπλευρης βλάβης)
- Μη επαρκής μάσηση τροφής λόγω μειωμένης δύναμης γνάθου, μειωμένης δύναμης και εύρους κίνησης γλώσσας, ή λόγω φτωχής στοματικής αισθητικότητας
- Ελλιπής σχηματισμός βλωμού λόγω μειωμένης δύναμης και εύρους κίνησης γλώσσας, ή λόγω φτωχής στοματικής αισθητικότητας
- Συγκέντρωση υπολειμμάτων τροφής ανάμεσα στις παρειές και στη γλώσσα (πλάγιες ή γλωσσοπαρειακές αύλακες) μετά την κατάποση λόγω μειωμένου τόνου παρειών
- Συγκέντρωση υπολειμμάτων τροφής κάτω από τη γλώσσα μετά την κατάποση λόγω μειωμένης γλωσσικής δύναμης

Κύρια Στοματική Φάση

- Διαφυγή τροφής λόγω φτωχής φραγής χειλέων και αδυναμίας γλώσσας (τροφόρροια ετερόπλευρα της βλάβης σε περιπτώσεις μονόπλευρης βλάβης)
- Πρώιμη διαφυγή βλωμού από τη βάση τη γλώσσας με πιθανότητα εισρόφησης, εξαιτίας μιας μειωμένης αδυναμίας ή εύρους της κίνησης της γλώσσας, ή φτωχής στοματικής αισθητικότητας
- Συγκέντρωση υπολειμμάτων τροφής ανάμεσα στις παρειές και στη γλώσσα (πλάγιες ή γλωσσοπαρειακές αύλακες) μετά την κατάποση λόγω μειωμένου τόνου παρειών
- Συγκέντρωση υπολειμμάτων τροφής κάτω από τη γλώσσα μετά την κατάποση λόγω μειωμένης γλωσσικής δύναμης
- Συγκέντρωση υπολειμμάτων τροφής στην σκληρή υπερώα μετά την κατάποση λόγω μειωμένης γλωσσικής ανύψωσης
- Φτύσιμο τροφής από τη στοματική κοιλότητα λόγω εξώθησης γλώσσας
- Καθυστέρηση οπίσθιας προώθησης του βλωμού
- Αυξημένη κίνηση της γλώσσας κατά την διάρκεια της κατάποσης, λόγω φτωχού γλωσσικού συντονισμού ή αντισταθμιστικά λόγω του καθυστερημένου ή απώντος αντανακλαστικού της κατάποσης

Φαρυγγική Φάση

- Βήχας, πνιγμός, ή υγρή ποιότητα φωνής όταν ο βλωμός εισέρχεται στον αεραγωγό λόγω καθυστερημένου ή απώντος αντανακλαστικού κατάποσης, μειωμένης λαρυγγικής ανύψωσης, μειωμένης λαρυγγικής σύγκλεισης, μειωμένης φαρυγγικής περίστασης ή

κρικοφαρυγγικής δυσλειτουργίας

- Ρινική αναγωγή λόγω ανεπαρκούς υπερωοφαρυγγικής φραγής
 - Αυξημένη έκκριση σιέλου και βλέννας λόγω εισρόφησης και προσπάθειας του οργανισμού να αποβάλει το ξένο υλικό
-

Οισοφαγική Φάση

- Βήχας, πνιγμός, ή υγρή ποιότητα φωνής όταν ο βλωμός εισέρχεται στον οισοφάγο, κατόπιν εμφανίζει ανάστροφη ροή και εισέρχεται στον αεραγωγό λόγω κρικοφαρυγγικής δυσλειτουργίας
 - Παλινδρόμηση λόγω κρικοφαρυγγικής δυσλειτουργίας
-

3.3. Αισθητηριακές παρεμβάσεις

Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούν το κεντρικό νευρικό σύστημα, ένα σύστημα που αποτελεί την ακρογωνιαία βάση και το θεμελιώδες μέσο με το οποίο ο άνθρωπος αποκτά την ικανότητα να προσλαμβάνει, να κωδικοποιεί, να συγκρατεί και να αντιδρά στα περιβαλλοντικά σήματα και ερεθίσματα, για να πετύχει την προσαρμογή και την επιβίωση του. Σκοπός της θεραπείας είναι η βελτίωση της κινητικότητας (αύξηση δύναμης και εύρους κίνησης), η ρύθμιση του τόνου (αποδόμηση μυϊκής υπερτονίας), η ομαλοποίηση της απτικής αισθητικότητας, καθώς και η αποδόμηση παθολογικών αντανακλαστικών και η δρομολόγηση φυσιολογικών αντανακλαστικών. Η διευκόλυνση επιθυμητών κινήσεων και η αναστολή μη επιθυμητών αντιδράσεων επιτυγχάνονται με κατευθυνόμενα σήματα και ερεθίσματα όπως διέγερση ή χειρισμός.

Η θεραπεία που παρουσιάστηκε παραπάνω ονομάζεται αιτιολογική θεραπεία και όπως υποδηλώνει και το όνομα της είναι η θεραπεία που αποβλέπει στην καταπολέμηση της αιτίας μιας νόσου και όχι μόνο των συμπτωμάτων της. Οι ασκήσεις της αιτιολογικής θεραπείας είναι ικανές να προσαρμοστούν στις ικανότητες του ασθενή και βοηθούν τον θεραπευτή να “κερδίσει” τα παρακάτω, μέσα από ένα αρκετά ευέλικτο θεραπευτικό πλάνο:

- Την κατάλληλη για την ασφαλή κατάποση στάση του σώματος
- Την φυσιολογική αναπνοή
- Την αποδόμηση των παθολογικών αντανακλαστικών
- Την ομαλοποίηση της αισθητικότητας
- Την κατάλληλη χρονικά έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης
- Την ομαλοποίηση του μυϊκού τόνου

- Την ενεργοποίηση των απαραίτητων για την κατάποση μυών, με συνέπεια την βελτίωση της στοματοπροσωπικής και φαρυγγολαρυγγικής κινητικότητας.

Στις αιτιολογικές μεθόδους θεραπείας εκτός από τις κλασσικές λογοθεραπευτικές μεθόδους της αναπνοής, της φώνησης και της άρθρωσης, ανήκουν επίσης και οι νευροφυσιολογικές μέθοδοι, οι οποίες λαμβάνουν υπόψιν την φυσιολογική αισθητικοκινητική εξέλιξη. Με βάση αυτές τις μεθόδους παρέμβασης, πριν ακόμα αρχίσει η δρομολόγηση των υψηλότερων λειτουργιών, αποδομούνται τα παθολογικά στοματικά αντανακλαστικά του ασθενή (π.χ. αντανακλαστικό ρόφησης/απομήζυσης, αντανακλαστικό δήξεως, κ.ά). Υπάρχουν τρεις βαθμίδες αιτιολογικής θεραπείας: τα ερεθίσματα, οι τεχνικές κινητοποίησης και οι αυτόματες κινητικές ασκήσεις.

Η χορήγηση ερεθισμάτων σε ασθενείς με απραξία, έχοντας ως κύριο στόχο την προσπάθεια αποκατάστασης της δυσφαγίας τους, μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση και ενδυνάμωση ή χαλάρωση και μείωση αντίστοιχα του τόνου καθώς τα ερεθίσματα ενεργοποιούν τις κινητικές οδούς. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα που έχει η χορήγηση ερεθισμάτων κατά την παρέμβαση είναι ότι δεν χρειάζεται την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή, συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την διέγερση και τον χειρισμό δυσφαγικών ασθενών με σοβαρή απραξία. Αυτή η ενίσχυση της διεγερσιμότητας ενός νευρώνα μέσω “βομβαρδισμού” με ερεθίσματα αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως Ιδιοδεκτική νευρομυϊκή διευκόλυνση κατά Kabat και μπορεί να αποτελέσει το εναρκτήριο κομμάτι κάθε θεραπείας (Kabat και Knott, 1953).

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα θεραπευτική προσέγγιση είναι η θεραπεία Rood, όπου μέσω της επιρροής αισθητικών υποδοχέων με διευκόλυνση ή καταστολή, επηρεάζονται η κινητικότητα και η αισθητικότητα διαμέσου διαφορετικών ερεθισμάτων, όπως άγγιγμα με τα χέρια, θερμική/οσφρητική διέγερση, διέγερση με διάφορα αντικείμενα όπως πινέλο, βαμβακοφόροι στυλεοί, ξύλινα γλωσσοπίεστρο, λάστιχο αναρρόφησης, καλαμάκια, ή άλλα ειδικά λογοθεραπευτικά εργαλεία (Rood, 1956). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα ερεθίσματα χρησιμοποιούνται ως παθητικές ασκήσεις, δεν απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή, στην αρχή της θεραπείας. Η αύξηση της αισθητικότητας του εισερχόμενου στο στόμα βλωμού, συστήνεται σε ασθενείς με μειωμένη αναγνώριση του φαγητού στο στόμα (πχ: λόγω υπαισθησίας στο εσωτερικό της κοιλότητας σε ασθενείς με πάρεση Τριδύμου νεύρου V ή λόγω μη ικανοποιητικής αντίληψης του εσωτερικού της κοιλότητας σε ασθενείς με στοματική απραξία), ή για ασθενείς με καθυστερημένη ή και απύουσα ενεργοποίηση της φαρυγγικής κατάποσης.

Ανάλογα με το είδος των ερεθισμάτων και την διάρκεια της χρήσης επιτυγχάνουν διαφορετικά αποτελέσματα. Η επιλογή του ερεθίσματος γίνεται ανάλογα με την εκάστοτε επιθυμητή δράση. Για παράδειγμα, ένα μικρό μηχανικό ή ρυθμικό ερέθισμα, π.χ. γρήγορες απαλές κινήσεις ή γρήγορο άγγιγμα με πάγο, προκαλεί αύξηση του μυϊκού τόνου, ενώ μία διαρκής

εφαρμογή πάγου ή ουδέτερη θερμότητα προκαλεί μείωση του τόνου. Για την κατάρριψη της υπερευαισθησίας εφαρμόζονται ισχυρότερα ερεθίσματα, μεγαλύτερη πίεση και βραδύτερες κινήσεις, ενώ αντιθέτως επί υπαισθησίας εφαρμόζεται προσαρμοσμένη πίεση και γρήγορες κινήσεις. Αμέσως μετά από μία διέγερση πρέπει να λάβει χώρα μία ενεργής κινητική άσκηση, για να εκμεταλλευτούμε την επίδρασή της. Ως ερεθίσματα χρησιμοποιούνται:

- Έκταση: Μια μικρή έκταση αντίθετα από την επιθυμητή κατεύθυνση μπορεί να βοηθήσει για την ενεργοποίηση του μυός. Μια διαρκής έκταση μπορεί να προκαλέσει μείωση του μυϊκού τόνου και της μυϊκής σύσπασης.
- Άγγιγμα/ Πίεση: Ένα απαλό άγγιγμα ή μια γρήγορη κίνηση με τις άκρες των δακτύλων μπορεί να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση ή και να βελτιώσει την αισθητικότητα. Όσον αφορά την πίεση μια ελαφριά διαλείπουσα πίεση διευκολύνει την μυϊκή σύσπαση και αυξάνει τον τόνο, μια σταθερή και μεγαλύτερης διάρκειας πίεσης προκαλεί μεγαλύτερης διάρκειας πίεση και τέλος μια ρυθμική και απαλή πίεση μειώνει την μυϊκή σύσπαση, τον μυϊκό τόνο και ελαττώνει την υπερευαισθητικότητα.
- Δόνηση: Εκτελούνται κυρίως με τα χέρια. Οι διαλείπουσες δονήσεις ομαλά (βραχείας διάρκειας με διαφορετικά διαλείμματα) αυξάνουν τον τόνο, οι μακράς διάρκειας δονήσεις τον μειώνουν (Castillo Morales 1991).
- Όσφρητικά/ Γευστικά ερεθίσματα: Με την χορήγηση αυτών των ερεθισμάτων, μπορεί, δίχως την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή. Προκαλούν έκκριση σιέλου και την έκλυση του αντανεκλαστικού κατάποσης. Η όσφρηση υλικών που ερεθίζουν το τρίδυμο νεύρο (π.χ. ξύδι, αμμωνία) προκαλεί σύσπαση των μιμητικών μυών. Χρησιμοποιούνται σε ασθενείς δίχως συνεργασία (πχ δυσφαγικούς ασθενείς με βαριά απραξία που δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν ασκησιολόγιο). Οι αλλαγές στη γεύση του βλωμού είναι ένας άλλος παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία της κατάποσης. Παρέχοντας έναν πιο γευστικό βλωμό, ιδιαίτερα ξινό, μπορεί να βελτιώσουμε την επίγνωση του ασθενή για το βλωμό (κύριο έλλειμμα σε ασθενείς με στοματική απραξία), το χρόνο στοματικής έναρξης και το χρόνο της φαρυγγικής καθυστέρησης (Logemann et. al., 1995). Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί φροντίδα καθώς η εισρόφηση όξινου βλωμού, μπορεί να προκαλέσει περισσότερη πνευμονική αντίδραση.
- Θερμική διέγερση: Η θερμοκρασία του σώματος/ουδέτερη θερμότητα μειώνει τον τόνο στους σπαστικούς μυς. Η διέγερση με πάγο, εάν αυτή είναι μικρής διάρκειας αυξάνει την μυϊκή ικανότητα για σύσπαση και την αισθητικότητα, ενώ η μεγαλύτερης διάρκειας εφαρμογή πάγου μειώνει τον τόνο. Σε ασθενείς με καθυστερημένο/απών αντανεκλαστικό

της κατάποσης η θερμική διέγερση στους υποδοχείς των πρόσθιων υπερώιων τόξων χρησιμοποιείται για την έκλυση και βελτίωση του (Kaatzke-McDonald et. al., 1996). Ο θεραπευτής διεγείρει τους υποδοχείς των πρόσθιων υπερώιων τόξων 3-5 φορές με ένα μεταλλικό αντικείμενο που έχει πρώτα βυθιστεί σε παγωμένο νερό (πχ κουτάλι, οδοντιατρικός καθρέφτης, κ.ά.) ή με ράβδους πάγου και μετά ζητά από τον ασθενή να καταπιεί το σάλιο του. Σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο η διέγερση με πάγο προκαλεί μείωση του “φαρυγγικού χρόνου καθυστέρησης (Rosenbeck et. al., 1991). Αυτός ο ερεθισμός, απαιτεί μια υποτυπώδη συνεργασία του ασθενή καθώς πρέπει να διατηρεί ανοιχτή την στοματική κοιλότητα ανοιχτή κατά την διάρκεια της διέγερσης. Η αύξηση της δράσης του θερμικού ερεθίσματος μπορεί να επιτευχθεί με χορήγηση γευστικών υλικών (πχ χυμό λεμόνι) υπό την μορφή παγοστυλέων.

- Μη ειδική θερμική διέγερση εντός της στοματικής κοιλότητας: Η διέγερση με πάγο εντός της κοιλότητας (γλείψιμο πάγου), χρησιμοποιείται σε ασθενείς με υπερδραστήριο αντανακλαστικό εξ' εμέσεως (gag reflex). Επίσης, το γλείψιμο πάγου για μικρό χρονικό διάστημα πριν το φαγητό βελτιώνει την αισθητικότητα του βλεννογόνου και αυξάνει τον μυϊκό τόνο.
- Ηλεκτρική διέγερση: Η ηλεκτρική διέγερση βοηθά στην προσπάθεια βελτίωσης της έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης (Park et. al., 1997) αλλά και γενικότερα για τη θεραπεία των διαταραχών κατάποσης και είναι μη επεμβατική . Μπορεί να εφαρμοστεί στην περιοχή του τραχήλου, ως μέθοδο διέγερσης της λαρυγγικής ανύψωσης τοποθετώντας ηλεκτρόδια ενδομυϊκά, ή στην επιδερμίδα (επιδερμική διέγερση) ως μέθοδο ενεργοποίησης των αισθητηριακών ινών της επιδερμίδας και των μυών που βρίσκονται ακριβώς κάτω από αυτήν (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Αυτή η διαδικασία είναι γνωστή ως Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση (Transcranial Electrical Stimulation) (TES).

Τέλος, υπάρχουν ακόμα κάποια νευροφυσιολογικά θεραπευτικά πλάνα, τα οποία αξίζει να αναφερθούν σε αυτό το κεφάλαιο, καθώς βοηθούν στην αποκατάσταση της δυσφαγίας, όχι μόνο σε περιπτώσεις ασθενών δίχως συνεργασία (πχ: λόγω ελλειμμάτων αντίληψης, λόγω έντονης διεγερτικότητας/επιθετικότητας, κ.ά) αλλά ακόμη και σε περιπτώσεις που ο ασθενείς δεν έχει τις αισθήσεις του. Ένα από αυτά τα θεραπευτικά πλάνα είναι εκείνο που περιλαμβάνει τη Στοματοπροσωπική θεραπεία κατά Coombes (Coombes 1996). Αυτή η μέθοδος βασίζεται στη νευρολογική θεραπεία του Bobath και σκοπεύει κυρίως στην ρύθμιση του τόνου της στοματοπροσωπικής οδού. Κατά την θεραπεία, η οποία πρέπει να αρχίζει όσο τον δυνατόν νωρίτερα, ο θεραπευτής εκτελεί μεταξύ άλλων και διεγέρσεις στην περιοχή του στόματος και του προσώπου. Διαχωρίζονται 4 περιοχές: η λήψη τροφής, η υγιεινή του στόματος, η μη προφορική

επικοινωνία και η ομιλία (Nusser-Muller-Busch, 1998). Ιδιαίτερα δίνεται προσοχή στην προστοματική φάση με πιθανή επιρροή στον συντονισμό της αναπνοής και της κατάποσης, καθώς και στην ετοιμότητα για κατάποση.

Μια δεύτερη θεραπεία είναι η Στοματική ρυθμιστική θεραπεία κατά Castillo Morales (Castillo Morales, 1991). Ο Castillo Morales εξέλιξε, μαζί με την στοματοπροσωπική ρυθμιστική θεραπεία και την νευροκινητική εξελικτική θεραπεία, σχέδια θεραπείας, τα οποία μπορούν να εφαρμοσθούν σε νεογέννητα και μικρά παιδιά, αλλά και σε ενήλικες με αισθητικοκινητικές διαταραχές στην στοματοπροσωπική περιοχή. Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόζεται έλξη, πίεση και δόνηση. Αυτές οι τεχνικές διέγερσης δρουν ρυθμιστικά στον τόνο και την αισθητικότητα και δρομολογούν φυσιολογικά κινητικά πρότυπα. Με αυτό το θεραπευτικό πλάνο δεν διευκολύνονται μεμονωμένες κινήσεις, αλλά συνολικά κινητικά πρότυπα, όπως π.χ. “η ρόφηση” και “η κατάποση”.

3.4. Αντισταθμιστικές τεχνικές αποκατάστασης διαταραχών κατάποσης ανά τύπο Απραξίας (Λειτουργική θεραπεία)

Η λειτουργική θεραπεία της κατάποσης έχει ως στόχο την βελτίωση, την αντιστάθμιση διαταραγμένων λειτουργιών, καθώς και την προσαρμογή του ασθενούς με δυσφαγία στο περιβάλλον του, έτσι ώστε να μπορεί να σιτίζεται επαρκώς και με ασφάλεια σε αυτό (Bigenzahn, W. & Denk, D. M, 2007). Ως αντισταθμιστική τεχνική ορίζεται οποιαδήποτε συμπεριφορά ή κίνηση η οποία χρησιμοποιείται για να αντικαταστήσει μια κίνηση η οποία δεν είναι εφικτό να εκτελεστεί φυσιολογικά από τον ασθενή. Οι αντισταθμιστικές τεχνικές στοχεύουν να επιδράσουν άμεσα στην ασφάλεια και στην επάρκεια της σίτισης, είτε εν απουσία τεχνικών αποκατάστασης είτε σε συνδυασμό με αυτές, καθώς και όταν το άτομο δεν αναμένεται να ανταπεξέλθει ή να επωφεληθεί από τος τεχνικές αποκατάστασης (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Ελέγχουν τη ροή της τροφής και μειώνουν ή εξαλείφουν τα συμπτώματα, δίχως να τροποποιούν την φυσιολογία της κατάποσης του ασθενή. Ο κλινικός καλείται να προβλέψει και να λάβει αποφάσεις με βάση των αποτελεσμάτων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων, το ιστορικό και την κλινική του εκτίμηση. Δεν πρόκειται για εύκολες αποφάσεις, καθώς η επάρκεια και η ασφάλεια είναι δύσκολο να αξιολογηθούν άμεσα. Μπορεί να περάσουν μέρες ή και εβδομάδες για να εμφανιστούν συμπτώματα υποσιτισμού, αφυδάτωσης ή κάποιας αναπνευστικής πάθησης που σχετίζεται με την εισρόφηση φαγητού ή υγρών.

Οι αντισταθμιστικές τεχνικές όμως, έχουν πολλά πλεονεκτήματα καθώς είναι χρήσιμες για

ποικίλες ηλικιακές ομάδες και γνωστικά επίπεδα, απαιτούν περιορισμένη μυϊκή προσπάθεια από τον ασθενή και πραγματοποιούνται υπό τον έλεγχο του θεραπευτή ή του κύριου φροντιστή του ασθενή. Αυτά τα πλεονεκτήματα, κάνουν τις αντισταθμιστικές τεχνικές να φαντάζουν στα μάτια του κλινικού ως η εύκολη αλλά και ασφαλής για τον ασθενή λύση, με αποτέλεσμα να δίνεται προτίμηση σε αυτές έναντι των τεχνικών αποκατάστασης ή των συνδυασμό των δύο (κανόνας που επιφέρει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα). Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις στοματικής απραξίας όπου παρατηρείται απραξία στην εκούσια κατάποση, ενώ η αυτόματη λειτουργία της είναι φυσιολογική ή απραξίας κατά την κατάποση όπου παρουσιάζεται αδυναμία οργάνωσης της χαρακτηριστικής κίνησης της γλώσσας κατά την κατάποση, ο ασθενής έχει μικρή πιθανότητα να κατανοήσει και να ολοκληρώσει το θεραπευτικό πλάνο, συνεπώς οι τεχνικές αντιστάθμισης είναι μια καλή λύση μέχρι να αποκατασταθούν τα απρακτικά ελλείμματα.

Στην συνέχεια, θα παρατεθούν οι τρεις ευρείες κατηγορίες αντισταθμιστικών τεχνικών αποκατάστασης των διαταραχών κατάποσης, ενώ παράλληλα θα γίνει προσπάθεια πρότασης αντιστοίχισης τους ή μη στους τύπους απραξίας που μας απασχολούν, έχοντας πάντοτε υπόψιν, ότι η καλύτερη δοκιμασία για την αποτελεσματικότητα μιας μεθόδου αντιστάθμισης ή αποκατάστασης είναι η εξατομικευμένη αξιολόγηση της επίδρασης της σε κάθε ασθενή.

◆ Αλλαγές θέσης κεφαλής/ τεχνικές στάσης σώματος

Στόχος είναι να βρεθεί η καλύτερη για τον ασθενή στάση κεφαλής και σώματος που να επιτρέπει πιο ασφαλή και αποτελεσματική δίοδο του βλωμού δια του στόματος και φάρυγγα στον οισοφάγο. Χρησιμοποιούνται για να μειώσουν το ποσοστό εισρόφησης, να βελτιώσουν τους χρόνους μετάβασης (στοματικός και φαρυγγικός χρόνος) και να μειώσουν την ποσότητα υπολείμματος μετά την κατάποση (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Σε αυτές περιλαμβάνονται η α) κάμψη κεφαλής, β) η έκταση κεφαλής, γ) η στροφή κεφαλής και δ) το γέρισμο κεφαλής ή κάποιος συνδυασμός των παραπάνω.

α) Η κάμψη κεφαλής είναι μια τεχνική η οποία χρησιμοποιείται σε ασθενείς που εισροφούν λόγω καθυστερημένης πυροδότησης της φαρυγγικής κατάποσης ή μειωμένης σύγκλισης αεραγωγού και σε ασθενείς με μειωμένη οπίσθια κίνηση της βάσης της γλώσσας κατά την κατάποση. Ο ασθενής χαμηλώνει το κεφάλι ακουμπώντας ή πλησιάζοντας με το πηγούνι το στήθος και έτσι φέρνει την βάση της γλώσσας και την επιγλωττίδα σε πιο πρόσθια θέση, σε κοντινότερη δηλαδή επαφή με το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα. Με αυτόν τον τρόπο, διευρύνεται το γλωσσοεπιγλωτιδικό βοθρίο (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013) και μειώνεται το μήκος και το πλάτος του φάρυγγα, γεγονός που κάνει την είσοδο του αεραγωγού στενότερη συντελώντας στην καλύτερη προστασία του λάρυγγα (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Επίσης, η κάμψη κεφαλής μπορεί να ενισχύσει τη σύσπαση των μυών άνωθεν του υοειδούς οστού

και να αυξήσει την λαρυγγική σύγκλειση. Σε περιπτώσεις περιορισμένης αντίληψης του ασθενή και αδυναμίας εκτέλεσης της εντολής (σε περιπτώσεις πχ απραξίας), η τεχνική μπορεί να εφαρμόζεται και παθητικά από το κλινικό ή τον φροντιστή του ασθενή. Ο ασθενής (ή ο κλινικός) πρέπει να επιτύχει το βέλτιστο εύρος κάμψης, να εφαρμόζει την τεχνική με το ίδιο εύρος κάμψης κάθε φορά και να εκτελεί να την τεχνική την κατάλληλη στιγμή πριν την κατάποση. Η τεχνική αυτή αποδείχθηκε αποτελεσματική σε ασθενείς με νευρολογικές και νευρομυϊκές νόσους (Logemann, Gensler, et, al., 2009), αλλά αντενδείκνυται σε ασθενείς που εισροφούν υλικό από τους απιοειδείς κόλπους πριν, κατά ή μετά την κατάποση ή σε ασθενείς που έχουν δυσκολία να διατηρήσουν τον βλωμό στη κοιλότητα χωρίς να διαφύγει από τα χείλη (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

β) Η έκταση κεφαλής βασίζεται στην βαρύτητα για να μετακινηθεί ο βλωμός εκτός της στοματικής κοιλότητας σε ασθενείς με παράλυση της γλώσσας ή με μερική ή ολική αφαίρεση της εξαιτίας στοματικού καρκίνου. Οι περιπτώσεις που χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική σε ασθενείς με απραξία είναι εξαιρετικά σπάνιες.

γ) Η στροφή κεφαλής είναι μια τεχνική η οποία χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μονόπλευρη παράλυση φωνητικών χορδών, μονόπλευρη εξασθένηση φαρυγγικού τοιχώματος, μονόπλευρη φαρυγγική πάρεση, μονόπλευρη δυσλειτουργία επιγλωττίδας και υπολείμματα στις απιοειδείς κοιλότητες (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Ο κλινικός ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει μια απλή οδηγία (η οποία ομοίως και με τις προηγούμενες μπορούν να εκτελεστούν και παθητικά σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να εκτελέσει εντολές πχ απραξία), να στρίψει το κεφάλι του προς τα δεξιά ή προς τα αριστερά ώστε να δεις τον δεξί ή αντίστοιχα τον αριστερό σου ώμο. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται το μέγεθος του υποφάρυγγα και κλείνει μερικώς η πλευρά του φάρυγγα που έχει υποστεί βλάβη, έτσι ώστε η τροφή να ρέει προς τα κάτω από την “καλύτερη” πλευρά, μειώνοντας τον κίνδυνο εισρόφησης υπολειμμάτων στον φάρυγγα, μετά την κατάποση. Η αποτελεσματικότητα της στροφής θα πρέπει να εκτιμάται και προς τις δύο πλευρές. Σε κάποιες περιπτώσεις ο συνδυασμός της στροφής κεφαλής με την κάμψη κεφαλής ενδέχεται να επιφέρει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

δ) Το γέρσιμο κεφαλής ή αλλιώς πλευρική κλίση κεφαλής είναι χρήσιμο σε ασθενείς με μονόπλευρη στοματική ή φαρυγγική αδυναμία. Ο ασθενής γέρνει την κεφαλή προς την ισχυρότερη πλευρά, έτσι ώστε η βαρύτητα να μεταφέρει τον βλωμό προς αυτή την κατεύθυνση (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006).

◆ Διαιτητικές αλλαγές/ τροποποιήσεις διατροφής

Εδώ περιλαμβάνονται αλλαγές στην προετοιμασία της τροφής και των υγρών και αφορούν την σύσταση/ πυκνότητα τροφής (κανονική, μηχανικά πολτοποιημένη, μαλακή, πολτοποιημένη και το ιξώδες των υγρών (πχ με την χρήση πηκτικής) (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Τα

χαρακτηριστικά του βλωμού σχετίζονται με διαφορές στη φυσιολογία της κατάποσης σε ασθενείς με νευρολογικές νόσους, όπως για παράδειγμα ασθενείς με εξασθενημένη αίσθηση στο στοματοφάρυγγα ή ασθενείς που δεν έχουν στοματικό έλεγχο λόγω της αδυναμίας της γλώσσας και των χειλέων, κ.ά. (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Γι' αυτό το λόγο, οι τροποποιήσεις του διαιτολογίου μπορούν να καταστήσουν την κατάποση ασφαλέστερη και πιο αποτελεσματική (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, Learning, 2005). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Διεθνούς Διαιτολογίου Δυσφαγίας (ΔΔΔ) (National Dysphagia Diet – NDD), που διαμορφώθηκαν από την Ομάδα Εργασίας Διεθνούς Διαιτολογίου Δυσφαγίας (National Dysphagia Diet Task Force – NDDTF) (2002), οι επιλογές για τις τυποποιημένες πυκνότητες/ συστάσεις τροφών είναι οι παρακάτω (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010):

1. DDD Επίπεδο 1: Δυσφαγία – πολτοποιημένη τροφή, απαιτείται ελάχιστη μασητική επεξεργασία.
2. DDD Επίπεδο 2: Δυσφαγία – μηχανικά τροποποιημένες, ημι-στέρεες τροφές που απαιτούν κάποια μασητική επεξεργασία.
3. DDD Επίπεδο 3: Δυσφαγία – μαλακές τροφές, απαιτείται μεγαλύτερου βαθμού μασητική επεξεργασία.
4. Τακτικό: Επιτρέπονται όλες οι τροφές.

Ομοίως, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του NDD (2002), οι επιλογές για το τυποποιημένο ιξώδες/πυκνότητα των υγρών είναι οι ακόλουθες:

1. Λεπτόρρευστα υγρά: ιξώδες από 1 έως 50 centiPoise (cP)
2. Υγρά σύστασης νέκταρ: ιξώδες από 51 έως 350 cP
3. Υγρά σύστασης μέλι: ιξώδες από 351 έως 1750 cP
4. Παχύρρευστα υγρά (απαιτούν κουτάλι): ιξώδες μεγαλύτερο από 1750 cP

Οι διαιτητικές αλλαγές συνήθων γίνονται με κύριο γνώμονα την ασφαλή και επαρκή σίτιση και ενυδάτωση του ασθενή. Στόχος τους, επίσης είναι η κατά το δυνατό πιο φυσιολογική και αρεστή στον ασθενή διαίτα. Η ασφάλεια οποιασδήποτε διαιτητικής αλλαγής θα πρέπει πάντοτε, ιδιαιτέρως σε ασθενείς με απρακτικά στοιχεία ή άλλα στοιχεία που επηρεάζουν την αντιληπτική ικανότητα του ασθενή, να εκτιμάται σε συνάρτηση με τις πιθανότητες συμμόρφωσης του ασθενή σε αυτή. Σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να δεχτούν για παράδειγμα την αλεσμένη τροφή ή τη ενυδάτωση με παχύρρευστα υγρά, ο ενδεχόμενος υποσιτισμός και η αφυδάτωση υπονομεύουν την υγεία όσο και η πνευμονία από εισρόφηση. Στην καλύτερη περίπτωση, οι τροποποιημένες δίαιτες μειώνουν την πιθανότητα εισρόφησης ενώ παράλληλα διατηρούν την ικανότητα του ασθενή για στοματική σίτιση και ενυδάτωση. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε εφικτά.

Τέλος, υπάρχει ένα σύστημα βαθμολόγησης εφτά επιπέδων, που προσδιορίζει το επίπεδο της κατάποσης του κάθε ασθενή, όπως προκύπτει από την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κατάποσης του ασθενή (ιστορικό, παρά την κλίνη εκτίμηση, εργαστηριακή εξέταση κατάποσης). Αυτό το σύστημα ονομάζεται Κλίμακα Λειτουργικότητας Στοματικής Πρόσληψης (Functional Oral Intake Scale – FOIS) και πλέον χρησιμοποιείται από πολλά ιδρύματα, κέντρα αποκατάστασης και νοσοκομεία, με την κοινή συνεργασία διατροφολόγων και λογοθεραπευτών. Ακολουθούν τα εφτά επίπεδα του FOIS (Crary, et.al., 2005):

ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ (επίπεδα 1-3)

1. Nothing by mouth (NPO): μη στοματική σίτιση/ενυδάτωση
2. Tube dependent with minimal attempts of food or liquid: μη στοματική σίτιση/ενυδάτωση, αλλά με ελάχιστη χορήγηση φαγητού ή λεπτόρρευστου υγρού
3. Tube dependent with consistent intake of liquid or food: μη στοματική σίτιση/ενυδάτωση, αλλά με συνεχή χορήγηση φαγητού ή λεπτόρρευστου υγρού

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ (επίπεδα 4-7)

4. Total oral diet of a single consistency: πλήρης στοματική σίτιση σε μια μόνο σύσταση
5. Total oral diet with multiple consistencies but requiring special preparation or compensations: πλήρης στοματική σίτιση με πολλαπλές συστάσεις, αλλά ειδική προετοιμασία ή αντιστάθμιση
6. Total oral diet with multiple consistencies without special preparation, but with specific food limitations: πλήρης στοματική σίτιση με πολλαπλές συστάσεις, χωρίς ειδική προετοιμασία, αλλά με συγκεκριμένους διατροφικούς περιορισμούς
7. Total oral diet with no restriction: πλήρης στοματική σίτιση/ενυδάτωση χωρίς περιορισμούς

◆ Αλλαγές τρόπου σίτισης και ενυδάτωσης

Αυτές οι αλλαγές ενδείκνυνται στην περίπτωση που έχουν θετική επίδραση στην κατάποση (πχ μείωση των επεισοδίων εισχώρησης ή εισρόφησης) ή διευκολύνουν τη διαδικασία του γεύματος), και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι σε θέση να τις δεχτεί. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται ένας μεγάλος αριθμός χειρισμών, που έχουν ως στόχο την πιο ασφαλή, επαρκή αλλά και ικανοποιητική σίτιση - ενυδάτωση. Οι πιο συχνές αφορούν τα παρακάτω (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010):

1. Το μέγεθος του βλωμού ή της γουλιάς αντίστοιχα
2. Το ρυθμό σίτισης ή ενυδάτωσης (πχ σίτιση με πολλαπλές, διαδοχικές καταπόσεις – επανακαταπόσεις εκούσιες ή ακούσιες - αντί μεμονωμένων καταπόσεων)
3. Απομύζηση υγρών με καλαμάκι με στόχο την πιο ελεγχόμενη χορήγηση και σωστότερη στάση κεφαλής σε σχέση με την πόση με ποτήρι

4. Τη σειρά των βλωμών (πχ την εναλλαγή λεπτόρρευστων και στέρεων βλωμών)
5. Αλλαγή της θερμοκρασίας της τροφής ή των υγρών
6. Αποφυγή τροφών ή υγρών που δυσχεραίνουν την κατάποση (πχ ρύζι, κριθαράκι, πλιγούρι, ανάμεικτες συστάσεις όπως σούπες, κ.ά.)
7. Την χρήση ειδικών βοηθημάτων σίτιση και ενυδάτωσης, όπως κουτάλια με επιπρόσθετο βάρος που βοηθούν τον έλεγχο του τρόμου (πχ σε ασθενείς με Parkinson), μικρά κουτάλια με στόχο την σίτιση με μικρότερους βλωμούς και αντίστοιχα ειδικά ποτήρια που ελέγχουν την ροή με στόχο την ελεγχόμενη πόση (πχ σε ασθενείς με απραξία που αντιμετωπίζουν γνωστικά ελλείμματα)
8. Πολλά μικρά γεύματα ημερησίως αντί των παραδοσιακών τριών γευμάτων
9. Καθαρισμός λαιμού μετά από την κατάποση κάθε βλωμού ή μετά από συγκεκριμένο αριθμό βλωμών, ανάλογα με το πότε υπάρχει αίσθημα κόμβου στο λαιμό ή εισχώρησης στον αεραγωγό
10. Σίτιση σε καθορισμένες ώρες (πχ όταν η φαρμακευτική αγωγή έχει τα μέγιστα αποτελέσματα ή όταν η κόπωση είναι λιγότερη)
11. Αύξηση ή μείωση των καρυκευμάτων, ανάλογα με την επίδραση τους στην κατάποση
12. Τοποθέτηση των βλωμών στο “καλύτερο” μέρος του στόματος, είτε πρόκειται για το οπίσθιο ή το πρόσθιο μέρος της κοιλότητας, είτε για την αριστερή ή δεξιά πλευρά της. Σε περιπτώσεις απρακτικών ασθενών, όπου κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται και δεξιά ημιπληγία, είναι προτιμότερο να τοποθετείται ο βλωμός στην υγιή πλευρά, δηλαδή στην αριστερή, καθώς ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίζει ελλείμματα αισθητικότητας στην δεξιά γλωσσοπαρειακή αύλακα και να μην είναι σε θέση να εστιάσει στα υπολείμματα τροφής που συσσωρεύονται εκεί.

Ολοκληρώνοντας αυτή την υπό-ενότητα, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί και μια “συμβουλή”, η οποία είναι η καθημερινή “ρουτίνα” των κλινικών λογοθεραπευτών που ασχολούνται με νευρολογικούς ασθενείς, καθώς βοηθά σε εξαιρετικά σημαντικό βαθμό την πορεία και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Ένας κλινικός, πριν εφαρμόσει τις διάφορες τεχνικές αποκατάστασης ή ακόμα και πριν κάνει κλινική εκτίμηση του ασθενή, οφείλει να κάνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Η στοματική φροντίδα και υγιεινή πριν από τα γεύματα με εσωτερικό, στοματικό βούρτσισμα συντελεί στην αύξηση του σιέλου, συνεπώς στην καλύτερη ανταπόκριση του ασθενή κατά την σίτιση και ενυδάτωση (Domer, 2005). Παρεμποδίζει τη συσσώρευση των ξηρών εκκρίσεων καθώς επίσης και των μολύνσεων και τη μειωμένη αισθητικότητα (Wieseke et. al, 2008).

3.5. Θεραπευτική αποκατάσταση διαταραχών κατάποσης ανά τύπο Απραξίας

Οι τεχνικές αποκατάστασης έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται για να βελτιώσουν τη λειτουργία της κατάποσης, είτε βελτιώνοντας τις επιδέξιες κινήσεις που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική, ασφαλή και ικανοποιητική κατάποση, είτε μεταβάλλοντας την παθοφυσιολογία που ενδέχεται να προκαλεί τη διαταραχή της κατάποσης. (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Με άλλα λόγια, οι τεχνικές αποκατάστασης στοχεύουν μέσα από στοματοκινητικές ή νευροκινητικές ασκήσεις στην βελτίωση της δύναμης, της κινητικότητας, του εύρους, του τόνου, του συγχρονισμού, του συντονισμού ή και της αισθητηριακής οδού των δομών της κατάποσης. Επιπλέον περιλαμβάνουν μεθόδους διέγερσης της φαρυγγικής κατάποσης και αύξησης της προστατευτικής βαλβίδας στο επίπεδο των φωνητικών χορδών, προκειμένου να προληφθεί η εισρόφηση (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Σε αντίθεση με τις αντισταθμιστικές τεχνικές, οι τεχνικές αποκατάστασης συχνά απαιτούν περισσότερο χρόνο από τον κλινικό και τον ασθενή και τα αποτελέσματά τους συνήθως καθυστερούν βδομάδες αν όχι και περισσότερο.

Ένας κλινικός, πριν αποφασίσει να “χτίσει” το θεραπευτικό του πλάνο με την βοήθεια των τεχνικών αποκατάστασης, είναι απαραίτητο να γνωρίζει και τους παράγοντες που μπορούν να λειτουργήσουν αρνητικά στην πορεία της αποκατάστασης της κατάποσης, ειδικότερα σε ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις. Η κύρια δυσκολία που μπορεί να εμφανιστεί, και θα μας απασχολήσει και στην συνέχεια της παρούσας πτυχιακής, είναι η αδυναμία των ασθενών να εκτελέσουν εντολές και να ακολουθήσουν οδηγίες λόγω μη επαρκών αντιληπτικών δεξιοτήτων (πχ σε ασθενείς με απραξία η συμμετοχή και η συνεργασία κατά την εκτέλεση του απαιτούμενου ασκησιολογίου για την αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης – κατάποσης, δεν είναι η επιθυμητή καθώς κατά κύριο λόγο δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν εντολές μετά από παράγγελμα). Μια ακόμα δυσκολία εντοπίζεται σε ασθενείς με έλλειψη κινήτρου, κατάθλιψη ή άρνηση, επίσης συχνά χαρακτηριστικά ασθενών με απραξία (βλ. κεφ 3.2). Τέλος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αποκατάσταση μέσω τεχνικών αποκατάστασης είναι αρκετά χρονοβόρα και απαιτεί υπομονή και συνεργασία από τον ασθενή, τόσο εντός θεραπείας όσο και εξωθεραπευτικά (συμπληρωματικά εκτός θεραπευτικού πλαισίου). Πολλές θα είναι, συνεπώς, οι φορές που ο θεραπευτής θα προτείνει και εξωθεραπευτική, ανεξάρτητη εξάσκηση από τον ασθενή, αλλά θα έρθει αντιμέτωπος είτε με την απροθυμία του, είτε με την παρουσία γνωστικών ελλειμμάτων όπως δυσκολίες στη σκέψη, στην οργάνωση αλλά και τη μνήμη, σύνηθες χαρακτηριστικό σε ασθενείς με απρακτικές δυσκολίες.

Έχοντας τα παραπάνω υπόψιν, ακολουθούν οι τεχνικές αποκατάστασης των διαταραχών κατάποσης και η προσπάθεια πρότασης αντιστοίχισης τους ή μη στους τύπους απραξίας που μας απασχολούν στην παρούσα πτυχιακή.

◆ Στοματοκινητικές Ασκήσεις (OME)

Οι στοματοκινητικές ασκήσεις (Oral Motor Exercises) προτείνονται ως ένας τρόπος αύξησης του ελέγχου της πράξης της κατάποσης μέσω της αύξησης της ισχύος και του εκούσιου ελέγχου στις κινήσεις των χειλέων, της κάτω γνάθου, της γλώσσας και των φωνητικών πτυχών. Κατά κύριο λόγο, αυτές οι ασκήσεις χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της δυσαρθρίας έχοντας ως στόχο την βελτίωση του ελέγχου των αρθρωτών κατά την ομιλία. Το σκεπτικό πίσω από την χρήση των στοματοκινητικών ασκήσεων για τη θεραπεία των διαταραχών κατάποσης είναι η επίτευξη ελέγχου κατά τη διέλευση του βλωμού, η αύξηση της επίγνωσης του βλωμού και η μεγιστοποίηση της κινητήριας δύναμης του κατά τη μετάβαση στον στοματοφάρυγγα (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Πάντοτε, βέβαια θα πρέπει να προσαρμόζουμε τις ασκήσεις αλλά και τον τρόπο χορήγησης και εκμάθησης τους από τους ασθενείς με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, έτσι ώστε να είναι εφικτή η εκτέλεση τους από ασθενείς με απραξία.

Ο κλινικός αρκεί να θυμάται ότι η στοματοπροσωπική απραξία, ο κύριος “αντίπαλος” του κατά την χορήγηση/εκτέλεση ασκησιολογίου, είναι η διαταραχή των βουλητικών μετακινήσεων της γλώσσας, της κάτω γνάθου και των χειλιών κατά τη διάρκεια των άφωνων στόχων. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η στοματοπροσωπική απραξία αφορά στην μειωμένη ικανότητα του ασθενή να εκτελέσει εκούσιες στοματικές, με χαρακτηριστική τη δυσκολία του ασθενή να πραγματοποιήσει κινήσεις μετά από εντολή π.χ. «βγάλε τη γλώσσα», γεγονός απαραίτητο για τις στοματοκινητικές ασκήσεις. Επίσης, αξίζει να ξανασημειωθεί, ότι η στοματική απραξία επηρεάζει το πρώτο στάδιο της κατάποσης, τη μάζηση. Ένας ακόμα επιβαρυντικός παράγοντας κατά την χορήγηση των στοματοκινητικών ασκήσεων, με στόχο την βελτίωση του καταποτικού μηχανισμού, είναι η συνοδή παρουσία στοιχείων απραξίας κατά την κατάποση. Σε αυτό τον υποτύπο, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να οργανώσουν την κίνηση της γλώσσας με σκοπό να προωθήσει τον βλωμό από το πρόσθιο προς το οπίσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας (disorganized anterior-posterior tongue movement), με συνέπεια την καθυστερημένη προώθηση. Πολλοί είναι και οι ασθενείς που απλά συκρατούν τον βλωμό στην κοιλότητα χωρίς να είναι σε θέση να εκτελέσουν καμία στοματική δραστηριότητα και να προβούν σε κατάποση (Logemann, 1998).

Θα ακολουθήσουν οι βασικότερες στοματοκινητικές ασκήσεις, ταξινομημένες ανάλογα με την εκάστοτε δομή που ενδυναμώνεται, καθώς και η προσπάθεια προσαρμογή τους για ασθενείς με απραξία, κυρίως με στοματοπροσωπική απραξία ή/και απραξία κατά την κατάποση.

A) Ασκήσεις βελτίωσης ισχύος, εύρους και κινητικότητας της γλώσσας

Ο έλεγχος της γλώσσας παρέχει μεταβίβαση του βλωμού στον υποφάρυγγα. Οι ασκήσεις γλωσσικής ενδυνάμωσης μπορεί να αποτελούν θεμελιώδη πτυχή της θεραπείας της κατάποσης εξαιτίας του πολύ σημαντικού ρόλου που παίζει η γλώσσα στις στοματικές και φαρυγγικές φάσεις

της κατάποσης. Πιο πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν ότι η γλώσσα μπορεί να παίζει ρόλο ακόμα και στη λαρυγγική φάση της κατάποσης (Martin – Harris B., Brodsky MB., et. al., 2007). Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης της γλώσσας στοχεύουν επίσης στη βελτίωση της ανύψωσης της γλώσσας και της πλαγίωσης της. Η Robbins και οι συνεργάτες της ανακάλυψαν πως οι γλωσσικές ασκήσεις βελτίωσαν την ισχύ της γλώσσας και είχαν θετική επίδραση στην κατάποση σε 6 ασθενείς έπειτα από Α.Ε.Ε. (Robbins J., Kays SE., et. al., 2007). Μπορεί να μην αντιδράσουν όλοι οι ασθενείς θετικά στις ασκήσεις ενδυνάμωσης της γλώσσας. Οι ασθενείς με σοβαρές γνωστικές διαταραχές (όπως ασθενείς με απρακτικά ελλείμματα) και αυτοί που είναι ευάλωτοι στην κόπωση (το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με ΑΕΕ, βλ. κεφ. 3.2.) μπορεί να επιδείξουν μικρή ή καθόλου βελτίωση ως προς την ενδυνάμωση της γλώσσας. Οι στοματοκινητικές ασκήσεις που ακολουθούν στοχεύουν στην ενδυνάμωση, πλαγίωση, εξώθηση και επαφή της γλώσσας με τις άλλες δομές και είναι χρήσιμες για την βελτίωση των λειτουργιών της στοματικής φάσης της κατάποσης, όπως είναι ο χειρισμός του βλωμού, η μύσηση, και η πλήρης εξάλειψη τυχόν υπολειμμάτων από τη στοματική κοιλότητα (Clark HM., 2003):

- Ανύψωση της άκρης της γλώσσας, ώστε να ακουμπήσει τα φατνία και συγκράτηση αυτής για 2 δευτερόλεπτα. Σε ασθενείς με απραξία μπορούμε να τοποθετήσουμε με ένα γλωσσοπίεστρο λίγο μαρμελάδα στα φατνία, έτσι ώστε ο ασθενής να εκτελέσει αυτόματα την ανύψωση, σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να εκτελέσει εκούσια την εντολή. Αυτή η άσκηση θα βοηθήσει και στην πρόσθια και οπίσθια κίνηση του μπροστινού μέρους της γλώσσας καθώς ο ασθενής “γλείφει” την μαρμελάδα από τα φατνία.
- Χρήση φωνημάτων /t/ και /d/ για γρήγορη επαφή και απελευθέρωση της γλώσσας από τα φατνία. Η άσκηση αυτή μπορεί να γίνει με χρήση καθρέφτη και παράλληλη παραγωγή από τον θεραπευτή με στόχο την οπτικοακουστική ανατροφοδότηση του ασθενή μέσω της μίμησης. Θα χρειαστούν πολλές επαναλήψεις με στόχο να εξοικειωθεί ο ασθενής με την άσκηση.
- Χρήση φωνημάτων /k/, /g/, /ch/ ώστε να αυξηθεί η επαφή του οπίσθιου μέρους της γλώσσας με τη μαλθακή υπερώα. Επίσης βοηθά ο συνδυασμός συλλαβών σε γρήγορες κινήσεις όπως /tsa-ka/, /ta-ka/. Το /ch/ βοηθάει και στην βελτίωση της επαφής στο μέσο της μαλθακής υπερώας. Η εκτέλεση γίνεται όπως και στην παραπάνω άσκηση.
- Το /s/ βοηθά στην πλευρική επαφή της γλώσσας με την υπερώα, καθώς και στο αυλάκωμα της. Ομοίως η εκτέλεση γίνεται όπως και στις παραπάνω ασκήσεις σε ασθενείς με απραξία.
- Ασκήσεις εύρους κίνησης της γλώσσας και επίγνωσης του βλωμού στην κοιλότητα μασώντας αρχικά μια γάζα και μετά προσθέτοντας μικρές ποσότητες τροφής μέσα σε αυτή

ή και δίχως αυτή, όταν αυτό είναι ασφαλές.

- Χρήση διέγερσης με πίεση και θερμοκρασία με στόχο την αισθητηριακή επίγνωση στην γλώσσα και κατ' επέκταση στην στοματική κοιλότητα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την τοποθέτηση κρύου κουταλιού στο πρόσθιο ή στο οπίσθιο μέρος της γλώσσας. Εφαρμόζεται ελαφριά πίεση και ζητάμε από τον ασθενή να σηκώσει το κουτάλι. Πολλές είναι οι φορές όπου ο ασθενής με απραξία δεν είναι σε θέση να εκτελέσει την εντολή αλλά αντιδράει αυθόρμητα με ήπια ανύψωση της γλώσσας ενάντια στο κουτάλι με στόχο να το γλείψει, γεγονός που βοηθά στην επίτευξη της άσκησης. Μπορεί, επίσης να γίνει διέγερση της υπερώας με γλωσσοπίεστρο ή βαμβάκι, γεγονός που ωθεί τον ασθενή να αγγίξει την περιοχή με την γλώσσα, καθώς δημιουργεί αίσθημα φαγούρας. Τέλος, μπορούν να χορηγηθούν κρύα ή ξινά υλικά στον ασθενή (σε περιπτώσεις μη στοματικής σίτισης-ενυδάτωσης δίνεται απλά παγωμένο κουτάλι ή γλωσσοπίεστρο, ποτισμένο σε λεμόνι ή κάποια άλλη γεύση), και διάφορα μεγέθη βλωμού και υφών (ομοίως όταν το επιτρέπει η ασφάλεια του ασθενή) με στόχο την εξάσκηση μεταφοράς του βλωμού ευκολότερα από τη γλώσσα.
- Ασκήσεις ρόφησης με στόχο την επαφή της υπερώας με τη γλώσσα και την σωστή διαχείριση του σιέλου από τον ασθενή. Η ρόφηση μπορεί να γίνει με την άκρη της γλώσσας ενάντια στα φαντρία χρησιμοποιώντας μια πίεση “ρουφήγματος” ή “αναρρόφησης” της γλώσσας προς τα πίσω, προς την περιοχή του μέσου της υπερώας. Αυτή η άσκηση μπορεί να δυσκολέψει σε σημαντικό βαθμό ασθενείς με απραξία, όπου θα χρειαστεί προσαρμογή της. Τοποθετούμε την μία άκρη από ένα καλαμάκι στο στόμα του ασθενή, του οποίου την άλλη άκρη έχουμε σφραγίσει με στόχο την δημιουργία πίεσης όταν ο ασθενής προσπαθεί να ρουφήξει τον αέρα προς τα μέσα. Με αυτό τον τρόπο η γλώσσα έρχεται σε έντονη επαφή με την υπερώα ως αυθόρμητη αντίδραση και ο ασθενής αντανακλαστικά, αφού ρουφήσει, διαχειρίζεται τον σίελο του και καταπίνει.

Αφού ολοκληρώθηκε η ανασκόπηση των βασικών και “κλασσικών” ασκήσεων ενδυνάμωσης της γλώσσας, θα αναφερθούμε και σε μια άλλη θεραπευτική μέθοδο που απαιτεί ειδικό εξοπλισμό όπως το Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) (Robin D. A., Somodi L. B. & Luschei E. S., 1991) η το Madison Oral Strengthening Therapeutic (MOST) (Hewitt A., et. al., 2008). Στη συνέχεια περιγράφεται η μέθοδος ενδυνάμωσης με τη χρήση του IOPI. Στα κύρια μέρη της συσκευής αυτής περιλαμβάνονται ένας αισθητήρας πίεσης (μπαλονάκι) γεμάτος με αέρα οποίος συνδέεται με έναν ενισχυτή, ένα μετατροπέα σήματος, και ένα ψηφιακό βολτόμετρο. Για να υπολογιστεί η δύναμη της γλώσσας, τοποθετείται το μπαλονάκι μέσα στο στόμα (είτε στο πρόσθιο είτε στο οπίσθιο τμήμα της), και στη συνέχεια η γλώσσα το πιέζει ενάντια στη σκληρή υπερώα. Το

μπαλονάκι μπορεί επίσης να προσαρμοστεί κατάλληλα ώστε να υπολογίζεται η πλευρική δύναμη της γλώσσας. Μετά από απαραίτητες ρυθμίσεις, είναι δυνατό να ενεργοποιείται, μέσω της πίεσης που ασκείται, μια φωτεινή ένδειξη, η οποία αλλάζει από κόκκινη σε πράσινη, ανάλογα με τον βαθμό πίεσης που χρειάζεται να ασκήσει ο ασθενής, παρέχοντας του και οπτική ανατροφοδότηση. Η χρήση της συσκευής ενδυνάμωσης της γλώσσας IOPI χρησιμοποιείται και ως διαγνωστική και ως θεραπευτική μέθοδος.

Κατάλληλοι υποψήφιοι για τη μέθοδο είναι οι ασθενείς στους οποίους η μειωμένη δύναμη ή αντοχή φαίνεται να αποτελούν την αιτία ενός ή και περισσότερων συμπτωμάτων δυσφαγίας. Το μειονέκτημα εδώ, συνιστάται, στο ότι ο εντοπισμός αυτής της συσχέτισης εξαρτάται από την κλινική εμπειρία του κάθε κλινικού, και από το ποσοστό ικανότητας του κλινικού διαχείρισης των γνωστικών ελλειμμάτων των ασθενών με απραξία με σκοπό να “συμμορφωθούν” με τη χρήση του IOPI.

Τέλος, η βιβλιογραφία αναφέρει μία μεγάλη ποικιλία ασκήσεων που επιχειρούν να βελτιώσουν τη μετακίνηση της βάσης γλώσσας προς το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα. Θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιες από αυτές. Ο στόχος αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της οπίσθιας κίνησης της γλώσσας και ενδείκνυνται σε περιπτώσεις μειωμένης επαφής της γλώσσας με το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα.

- Χειρισμός Hawk: Ο στόχος αυτού του χειρισμού είναι η ενίσχυση της οπίσθιας κίνησης της γλώσσας και της επαφή της με το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα, μέσω της ισχυρής και εκρηκτικής εκφοράς της λέξης hawk ή οποιαδήποτε άλλης λέξης που τελειώνει σε /k/. Δίνεται στον ασθενή η οδηγία να πει την λέξη hawk με υπερβολική και δυναμική οπίσθια κίνηση της γλώσσας. Κατά την εκτέλεση της άσκησης ο κλινικός παρέχει την κατάλληλη ανατροφοδότηση (ηχητική/οπτική/απτική). Πολλές φορές χρησιμοποιούνται οι συλλαβές /ka/, /ga/, /ha/, οι οποίες ομοίως βοηθούν στην οπίσθια κίνηση της γλώσσας και στην ενδυνάμωση της βάσης της, με κύριο πλεονέκτημα την ευκολία που παρέχουν κατά τη μίμηση και την εκμάθηση τους ακόμα και σε ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα. Επίσης, λόγω του μειωμένου μήκους τους (μονοσύλλαβη λέξη), βοηθούν στην εκρηκτική παραγωγή.
- Γαργάρες: Με την άσκηση αυτή η έμφαση δίνεται στον έλεγχο του οπίσθιου τμήματος της γλώσσας. Ο ασθενής καλείται να βάλει στο στόμα του μία μικρή γουλιά λεπτόρρευστου υγρού της αρεσκείας του και να κάνει γαργάρες (gargling). Παρόλο που ο κλινικός μπορεί να κάνει επίδειξη της άσκησης, οι γαργάρες είναι αρκετά δύσκολο να διδαχτούν. Σε γενικές γραμμές, εάν κάποιος δεν μπορεί να τις πετύχει, καλό θα ήταν να διακόψει την άσκηση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με στοματοπροσωπική απραξία ή απραξία κατά την κατάποση, οι

οποίοι κατά κύριο λόγο αδυνατούν να τις εκτελέσουν και καταπίνουν τον βλωμό, γεγονός εξαιρετικά επικίνδυνο σε ασθενείς με μη στοματική ενυδάτωση ή/και σίτιση. Οι γαργάρες μπορούν να γίνουν και χωρίς τη χορήγηση βλωμού, γεγονός βέβαιο που καθιστά την άσκηση πιο δύσκολη και αυξάνει την πιθανότητα αποτυχημένων δοκιμών

- **Χασμουρητό:** Ο κλινικός θα πρέπει να επιδείξει ένα όσο το δυνατό πιο ρεαλιστικό χασμουρητό (yawn) προκειμένου να μιμηθεί ο ασθενής. Είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στην υπερβολική οπίσθια και ανοδική κίνηση της γλώσσας, καθώς το χασμουρητό ενδέχεται να μην είναι αποτελεσματικό εάν η γλώσσα απλώς κινείται προς τα πίσω. Αυτή η άσκηση είναι μια σχετικά ευχάριστη άσκηση και εύκολη στην μίμηση, καθώς πολύ συχνά μπορεί να εκτελεστεί και αυθόρμητα. Η χρήση του καθρέφτη μπορεί να βοηθήσει στην ορθή εκτέλεση του χασμουρητού και στην οπίσθια μετακίνηση της γλώσσας. Το πιο σημαντικό είναι να προσπαθήσει ο ασθενής να γενικεύσει αυτές τις κινήσεις στην κατάποση.
- **Ισχυρή οπίσθια μετακίνηση γλώσσας:** Αρχικά ο κλινικός επιδεικνύει την άσκηση και στη συνέχεια ο ασθενής προσπαθεί να μιμηθεί την υπερβολική, ισχυρή ανοδική και οπίσθια μετακίνηση της γλώσσας. Η άσκηση αυτή μπορεί να γίνει με χρήση καθρέφτη και παράλληλη εκτέλεση από τον θεραπευτή με στόχο την οπτική ανατροφοδότηση του ασθενή μέσω της μίμησης. Σε περιπτώσεις στοματοπροσωπικής απραξίας ή/ και απραξίας κατά την κατάποση, θα χρειαστούν πολλές επαναλήψεις με στόχο να εξοικειωθεί ο ασθενής με την άσκηση.

Ακόμα και λίγες συνεδρίες με τέτοιου είδους ασκήσεις μπορούν να επιφέρουν το φαινόμενο placebo και να ενισχύσουν την νευρωνική δραστηριότητα. Η βελτίωση της δεξιότητας αναμένεται μόνο στην περίπτωση που μεταφερθούν συστηματικά οι κινήσεις αυτές στον τρόπο που κινείται η γλώσσα κατά την κατάποση. Οι πολλαπλές επαναλήψεις μπορεί να βελτιώσουν την αντοχή, αλλά η αύξηση της δύναμης δεν φαίνεται εφικτή. Συμπεριφορικά, μπορεί να παρατηρηθεί βελτίωση στη μετακίνηση της γλώσσας προς το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα κατά την κατάποση (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

B) Ασκήσεις ενδυνάμωσης και κίνησης της κάτω γνάθου

Οι ασκήσεις αύξησης του ανοίγματος του στόματος μπορούν να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό στην σωστή τοποθέτηση της τροφής στην κοιλότητα και στην διαδικασία της μάσησης, συμβάλλοντας σημαντικά στην επιτυχή κατάποση. Μια άσκηση αύξησης του ανοίγματος της στοματικής κοιλότητας όπως η TheraBite επιτρέπουν στον κλινικό αλλά και στον ασθενή να θέτει στόχους και να παρακολουθεί την πρόοδο του, μια ισχυρή ανατροφοδότηση για τους ασθενείς (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006).

- Ασκήσεις εύρους κίνησης της κάτω γνάθου μασώντας αρχικά μια γάζα και μετά

προσθέτοντας μικρές ποσότητες τροφής μέσα σε αυτή ή και δίχως αυτή, όταν αυτό είναι ασφαλές.

- Ασκήσεις κίνησης της κάτω γνάθου. Η άσκηση αυτή μπορεί να γίνει με χρήση καθρέφτη και παράλληλη εκτέλεση από τον θεραπευτή με στόχο την οπτική ανατροφοδότηση του ασθενή μέσω της μίμησης. Σε αυτή την άσκηση, είναι πιθανό να βοηθήσει σε ασθενείς με απραξία και η απτική βοήθεια από το θεραπευτή, καθώς τοποθετεί τα χέρια του στην γνάθο του ασθενή και τον βοηθά, συνήθως στην αρχή παθητικά, να ανοίξει την γνάθο του. Θα χρειαστούν πολλές επαναλήψεις με στόχο να εξοικειωθεί ο ασθενής με την άσκηση. Σε ασθενείς με μειωμένη κίνηση της κάτω γνάθου ίσως χρειάζεται να χρησιμοποιήσουν μια συσκευή όπως η Therabite για να αυξήσουν το άνοιγμα του στόματος.
- Ασκήσεις αντίστασης της κάτω γνάθου, όπως χαμήλωμα ή κλείσιμο της κάτω γνάθου ενάντια σε πίεση που εφαρμόζει ο θεραπευτής στο πηγούνι. Ομοίως με την παραπάνω άσκηση η μίμηση και η βοήθεια από το θεραπευτή είναι απαραίτητες σε ασθενείς με απραξία.

Γ) Ασκήσεις βελτίωσης ισχύος, εύρους και κινητικότητας χειλέων

Οι ασθενείς με χειλικές δυσλειτουργίες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολία στην προετοιμασία του βλωμού προς μεταφορά, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει ολόκληρο το συντονισμό της κατάποσης, καθώς διαταράσσεται η επίγνωση του ελέγχου του μηχανισμού της κατάποσης. Ακολουθούν χειλικές ασκήσεις για την βελτίωση της ισχύος και της επίγνωσης του ελέγχου του μηχανισμού της κατάποσης:

- Χρήση φωνημάτων /p/ και /b/ με στόχο το γρήγορο χειλικό άνοιγμα και κλείσιμο. Η άσκηση αυτή μπορεί να γίνει με χρήση καθρέφτη και παράλληλη παραγωγή από τον θεραπευτή με στόχο την οπτικοακουστική ανατροφοδότηση του ασθενή μέσω της μίμησης. Θα χρειαστούν πολλές επαναλήψεις με στόχο να εξοικειωθεί ο ασθενής με την άσκηση.
- Εναλλαγή των φωνηέντων /i/ και /u/ με αυξημένη κίνηση χειλέων. Η φώνηση προσφέρει επιπρόσθετη διέγερση και συναίσθηση. Μια παραλλαγή αυτής της άσκησης είναι η εναλλαγή φιλιού – χαμόγελου. Ομοίως με την παραπάνω άσκηση η μίμηση και η βοήθεια από το θεραπευτή είναι απαραίτητες σε ασθενείς με απραξία.
- Θερμική διέγερση των χειλιών με πάγο. Η κίνηση του πάγου μπορεί να είναι μεσοπλευρική ή πιο εστιακή αν υπάρχει σιελόρροια στην μία πλευρά. Αυτή η άσκηση μπορεί να γίνει παθητικά, με ελάχιστη συμμετοχή του ασθενή, η οποία περιορίζεται στην συγκράτηση των χειλέων στη θέση που επιθυμεί ο κλινικός.
- Κράτημα διαφορετικών αντικειμένων μεταξύ των χειλιών όπως καλαμάκι, γλωσσοπίεστρο,

πλαστικό κουτάλι, κτλ. για τη βελτίωση της αισθητηριακής επίγνωσης. Τα αντικείμενα μπορεί να είναι διαφορετικού μεγέθους, σχήματος και βάρους.

- Απλώνουμε διάφορες τροφές στα χείλη, όπως γιαούρτι, μαρμελάδα, φυστικοβούτηρο, κ.ά. και ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρίψει τα χείλη μεταξύ τους. Ομοίως η χρήση καθρέφτη κρίνεται απαραίτητη σε ασθενής με απραξία.
- Χρησιμοποιούμε τον δείκτη για να εφαρμόσουμε ένα ξαφνικό ή γρήγορο τέντωμα στις άκρες του άνω και κάτω χείλους. Η άσκηση αυτή μπορεί να εκτελεστεί παθητικά.
- Βάζουμε τον ασθενή να κλείσει τα χείλη. Στη συνέχεια του ζητάμε να τα κρατήσει κλειστά ενώ προσπαθούμε μαλακά να του ανοίξουμε μαλακά το στόμα.
- Ζητάμε από τον ασθενή να προσπαθήσει να εισπνεύσει και να εκπνεύσει μέσω της μύτης και όχι μέσω του στόματος. Ο ασθενής με απραξία μπορεί να χρειαστεί να παρακολουθεί αυτή τη δραστηριότητα μέσω καθρέφτη. Συνεχής οπτική ανατροφοδότηση και πολλές επαναλήψεις.
- Πριν την κατάποση, ο ασθενής θα πρέπει να κρατήσει ένα ποτήρι ή ένα φλιτζάνι στα χείλη. Αυτή η άσκηση βοηθάει στον συγχρονισμό του ανοίγματος των χειλέων όταν το φλιτζάνι τοποθετηθεί στο κάτω χείλος από τον κλινικό.
- Ζητάμε από τον ασθενή να κρατήσει μικρά αντικείμενα όπως ένα κουμπί (συνδεδεμένο σε ένα κορδόνι ή μια κλωστή), το οποίο έχει τοποθετηθεί ανάμεσα στα χείλη και στα δόντια. Ο κλινικός τραβάει απαλά την κλωστή με στόχο την βελτίωση της ισχύος των χειλέων.
- Ενδοστοματική διέγερση των παρειών με μια βούρτσα, κρύο αντικείμενο ή με τα δάκτυλα.
- Ασκήσεις αντίστασης. Βάζουμε τον ασθενή να σπρώξει το άνω χείλος προς τα κάτω, ενώ κρατάμε αντίσταση στην κίνηση με ένα γλωσσοπίεστρο. Βάζουμε τον ασθενή να σπρώξει την γλώσσα προς το μάγουλο ενώ κρατάμε αντίσταση προς την εξωτερική πλευρά της παρειάς. Ομοίως χρήση καθρέφτη σε ασθενείς με απραξία.

Δ) Ασκήσεις προσαγωγής φωνητικών πτυχών και λαρυγγικής ανύψωσης

Η σύγκλιση των φωνητικών πτυχών είναι σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη της εισρόφησης. Όταν οι φωνητικές πτυχές αποτυγχάνουν να κλείσουν επαρκώς, αυξάνεται το κίνδυνος εισρόφησης.

- Ζητάμε από τον ασθενή να βήξει. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να βήξει κατ' εντολή, μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη η συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή της διεπιστημονικής ομάδας, οποίος θα μέσω της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας θα βοηθήσει τον ασθενή να βήξει αυθόρμητα.
- Ασκήσεις αύξησης της ηχηρότητας της φωνής. Μια σχετικά εύκολη άσκηση ακόμα και για

ασθενείς με απραξία, καθώς μπορεί να την εκτελέσει εύκολα μέσω της μίμησης μέσα από καθρέφτη.

- Παρατεταμένη φώνηση. Ο ασθενής πρέπει να αυξήσει τη διάρκεια, ενώ διατηρεί σταθερή την ποιότητα. Ομοίως βοηθάει η μίμηση και οι πολλές επαναλήψεις.
- Παράταση της φώνησης σε διάφορους τόνους, με στόχο την πρόσθια σύγκλειση των φωνητικών πτυχών και την λαρυγγική ανύψωση. Η εκτέλεση γίνεται ομοίως με τις προηγούμενες ασκήσεις, δίνοντας στον ασθενή οπτικοακουστικό ερέθισμα.
- Η Θεραπεία Φωνής Lee Silverman (LSVT) (βλ. παρακάτω).
- ◆ Θερμική/ Απτική Διέγερση

Η Θερμική Απτική Στοματική Διέγερση (TTOS - Thermal Tactile Oral Stimulation) ορίζεται ως το χτύπημα ή το τρίψιμο ενός ή περισσότερων οργάνων της κατάποσης με έναν κρύο λαρυγγικό καθρέφτη ή μεταλλικό στυλεό ή βαμβακοφόρο στυλεό . Η θεραπεία γενικά εστιάζει στις πρόσθιες παρίσθιμες καμάρες. Αποδεικτικά στοιχεία από βιντεοφλουοροσκοπικές μελέτες της στοματοφαρυγγικής κατάποσης καθώς και από αρχικές μελέτες της φαρυγγικής αισθητικότητας, επισημαίνουν ότι οι ασθενείς από ΑΕΕ έχουν κάποιου βαθμού αισθητική απώλεια στο φάρυγγα, συσσωρεύοντας υπολείμματα (Avin et. al., 1996), (Horner et. al., 1988). Η TTOS αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο για την θεραπεία ασθενών με νευρογενή βλάβη, πιο πρόσφατα όμως έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με δυσφαγία, ιδιαίτερα αν η δυσφαγία προκαλείται από αισθητηριακά ελλείμματα. Έχει διατυπωθεί από τους Rosenbek και άλλους η υπόθεση ότι το άγγιγμα και η κρύα διέγερση προσφέρουν αυξημένη στοματική επίγνωση και μία διέγερση εγρήγορσης στο στέλεχος του εγκεφάλου και τον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να ενεργοποιείται η φαρυγγική κατάποση γρηγορότερα απ' ότι θα ενεργοποιούνταν χωρίς τη διέγερση (Rosenbeck JC, Robbins J, Willford WO, et. al., 1998), (Sciortino K., Liss JM, Case JL, Gerritsen KG, Kats RC, 2003). Μία μελέτη απτικής διέγερσης (πχ πίεση ενός κουταλιού βουτηγμένο σε λεμόνι πάνω στη γλώσσα) με έναν ξινό βλωμό από την ομάδα της Logemann, αποκάλυψε ότι υπήρχε μία πρώιμη έναρξη της στοματικής δραστηριότητας για την προώθηση του βλωμού στον φάρυγγα, πυροδοτώντας την φαρυγγική κινητική αντίδραση πιο σύντομα σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό ή μικτή νευρολογική διαταραχή (Logemann JA, Pauloski BR, et. al., 1995), όπως ασθενείς με απραξία κατά την κατάποση. Η απτική- θερμική διέγερση βοηθά στην αύξηση της στοματικής επίγνωσης , η βελτίωση και διευκόλυνση της πυροδότησης της φαρυγγικής κατάποσης (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013).

Επιλέγεται ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή έχουν μειωμένη φαρυγγική αίσθηση, λόγω των αποτελεσμάτων που επιφέρει αλλά και λόγω της μη

απαιτούμενης ενεργητικής συμμετοχής του ασθενή. Ο ασθενής απλά πρέπει να είναι σε θέση να δεχτεί τα ερεθίσματα, δίχως να απαιτείται να εκτελέσει κάποιο ασκησιολόγιο (θετικός παράγοντας σε ασθενείς με απραξία που αδυνατούν να εκτελέσουν εντολές ή οδηγίες). Ένα συχνό εμπόδιο κατά το ερεθισμό της στοματικής κοιλότητας, κυρίως σε ηλικιωμένους νευρολογικούς ασθενείς είναι η επανεμφάνιση του αντανακλαστικού της δήξεως, ένα παθολογικό ανακλαστικό (φυσιολογικό σε ηλικία 9-12 μηνών) που προκαλεί ερμητικό σφράγισμα της κοιλότητας σε οποιοδήποτε προσέγγιση αυτής, δυσχεραίνοντας την παρέμβαση του κλινικού.

◆ Εξάσκηση Ενδυνάμωσης Αναπνευστικών Μυών (RMST)

Η Εξάσκηση Ενδυνάμωσης Αναπνευστικών Μυών (RMST - Respiratory Muscle Strength Training) διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους: την ενδυνάμωση των μυών της εισπνοής (ISMT - Inspiratory Muscle Strength Training) και την ενδυνάμωση των μυών της εκπνοής (EMST - Expiratory Muscle Strength Training). Τα δύο αυτά μυϊκά αναπνευστικά συστήματα αλληλεπιδρούν, και η εξάσκηση τους μπορεί να γίνει, τόσο στο καθένα ξεχωριστά όσο και ταυτόχρονα, με την εφαρμογή της αντίστασης. Η εξάσκηση, προκειμένου να έχει τα μεγαλύτερα δυνατά αποτελέσματα, προϋποθέτει πως ο ασθενής θα εισπνέει (IMST) ή θα εκπνέει (EMST) δυνατά, ενάντια σε μία διαβαθμισμένη κλίμακα αντίστασης. Για το σκοπό αυτό, μία ποικιλία τέτοιων συσκευών διατίθεται στο εμπόριο. Είναι μια σχετικά εύκολη άσκηση, την οποία μπορούν να καταφέρουν και ασθενείς με απραξία (πχ στοματοπροσωπική), αρκεί ο κλινικός να έχει υπομονή, καθώς θα χρειαστούν πολλές επαναλήψεις και μίμηση της χρήσης της μπροστά στον καθρέφτη ώστε ο ασθενής να εξοικειωθεί με την συσκευή και την χρήση της. Υπάρχουν φορές όπου ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί ζάλη ή δυσφορία, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια, γιατί στις περιπτώσεις όπου δεν θα μπορέσει να το πει λεκτικά (πχ λόγω λεκτικής απραξίας), ο κλινικός οφείλει να παρατηρεί την εικόνα του ασθενή.

Η μέθοδος αυτή ενδέχεται να επιφέρει αύξηση της νευρωνικής δραστηριότητας, ενδυνάμωση, βελτίωση της αντοχής, καθώς και το φαινόμενο placebo. Ο συνδυασμός και των δύο μορφών εξάσκησης μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για την εμφάνιση θετικών αποτελεσμάτων. Η EMST εικάζεται ότι μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία του αναπνευστικού και του υπογενειδίου (submental) μυϊκού συστήματος (Wheeler et al., 2007), καθώς επίσης και των μυών της γλώσσας, της υπερώας, του φάρυγγα και του λάρυγγα, αλλά αυτό δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμα πειραματικά. Επιπλέον, η αυξημένη αναπνευστική λειτουργία μπορεί να βελτιώσει την παραγωγή βήχα. Τέλος, μπορεί να παρατηρηθεί αυξημένο εύρος της υολαρυγγικής κίνησης και της διάνοιξης του ΑΟΣ, λόγω βελτίωσης της δραστηριότητας του υπογενειδίου μυϊκού συστήματος, της στοματοφαρυγγικής προώθησης του βλωμού, της υπερωιοφαρυγγικής λειτουργίας, και της προστασίας της αναπνευστικής οδού, καθώς η μέθοδος φαίνεται να επιδρά στη δύναμη ή στην

αντοχή των μυικών αυτών συστημάτων (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

◆ Θεραπεία Φωνής Lee Silverman (LSVT)

Αυτή η μέθοδος, αρχικά παρουσιάστηκε για τη θεραπεία της ομιλίας σε άνδρες και γυναίκες με Νόσο Πάρκινσον (ΝΠ), και πλέον προτείνεται και στη θεραπεία της κατάποσης. Ο Sharkawi και οι συνεργάτες του παρουσίασαν ότι οι χρόνοι της στοματικής και φαρυγγικής μετάβασης μειώθηκαν σημαντικά έπειτα από την χρήση της LSVT σε ασθενείς που έπασχαν από στοματοφαρυγγική δυσφαγία (El Sharkawi et al., 2002). Στηρίζεται στην εντατική εξάσκηση της μέγιστης επίδοσης, αναδεικνύοντας την έννοια «Σκέψου Δυνατά» (“Think Loud”) (El Sharkawi et al., 2002). Η μέθοδος θεωρείται θεραπευτική και η ειδίκευση σε αυτή μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τον κλινικό που ασχολείται με τις διαταραχές στις οποίες απευθύνεται. Ουσιαστικός στόχος της μεθόδου είναι η αυξημένη ένταση φώνησης, και η βασική άσκηση περιλαμβάνει τη διατήρηση της έντασης κατά την παραγωγή του “ah” για συστηματικά μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Μια άλλη σημαντική άσκηση της μεθόδου, προϋποθέτει την όλο και πιο ποιοτική και διευρυμένη έκταση του τονικού ύψους κατά την παραγωγή του “ah” ή κάποιου άλλου αντίστοιχου φωνήματος, από το χαμηλότερο στο υψηλότερο δυνατό ύψος φώνησης (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

Γενικότερα, η μέθοδος μπορεί να είναι αποτελεσματική στις διαταραχές κατάποσης που παρουσιάζονται στη ΝΠ, αλλά και σε άλλες κλινικές οντότητες. Η χρήση της μεθόδου μπορεί να εξεταστεί σε περιπτώσεις που παρατηρείται αργός σχηματισμός βλωμού, καθυστερημένη έναρξη της φαρυγγικής κατάποσης με διαφυγή του βλωμού στο φάρυγγα πριν από την έναρξη, μειωμένη διάνοιξη του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΑΟΣ) και παραμονή υπολειμμάτων στο στοματοφάρυγγα. Ένα “μειονέκτημα” της μεθόδου αυτής είναι ότι η συγκεκριμένη θεραπεία απαιτεί ειδική κατάρτιση και πιστοποίηση. Τα πλεονεκτήματα της είναι όμως ότι μπορεί να χορηγηθεί σε κάποιον ασθενή που δεν είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται και να αξιολογεί ο ίδιος την επίδοσή του, καθώς υπάρχουν κάποια σημεία – κλειδιά της θεραπείας που βοηθούν αρκετά τον θεραπευτή στην σωστή εκτέλεση της. Αυτά είναι ο έλεγχος της ποιότητας της φωνής ώστε να μην είναι τραχιά και βραχνή, η προτροπή για βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, προκειμένου να μην καταπονείται ο λάρυγγας και να παρατείνεται αφύσικα η φώνηση και τέλος η οδηγία με στόχο την προσέγγιση στο μέγιστο των δυνατοτήτων του ασθενή σε διάρκεια και ύψος φωνής, δίχως να υποβαθμίζεται παράλληλα η ποιότητα και η ένταση της (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

◆ Υπεργλωττιδική Κατάποση

Η υπεργλωττιδική κατάποση είναι μία άσκηση 4 βημάτων: (1) εισπνοή και κράτημα της αναπνοής, (2) τοποθέτηση του βλωμού στη θέση κατάποσης, (3) κατάποση με κράτημα αναπνοής

και (4) βήχας μετά την κατάποση και πριν την εισπνοή. Το αποτέλεσμα της υπεργλωττιδικής κατάποσης είναι η προσαγωγή των φωνητικών πτυχών (κράτημα της αναπνοής) κατά τη διάρκεια της κατάποσης και έπειτα ο καθαρισμός τυχόν υπολείμματος, που μπορεί να έχει εισέλθει στον λαρυγγικό προθάλαμο (βήχας) προτού αναπνεύσει πάλι ο ασθενής. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς με αδύναμες φωνητικές πτυχές, παράλυση των φωνητικών πτυχών ή λαρυγγικά αισθητηριακά ελλείμματα όπως η καθυστερημένη φαρυγγική κατάποση (πχ σε ασθενείς μετά από ΑΕΕ). Αυτή η άσκηση θεωρείται τεχνική εκούσιου κλεισίματος του αεραγωγού και όταν εφαρμόζεται καταλλήλως, κλείνει τις φωνητικές πτυχές πριν την κατάποση και της διατηρεί κλειστές κατά τη διάρκεια της κατάποσης, αποτρέποντας έτσι την εισρόφηση (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006).

Με σκοπό να επιτευχθεί σωστά αυτή η άσκηση, ο ασθενής πρέπει να είναι σε εγρήγορση και να ακολουθεί εντολές (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013), συνεπώς χρησιμοποιείται σε ασθενείς με ήπια απραξία στοματοπροσωπική απραξία ή απραξία κατά την κατάποση, ή σε ασθενείς με πιο βαριά απραξία που έχουν όμως καταφέρει, μέσα από θεραπευτικό πλάνο με στόχο την βελτίωση της απραξίας, να είναι σε θέση να ακολουθήσουν εντολές. Ακόμα όμως και σε αυτή την περίπτωση, οι περισσότεροι απρακτικοί ασθενείς χρήζουν συνεχούς επιτήρησης και καθοδήγησης κατά την εκτέλεση της υπεργλωττιδικής κατάποσης, γεγονός που δεν τους επιτρέπει να την χρησιμοποιούν όταν σιτίζονται ή ενυδατώνονται εξωθεραπευτικά, συνεπώς αδυνατούν να την εντάξουν στην καθημερινότητα τους.

◆ Υπερ - υπεργλωττιδική Κατάποση

Η υπερ – υπεργλωττιδική κατάποση είναι παρόμοια με την υπεργλωττιδική κατάποση, με την προσθήκη της οδηγίας για κάμψη της κεφαλής (πηγούνι προς το στέρνο) τη στιγμή που κρατάει την αναπνοή του. Αυτή η οδηγία βοηθάει να αυξηθεί η σύγκλιση των νόθων φωνητικών πτυχών και το κλείσιμο του οπίσθιου μέρους της γλωττίδας σε ασθενείς με μειωμένο κλείσιμο της εισόδου του αεραγωγού. Και κατά την υπεργλωττιδική κατάποση και κατά την υπερ – υπεργλωττιδική, ζητείται από τον ασθενή να «εισπνεύσει και να κρατήσει πολύ σφιχτά την αναπνοή του». Η υπερ – υπεργλωττιδική άσκηση προσθέτει «χαμηλώστε το κεφάλι», «διατηρείστε το κράτημα», «καταπιείτε» και έπειτα «βήξτε». Παρόλο που ο αεραγωγός μπορεί να μην είναι εντελώς κλειστός, αυτή η άσκηση προσφέρει έναν βαθμό προστασίας, έχοντας τους αρυταινοειδείς χόνδρους να γέρνουν και πιθανώς να έρχονται σε επαφή με την επιγλωττίδα ή τη βάση της γλώσσας (Ogura J. et al., 1964). Ομοίως με την υπεργλωττιδική κατάποση, και σε αυτή την άσκηση είναι απαραίτητη η ενεργητική συμμετοχή του ασθενή και η ικανότητα του να ακολουθεί εντολές.

◆ Κοπιώδης ή Ισχυρή Κατάποση

Η κοπιώδης κατάποση είναι απλά μία συμπίεση. Ζητείται από τον ασθενή ή του

επιδεικνύεται πώς «να σφίξει δυνατά με όλους τους μύες». Σε μια άλλη εκδοχή, ο ασθενής καλείται να “σφίξει” την γλώσσα, να ανασηκώσει το λάρυγγα όσο το δυνατό ψηλότερα, και έπειτα να καταπιεί (Pouderoux & Kahrgilas, 1995). Ο φυσιολογικός στόχος είναι να αυξηθεί η έλξη της βάσης της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα και η φαρυγγική πίεση, προκειμένου να βελτιωθεί ο καθαρισμός του βλωμού από τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, σε ασθενείς με μειωμένη οπίσθια κίνηση της βάσης της γλώσσας (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Αυτός ο χειρισμός μπορεί να είναι πολύ εύκολος για ασθενείς που έχουν πρόβλημα με τις εντολές που αποτελούνται από πολλά στάδια, για παιδιά ή για ασθενείς με σοβαρή αισθητηριακή ή αντιληπτική απώλεια. Η συμπίεση μπορεί να βοηθήσει στην προώθηση του βλωμού στον στοματοφάρυγγα εξαιτίας αδυναμίας της γλώσσας. Αυτή η άσκηση προσφέρει υψηλή φαρυγγική πίεση και επιφέρει μείωση ή εξάλειψη των φαρυγγικών υπολειμμάτων (Lazarus et. al., 2002). Ο ελιγμός της κοπιώδους κατάποσης θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή αν η εργαστηριακή εξέταση αποκαλύψει στοματοφαρυγγική αδυναμία ή ελλιπή σύγκλειση των φωνητικών πτυχών.

◆ Χειρισμός Mendelsohn

Ο χειρισμός Mendelsohn είναι μία τεχνική ανοίγματος του ΑΟΣ, μέσω της επέκτασης της διάρκειας της λαρυγγικής ανύψωσης. Σε αυτή την άσκηση, ο ασθενής ξεκινά με αρκετές ξηρές καταπόσεις, ενώ προσπαθεί να νιώσει την ανύψωση της προεξοχής του θυροειδούς (Ding R. et al., 2002). Έπειτα, η οδηγία είναι να «κρατήσει τον θυροειδή επάνω για αρκετά δευτερόλεπτα». Διατυπώνεται η υπόθεση ότι με το να κρατείται ο λάρυγγας ανυψωμένος, ο ΑΟΣ χαλαρώνει και επιτρέπει τη διέλευση της τροφής, αφήνοντας λιγότερο εναπομείναν υλικό στην περιοχή (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Ο χειρισμός Mendelsohn είναι χρήσιμος για τη θεραπεία ασθενών που, εξαιτίας νευρολογικής βλάβης ή χειρουργικής θεραπείας, δεν μπορούν να επιτύχουν επαρκή λαρυγγική ανύψωση (καθώς μπορεί να βελτιώσει την προσθιο-ανοδική υολαρυγγική κίνηση συντελώντας στην αύξηση του εύρους και της διάρκειας διάνοιξης του ΑΟΣ) (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010) ή που δεν μπορούν να συντονίσουν την κίνηση ανύψωσης με τη διέλευση του βλωμού, έχουν δηλαδή μη συντονισμένη κατάποση.

Ο χειρισμός αυτός, συχνά δυσκολεύει ασθενείς με απραξία, καθώς δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν πλήρως την εντολή “ανύψωσε το λάρυγγα σου.” Σε αυτές τις περιπτώσεις, εξαιρετικά χρήσιμη μπορεί να αποδειχτεί η χρήση καθρέφτη στη θεραπεία με στόχο την παράλληλη εκτέλεση του χειρισμού με τον θεραπευτή. Ένας ασθενής με απραξία είναι πιο πιθανό να καταφέρει να εκτελέσει σωστά την άσκηση μέσω της μίμησης μπροστά στον καθρέφτη.

◆ Χειρισμός Masako

Ο χειρισμός Masako (ο χειρισμός συγκράτησης της γλώσσας), χρησιμοποιείται σε μια προσπάθεια να αυξηθούν οι πιέσεις και ο χρόνος της επαφής της βάσης της γλώσσας με το

φαρυγγικό τοίχωμα. Αυτή η τεχνική είναι αποτελεσματική για ασθενείς με γλωσσική αδυναμία, και ιδιαίτερα έπειτα από χειρουργική επέμβαση για στοματικό καρκίνο (Lazarus et. al., 2002). Οι οδηγίες για τον ασθενή είναι να «κρατήσει τη γλώσσα ανάμεσα στα μπροστινά του δόντια και να καταπιεί». Ο χειρισμός Masako μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμος όταν συνοδεύεται από την άσκηση Shaker (Doeltgen et. al, 2009). Αυτή η άσκηση είναι καλύτερο να γίνεται χωρίς τροφή, καθώς υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης εξαιτίας του υπολείμματος που παραμένει λόγω της καθυστερημένης ενεργοποίησης της φαρυγγικής κατάποσης (Pauloski B.,2009).

Αυτός ο χειρισμός είναι απλός στην περιγραφή αλλά συχνά δύσκολος στην εφαρμογή του, καθώς απαιτεί σημαντική πρακτική και καθοδήγηση. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να συγκρατήσει μόνος του την γλώσσα σε θέση προβολής (πχ λόγω αδυναμίας) ή δεν είναι σε θέση να εκτελέσει την εντολή “βγάλε την γλώσσα σου έξω από τα δόντια σου” (λόγω στοματοπροσωπικής/λεκτικής/ιδεακής απραξίας), (Harrison N. Jones,John C. Rosenbek, 2010) ενδέχεται να χρειαστεί βοήθεια από το θεραπευτή, ο οποίος θα κινητοποιήσει παθητικά την γλώσσα και θα βοηθήσει στην σωστή εκτέλεση της άσκησης.

◆ Showa Maneuver

Ο χειρισμός Showa διαμορφώθηκε στο νοσοκομείο Showa της Ιαπωνίας από τον Hirano και τους συνεργάτες του (Hirano et. al.,1999). Πρόκειται για μια ελαφρώς πιο σύνθετη τεχνική από το χειρισμό Masako. Ο κλινικός ζητά από τον ασθενή να κρατήσει σταθερά την αναπνοή του και ενώ τη συγκρατεί, να πιάσει έντονα τη γλώσσα του προς τα πάνω και πίσω ενάντια στη σκληρή υπερώα. Στη συνέχεια του ζητάει να καταπιεί όσο πιο δυναμικά μπορεί, προκαλώντας την έντονη σύσπαση όλων των μυών του προσώπου, του λάρυγγα και του τραχήλου. Μετά την κατάποση ο ασθενής αφήνει την αναπνοή του και ο κλινικός του ζητάει να επαναλάβει. Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την χρήση της τεχνικής στις διαταραχές κίνησης. Ο χειρισμός μπορεί να εφαρμοστεί σε περίπτωση που η οπίσθια ανυψωτική κίνηση της γλώσσας κατά την έναρξη της κατάποσης είναι ανεπαρκής, λόγω αδυναμίας ή μειωμένης αντοχής. Το παραπάνω μπορεί να έχει ως συνέπεια την αργή και ανεπαρκή διέλευση του βλωμού στο φάρυγγα και τον ΑΟΣ, την συσσώρευση σοβαρού βαθμού υπολειμμάτων στο φάρυγγα και κυρίως στα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, την μειωμένη λαρυγγική σύγκλειση πριν ή κατά τη διάρκεια της κατάποσης (λόγω διαταραχής της δύναμης, της αντοχής, ή του συγχρονισμού) και ενδεχομένως, το μειωμένο εύρος και διάρκεια διάνοιξης του ΑΟΣ κατά την κατάποση, λόγω ανεπάρκειας στο συγχρονισμό ή τη δύναμη κατά την έναρξη της κατάποσης.

Ο χειρισμός αυτός συνδυάζει στοιχεία τόσο της ισχυρής όσο και της υπεργλωττιδικής κατάποσης, και ως εκ τούτου, μπορεί να επηρεάσει και την έναρξη της κατάποσης, λόγω της έντονης κίνησης της γλώσσας και την προστασία του αεραγωγού κατά την κατάποση. Το

πιθανότερο είναι πως δεν ενδυναμώνει το μυϊκό σύστημα, καθώς δεν περιλαμβάνει προοδευτική άσκηση αντίστασης, αν και αυτό δεν έχει ακόμη επαληθευτεί πλήρως. Οι συνέπειες της μεθόδου μπορούν ίσως να αποδοθούν στην επίδραση του φαινομένου placebo και της νευρωνικής ενεργοποίησης, κατά την οποία παρατηρείται διεύρυνση του νευρικού δικτύου ελέγχου της κατάποσης μετά την θεραπεία. Επίσης, ο χειρισμός αυτός σχετίζεται πιθανότατα με την ανάπτυξη της δεξιότητας, δεδομένου ότι κατά την εφαρμογή του πολλοί ασθενείς βελτιώνουν σταδιακά την επίδοσή τους. Εάν αυτό ισχύει, τότε αναμένεται να αναπτυχθεί μία μονιμότερη διεύρυνση φλοιικών και υποφλοιικών υποστρωμάτων νευρικού ελέγχου της κατάποσης. Η αντοχή μπορεί επίσης να αυξηθεί με την κατάλληλη συχνότητα και διάρκεια εφαρμογής του χειρισμού (Thomas Murry & Ricardo L).

Ο χειρισμός αυτός είναι πολύ πιθανό να δυσκολέψει ασθενείς με απραξία, καθώς δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν πλήρως την παρακάτω πολύπλοκη εντολή αρκετών βημάτων: “Πίεσε έντονα τη γλώσσα σου προς τα πάνω και πίσω ενάντια στη σκληρή υπερώα ενώ παράλληλα να συγκρατείς την αναπνοή σου και στη συνέχεια κατάπιε”. Είτε γίνεται προσπάθεια από το θεραπευτή με στόχο να μιμηθεί ο ασθενής την άσκηση (πχ με χρήση καθρέφτη, έντονης λεκτικής ανατροφοδότησης και καθοδήγησης και φυσικά μέσα από πολλές επαναλήψεις), είτε, αν εκείνη η προσπάθεια αποβεί άκαρπη, γίνεται επιλογή άλλης άσκησης/χειρισμού.

◆ Άσκηση Shaker

Αυτή είναι μια φαινομενικά απλή άσκηση, η οποία έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματική στην διευκόλυνση της κατάποσης σε ηλικιωμένα άτομα, τα οποία έχουν ανεπάρκειες φαρυγγικής κατάποσης, που οφείλονται σε εξασθένηση ή χαλάρωση στο άνω οισοφαγικό άνοιγμα (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013). Η Shaker και οι συνεργάτες της ανέπτυξαν μία άσκηση ανύψωσης της κεφαλής (HLE - Head Lift Exercise) για την αύξηση του ανοίγματος της ΑΟΣ και επομένως τη μείωση της υποφαρυγγικής πίεσης εντός του βλωμού (Shaker R., et. al., 1997). Για να διεξαχθεί η HLE πρέπει ο ασθενής να ξαπλώσει σε ύπτια θέση και να κάνει μία σειρά ανυψώσεων της κεφαλής ενώ οι ώμοι παραμένουν στο πάτωμα ή το κρεβάτι (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2006). Οι στόχοι της άσκησης Shaker είναι να ενδυναμώσει τους μύες που συμβάλλουν στο άνοιγμα του ΑΟΣ, συγκεκριμένα τους γενειακούς, θυρεουοειδής και διγαστρικούς μύες και να μειώσει σημαντικά την υποφαρυγγική πίεση του βλωμού, καθώς εισέρχεται στον ΑΟΣ, επιτρέποντας έτσι τη διέλευση του βλωμού με λιγότερη αντίσταση. Η άσκηση Shaker αυξάνει το άνοιγμα του ΑΟΣ και αυτό μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη της εισρόφησης σε άτομα με υπόλειμματα στο φάρυγγα μετά από κατάποση, εξαιτίας ελλιπούς ανοίγματος του ΑΟΣ (White K., et. al., 2008). Η αυθεντική άσκηση Shaker περιλαμβάνει ισομετρικές και ισοκινητικές ασκήσεις τραχήλου, ενώ ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σε ύπτια θέση (Shaker R. & Antonik S., 2006). Το

άτομο εναλλάσσει μεταξύ 3 ισομετρικών επαναλήψεων παρατεταμένων ανυψώσεων της κεφαλής για 1 λεπτό και αντίστοιχες περιόδους ξεκούρασης. Το άτομο πρέπει να σηκώσει την κεφαλή του αρκετά ψηλά ώστε να μπορεί να δει τα δάκτυλα των ποδιών του χωρίς να σηκώσει τους ώμους από το έδαφος. Το δεύτερο μέρος της άσκησης αποτελείται από 30 διαδοχικές ανυψώσεις της κεφαλής χωρίς συγκράτηση. Οι ώμοι πρέπει επίσης να βρίσκονται στο έδαφος κατά τη διάρκεια αυτού του μέρους. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να αντέξει την ανύψωση της κεφαλής για 1 λεπτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικός χρόνος αναφοράς κατά την έναρξη των ασκήσεων.

Υπάρχουν πολλά μειονεκτήματα στην άσκηση Shaker. Στην μελέτη των Easterling και συνεργατών, τα υποκείμενα χρειάστηκαν επαναλαμβανόμενη καθοδήγηση, νεύματα και ενθάρρυνση προκειμένου να εκτελέσουν επακριβώς την άσκηση. Τα υποκείμενα επίσης ανέφεραν μυϊκό πόνο στον τράχηλο και ζαλάδα κατά τις πρώτες βδομάδες του προγράμματος άσκησης (Easterling C., et. al., 2005). Η κόπωση μπορεί να αποτελεί επίσης παράγοντα για την συνέχιση της άσκησης Shaker, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει την εξακολούθηση της άσκησης σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα (White K., et. al., 2008). Αυτό υποδεικνύει ότι η άσκηση Shaker μπορεί να μην είναι κατάλληλη για άτομα, που είναι επιρρεπή στην κόπωση, όπως πχ άτομα με Α.Ε.Ε. (βλ. υποενότητα 3.2). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η άσκηση Shaker δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν προβλήματα στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, μειωμένη ικανότητα κίνησης του τραχήλου και/ή γνωστικά ζητήματα που μπορεί να επηρεάσουν τη συμμόρφωση και την εκμάθηση του σωστού τρόπου εκτέλεσης. Στην περίπτωση αυτή (πχ σε ασθενείς με απραξία) είναι πολύ πιθανό να βοηθήσει η χρήση καθρέφτη, η μίμηση από το θεραπευτή και οι πολλές προσπάθειες.

◆ Νευρομυϊκή Ηλεκτρική Διέγερση (NMES)

Η νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση είναι μία τεχνική που έχει σχεδιαστεί για τη διέγερση της λειτουργίας της κατάποσης, εφαρμόζοντας ηλεκτρική διέγερση στην περιοχή του τραχήλου, ως μέθοδο διέγερσης της λαρυγγικής ανύψωσης. Όταν εφαρμόζεται ηλεκτρική διέγερση στην επιδερμίδα (επιφανειακή διέγερση), θα ενεργοποιήσει τις αισθητηριακές ίνες στην επιδερμίδα και μόνο εκείνους τους μύες που βρίσκονται ακριβώς κάτω από την επιφάνεια της επιδερμίδας, αν εφαρμοστεί η σωστή ποσότητα έντασης. Αυτή η διαδικασία, γνωστή και ως διαδερμική ηλεκτρική διέγερση (TES), είναι μη επεμβατική και χρησιμοποιείται πλέον από πολλούς για τη θεραπεία των διαταραχών κατάποσης, (όπως αναφέρεται και στην ενότητα 3.3. της παρούσας πτυχιακής). Οι περισσότερες εφαρμογές για διέγερση των μυών χρησιμοποιούν ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους μύες (ενδομυϊκά), και ένα μόνιμο χειριστήριο σαν βηματοδότη, που παρέχει τη διέγερση είτε υπό τον έλεγχο του ασθενή, είτε αυτόματα. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση, ότι με την διέγερση των μυών του τραχήλου μέσω ΗΜΓ επιφάνειας, θα ενδυναμωθεί το καταποτικό μυϊκό σύστημα ή ότι οι

αισθητηριακές οδοί που είναι σημαντικές για την κατάποση θα αποκτήσουν αυξημένη επίγνωση. Μέσα από μια αναθεώρηση μελετών, βέβαια ο Clark και τους συνεργάτες του (Clark, et. al., 2009), συμπέραναν ότι υπήρχαν λίγα υποσχόμενα ευρήματα που σχετίζονταν με την NMES για τη θεραπεία της κατάποσης και ότι υπήρχε μία ανάγκη εξέτασης συγκεκριμένων ζητημάτων, όπως η δοσολογία, ο συγχρονισμός, η επιφανειακή έναντι της ενδομυκικής καταγραφής και οι εφαρμογές σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.

Σε αντίθεση με την επιφανειακή διέγερση, κατά την ενδομυκική διέγερση, τα ηλεκτρόδια που είναι γαντζωμένα με καλώδιο τοποθετούνται σε συγκεκριμένους μύες ή τα ηλεκτρόδια εμφυτεύονται πιο μόνιμα μέσα στον μυ για να κατευθύνουν το ρεύμα τοπικά, ώστε να αυξήσουν τη δραστηριότητα των μυών και να βελτιώσουν έτσι τη λειτουργία της κατάποσης. Η Ludlow αναθεώρησε ενδείξεις που σχετίζονται με την ηλεκτρική διέγερση, αναφέροντας ότι η ηλεκτρική διέγερση είναι πιο αποτελεσματική όταν το ηλεκτρικό ερέθισμα εφαρμόζεται κατευθείαν στον μυ (Ludlow CL., 2010). Η ενδομυκική διέγερση με χρήση ηλεκτροδίων που τοποθετούνται εντός αυτών των μυών, έχει αποδειχθεί ότι παράγει λαρυγγική ανύψωση παρόμοια με αυτή που συντελείται κατά την διάρκεια της φυσιολογικής κατάποσης (Burnett TA, et. al., 2003). Μια άλλη έρευνα υπό εξέλιξη αποδεικνύει ότι, αντί να ανυψώνεται το υοειδές οστό, όπως πιστεύεται, μπορεί, στην πραγματικότητα, να χαμηλώνει και/ή να έχει ελάχιστη επίδραση στην κατάποση (Norma B Anderson & George H. Shames, 2013).

Αρκετοί είναι οι κλινικοί στη χώρα μας που έχουν ήδη ξεκινήσει να καταρτίζονται και να παίρνουν την απαραίτητη πιστοποίηση με στόχο να τους επιτραπεί η εφαρμογή της NMES θεραπευτικά. Ωστόσο, αυτή η τεχνολογία, δεν υποστηρίζεται, προς το παρόν, από την επιστημονική κοινότητα και θα χρειαστεί περισσότερη έρευνα, για να γίνουν κατανοητές οι επιπτώσεις της στη θεραπεία ατόμων με δυσφαγία (Coyle, 2002), (Humbert, et. al., 2006). Παρά τα φαινομενικά “μειονεκτήματα” αυτής της αμφιλεγόμενης αυτής θεραπευτικής μεθόδου, τα άτομα με ΑΕΕ αποτελούν τον κύριο πληθυσμό στον οποίο εφαρμόζεται, ιδιαίτερος σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν σημεία εισρόφησης (Crary et. al., 2007). Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της, είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί παθητικά παρά την κλίνη σε ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν ασκησιολόγιο (πχ λόγω αδυναμίας εκτέλεσης εντολών σε περιπτώσεις απραξίας) με στόχο την βελτίωση της δυσκαταποσίας τους, πάντοτε όμως έχοντας υπόψιν ότι τα αποτελέσματα της είναι αμφιλεγόμενα. Ολοκληρώνοντας αυτή την τελευταία άποψη, θα αναφερθεί η παραπομπή ασθενών με ένδειξη δυσφαγίας σε παρακλινική εκτίμηση, η οποία κατέδειξε μια συστημική επίδραση της ηλεκτροδιέγερσης στο μηχανισμό της κατάποσης (Freed, et. al., 2001).

3.6. Θεραπεία σίτισης / αυτοσίτισης – Εκπαιδευτικά γεύματα με τη βοήθεια λογοθεραπευτή

Ο βασικός στόχος ενός λογοθεραπευτή που ασχολείται με τις διαταραχές κατάποσης είναι, μέσω διαφόρων τεχνικών αποκατάστασης, η αποτελεσματικότερη, ασφαλέστερη και επαρκέστερη στοματική σίτιση και ενυδάτωση. Όταν εξασφαλιστούν οι παραπάνω παράμετροι, ο λογοθεραπευτής θέτει σαν επόμενο στόχο την σταδιακή επανεκπαίδευση των δεξιοτήτων της σίτισης με στόχο την αυτόνομη σίτιση. Αυτόνομη σίτιση είναι η κατάσταση κατά τη οποία ο ασθενής τοποθετεί το φαγητό στο στόμα του χωρίς βοήθεια, μια κατάσταση την οποία επιδιώκουν οι λογοθεραπευτές, τις περισσότερες φορές σε συνεργασία με τους εργοθεραπευτές. Αυτή η διαδικασία ολοκληρώνεται με τα “εκπαιδευτικά γεύματα”.

Τα εκπαιδευτικά γεύματα πραγματοποιούνται με στόχο την οικειοποίηση του ασθενή στην σύσταση “στόχο” (πχ σε περιπτώσεις προσπάθειας μετάβασης από μη στοματική σίτιση σε σίτιση με αλεσμένο ή από σίτιση με αλεσμένο σε σίτιση με μαλακές τροφές ή τακτικό φαγητό, κ.τ.λ.) και την παρατήρηση του από τον εξειδικευμένο λογοθεραπευτή κατά την σίτιση σε πραγματικό χρόνο (real time έλεγχος του χρόνου της απόκρισης του ασθενή) και πραγματικό πλαίσιο, καθώς διαφέρει αρκετά η εκτίμηση της κατάποσης και η αντίδραση του ασθενή κατά τη σίτιση στη θεραπεία σε σχέση με εκείνη σε ένα εκπαιδευτικό γεύμα.

Τα εκπαιδευτικά γεύματα πραγματοποιούνται, κατά προτίμηση εάν αυτό είναι δυνατό, την ώρα του πρωινού ή του μεσημεριανού και παρουσιάζονται ως τα κύρια γεύματα του ασθενή. Ο ασθενής παροτρύνεται να αυτοσιτιστεί και ο λογοθεραπευτής παρατηρεί τυχόν δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει όπως: αργή μασητική επεξεργασία ή προώθηση του βλωμού, βιαστική σίτιση (εξαιρετικά επικίνδυνο σε δυσφαγικούς ασθενείς μετά από ΑΕΕ όπου η παρορμητικότητα είναι συχνό χαρακτηριστικό βλ. 3.2.), ομιλία κατά την σίτιση και ενυδάτωση (πχ σε περιπτώσεις ασθενών με λογόρροια), έντονο drooling τροφής ή υγρών από την πάσχουσα πλευρά (πχ σε περιπτώσεις δεξιάς ημιπάρεσης προσώπου με δεξιά πτώση γωνίας στόματος, ο ασθενής συχνά “χάνει” τροφή από τα δεξιά λόγω υπαισθησίας ή μυϊκής αδυναμίας των χειλέων και των παρειών), συσσώρευση υπολειμμάτων στην πάσχουσα γλωσσοπαρειακή αύλακα λόγω υπαισθησίας στο εσωτερικό της πάσχουσας παρειάς, συχνή ενυδάτωση κατά την διάρκεια της σίτισης (επικίνδυνο σε ασθενείς με δυσφαγία στα υγρά που αντιμετωπίζουν δυσκολία διαχείρισης ανάμεικτων συστάσεων), σίτιση με έντονη διάσπαση προσοχής, οπτικοχωρικά ελλείμματα τα οποία δεν επιτρέπουν στον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του (πχ σε περιπτώσεις αριστερής αμέλειας ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δει και να επεξεργαστεί το αριστερό μέρος του δίσκου του), κ.ά. Σε

περιπτώσεις όπου ο ασθενείς δεν είναι σε θέση να αυτοσιτιστεί ακόμα και η χορήγηση της τροφής με τη βοήθεια του θεραπευτή φέρει θετικά αποτελέσματα. Η στοματική σίτιση, είτε είναι αυτόνομη είτε είναι “τάισμα”, λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια των γευμάτων και της γεύσης του φαγητού, τις περισσότερες φορές είναι προτιμότερη, ακόμα κι αν η θερμιδική πρόσληψη είναι μειωμένη (καθώς μέσω ενός ρινογαστρικού καθετήρα ή μιας γαστροστομίας η επάρκεια αγγίζει το 100%).

Ένα σημαντικό μέρος δυσφαγικών ασθενών που κρίνονται υποψήφιοι για ένταξη σε εκπαιδευτικά γεύματα με λογοθεραπευτές, και είναι πολύ πιθανό να ευνοηθούν περισσότερο από αυτά σε σχέση με την “κλασσική” θεραπευτική παρέμβαση, είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν, πέραν των δυσκολιών στον καταποτικό μηχανισμό, και απραξία κατά την κατάποση, ιδεοκινητική ή ιδεακή απραξία. Όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε προηγούμενη ενότητα, αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν διάφορα γνωστικά ελλείμματα όπως δυσκολίες στη σκέψη, στην οργάνωση αλλά και τη μνήμη. Ο βαθμός της γνωστικής βλάβης, επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου για αυτονομία στη διάρκεια των γευμάτων. Εξαιτίας των γνωστικών ελλειμμάτων τους, οι ασθενείς με απραξία, μπορεί να ξεχνούν πότε έχει λάβει χώρα το τελευταίο τους γεύμα ή αν είναι ώρα φαγητού, πρωί ή βράδυ, και έτσι δεν νιώθουν πως πεινάνε με επακόλουθη συνέπεια στην όρεξη και τη συνεργασία τους. Επίσης, εμφανίζουν δυσκολίες στην αναγνώριση του φαγητού, στο να καθίσουν για ένα γεύμα, ενώ έχουν ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά στη διάρκεια των γευμάτων (διεγερτικοί, αρνητικοί, υπνηλικοί, υποτονικοί, κ.ά.). Δυσκολίες στην κατανόηση των οδηγιών κατά τα γεύματα είναι επίσης εμφανείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μετά από πολλές προσπάθειες, πολλή βοήθεια, καθοδήγηση και μίμηση από το θεραπευτή, η συμμετοχή σε τακτά και καθημερινά εκπαιδευτικά γεύματα με τη βοήθεια λογοθεραπευτή, είναι πολύ πιθανό να επιφέρει βελτίωση στην αυτονομία του ασθενή σε βάθος χρόνου.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η πλειονότητα των ασθενών στους οποίους απευθύνονται αυτά τα εκπαιδευτικά γεύματα, είναι δυσφαγικοί ασθενείς με συνοδά απρακτικά στοιχεία μετά από ένα Α.Ε.Ε.. Αυτοί οι ασθενείς, όπως έχει ήδη αναφερθεί και στην ενότητα 3.2., παρουσιάζουν κάποια συνήθη χαρακτηριστικά όπως καλύτερη ανταπόκριση σε αυθόρμητα και φυσικά πλαίσια σε σχέση με πλαίσια που απαιτούν την εκτέλεση έπειτα από καθοδήγηση, εύκολη και γρήγορη κόπωση συνεπώς απαιτούν αργούς ρυθμούς κατά το γεύμα, δυσφορία/κατάθλιψη, έλλειψη βουλευτικής ικανότητας, στοιχεία παραίτησης, κ.ά., χαρακτηριστικά τα οποία είναι σε θέση να μετριάσει προσωρινά ακόμα και να βελτιώσει μακροπρόθεσμα, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά γεύματα. Ο ασθενής μέσα από αυτά τα γεύματα, εκτός της εξοικείωσης που του προσφέρουν με την νέα για αυτόν σύσταση ή τρόπο σίτισης, βιώνει την κοινωνική αλληλεπίδραση και ενισχύεται μέσα του το αίσθημα της διατήρησης της αυτονομίας του, της αξιοπρέπειας και της ποιότητας της ζωής

του. Τέλος, μέσα από τα εκπαιδευτικά γεύματα, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σταδιακή βελτίωση της συγκέντρωσης και της προσοχής του.

Σε αρκετά κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, μετά την ολοκλήρωση των εκπαιδευτικών γευμάτων και αφού ο θεραπευτής διαβεβαιώσει ότι ο ασθενής είναι σε θέση να αυτοσιτιστεί με ασφάλεια και επάρκεια, προτείνεται η ένταξη του σε μια ομάδα σίτισης, δηλαδή, μια ομάδα ασθενών που αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες (αφασικοαπρακτικές ή/και δυσφαγικές), όπου τρώνε όλοι μαζί το γεύμα τους, επικοινωνούν και αλληλεπιδράνε, με απλή επιτήρηση νοσηλευτικού προσωπικού.

3.7. Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας

Σε αυτή την υποενότητα θα γίνει μια αναφορά στους παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή ενός τύπου μη στοματικής σίτισης ή ενυδάτωσης, στους διάφορους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται αυτή η εναλλακτική σίτιση και ενυδάτωση, στα πλεονεκτήματα και στα μειονεκτήματα αυτής της επιλογής και τέλος θα αναφερθούν οι συνθήκες που ευνοούν την ασφαλή επιστροφή του ασθενή στη στοματική σίτιση και ενυδάτωση.

3.7.1. Διακοπή θεραπευτικής παρέμβασης; Παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή τύπου μη στοματικής σίτισης – ενυδάτωσης

Ένα σημαντικό στάδιο στη διαδικασία θεραπείας είναι το αν ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει να σιτίζεται στοματικά ή μέσω καθετήρων σίτισης, όπως είναι ο ρινογαστρικός, ή κάποιοι τύποι γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας. Η κλινική απόφαση λαμβάνεται μεταξύ του ασθενή, των συγγενών και του θεράπων ιατρού, δεδομένου των ηθικών και νόμιμων αρχών. Ο γιατρός που θα τοποθετήσει το σωλήνα σίτισης πρέπει να είναι ενήμερος για τα αποτελέσματα στους ασθενείς διαφορετικών πληθυσμών που ακολουθούν την τοποθέτηση ενός γαστροστομικού καθετήρα PEG, τα οποία πρέπει να πει και στον ασθενή και τους συγγενείς. Ο γιατρός, πρέπει επίσης να περιγράψει τη διαδικασία, να ενημερώσει για τους ενδεχόμενους κινδύνους, τις εναλλακτικές θεραπείες και να απαντήσει στις όποιες απορίες των συγγενών.

Ειδικό και καθοριστικό ρόλο, διαδραματίζει και ο λογοθεραπευτής/δυσφαγιολόγος, καθώς οι θεραπευτικές στρατηγικές πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις και τις αξίες του ασθενή,

με την αυτονομία του ασθενή να είναι κυρίαρχη. Όταν η επιθυμία του ασθενή είναι δυνατό να εκφραστεί πρέπει να ακολουθείται. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται πως οι αποφάσεις μπορεί να βασίζονται στην κουλτούρα, τη θρησκεία, τα εσωτερικά «πιστεύω» της οικογένειας και του ασθενή και όχι πάντα απαραίτητα σε επιστημονικά δεδομένα (DeLegge, 2009).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για τον τύπο της μη στοματικής σίτισης - ενυδάτωσης που πρόκειται να επιλεγεί (Logemann, 1998), συμπεριλαμβανομένων του γαστρεντερικού ιστορικού του ασθενή, του κόστους της σίτισης και της ασφαλιστικής κάλυψης, της συμπεριφοράς και των προτιμήσεων του ασθενή και της ιατρικής διάγνωσης. Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην απόφαση επιλογής ενός τύπου μη στοματικής σίτισης - ενυδάτωσης (απαγόρευση λειτουργικής κατάποσης):

- Η επάρκεια της προσλαμβανόμενης τροφής, καθώς οι ασθενείς με δυσφαγία έχουν αυξημένα ποσοστά κινδύνου υποσιτισμού με ανεξήγητη απώλεια βάρους ή συμπτώματα υποθρεψίας και επαναλαμβανόμενα επεισόδια αφυδάτωσης. Ο υποσιτισμός υποδηλώνεται από την μη εθελούσια απώλεια βάρους, τουλάχιστον 10% του βάρους του σώματος, από τιμές λευκωματίνης κάτω από 3,3mg/dl και από τον αριθμό των λεμφοκυττάρων κάτω από 1500. Αν υπάρχουν δύο από τα παραπάνω κριτήρια η σίτιση κρίνεται ως ανεπαρκής (Cunhan & Groher, 1992). Ο υποσιτισμός έχει δυσμενή επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα, στην γενική κατάσταση, στην επούλωση των τραυμάτων και στο ποσοστό επιβίωσης. Ένα κλινικό μέτρο για την επαρκή σίτιση από το στόμα είναι ο έλεγχος του σωματικού βάρους και των επιπέδων ενέργειας του ασθενή.
- Το ποσοστό εισρόφησης. Αν ο ασθενής εισροφά πάνω από το 10% βλωμού κάποιας συγκεκριμένης πυκνότητας και είναι ενήμερος για αυτό θα πρέπει να περιορίσει τη συγκεκριμένη πυκνότητα φαγητού από το καθημερινό διαιτολόγιό του. Αν ο ασθενής εισροφά περισσότερο του 10% του βλωμού, με διατηρημένο το αντανακλαστικό του βήχα δε θα πρέπει να συνεχίζεται η σίτιση από το στόμα. Η ανοχή παρόλα αυτά απέναντι στην εισρόφηση εκφράζεται διαφορετικά και μεταξύ άλλων σε εξάρτηση από τις συνοδές πνευμονίες, την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Ουσιαστικό είναι το τι εισροφάται, πόσο, πού και πόσο συχνά και αν υπάρχει αντανακλαστικό του βήχα. Για το είδος της σίτισης δεν αποφασίζει μόνη της η ποσότητα του εισροφούμενου υλικού, αλλά τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αν ο ασθενής δεν δύναται να καταπιεί οποιαδήποτε πυκνότητας τροφή εισροφώντας λιγότερο από 10%, πρέπει να σταματήσει η στοματική του σίτιση. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς που δεν είναι ενήμεροι της διαταραχής κατάποσής τους, ή που εισροφούν

σιωπηρά (χωρίς εμφάνιση βήχα), κυρίως αυτοί με νευρολογικές διαταραχές, συνεχίζουν να προσπαθούν να σιτίζονται από το στόμα, παρά τα υψηλά ποσοστά εισρόφησης που πιθανά εμφανίζουν (Logemann, 1998).

- Αποδεδειγμένη εμφάνιση πνευμονίας από εισρόφηση σε σύντομα χρονικά διαστήματα, χωρίς απόδειξη πως οι αντισταθμιστικές στρατηγικές ή οι τροποποιημένες πυκνότητες των φαγητών μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισής της.
- Η διάρκεια της κατάποσης. Αν ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα για τη στοματική και φαρυγγική μεταφορά κάθε πυκνότητας βλωμού αλλά παρόλα αυτά δεν εισροφά, μπορεί να σιτίζεται από το στόμα. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις προκύπτει η ανάγκη επιπρόσθετης σίτισης με καθετήρα ώστε να επιτευχθεί επαρκής θρέψη και ενυδάτωση.
- Αναγκαιότητα για αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης σε σύντομο χρονικό διάστημα καθώς και βιταμινών και ιχνοστοιχείων με στόχο να ξεπεράσει ο ασθενής ένα οξύ ιατρικό πρόβλημα, ή η ανάγκη για εναλλακτικό τρόπο φαρμακευτικής χορήγησης.
- Κίνδυνος από τραχειακή αναρρόφηση εάν επιτραπεί στον ασθενή να λαμβάνει τροφή από το στόμα. Ο ασθενής με δυσφαγία κινδυνεύει σοβαρά από τις τραχειοπνευμονικές επιπλοκές της εισρόφησης (Bigenzahn, W. & Denk, D. M., 2007).

Όλα τα παραπάνω, τόσο εκείνα που σχετίζονται με τη διαγνωστική διαδικασία καθώς και όσα σχετίζονται με την κλινική παρατήρηση, πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή (αν αυτό είναι εφικτό) και τις οικογένειες τους όταν η προοπτική της μη στοματικής σίτισης αποτελεί μέρος της θεραπείας (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

3.7.2. Σίτιση μέσω εναλλακτικών μεθόδων

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι μη στοματικής σίτισης για τους ασθενείς που δεν μπορούν να σιτιστούν και να ενυδατωθούν από το στόμα. Αυτοί μπορεί να είναι οι ρινογαστρικοί καθετήρες ή τα παράγωγα, η ενδοσκοπική ή χειρουργική γαστροστομία, ενδοσκοπική ή χειρουργική νηστιδοστομία, οισοφαγικό ή φαρυγγικό στόμιο σίτισης (Logemann, 1998). Όλοι οι παραπάνω τρόποι μη στοματικής σίτισης αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης σε σχέση με τη στοματική σίτιση. Με κατάλληλη φροντίδα όμως αυτή η επιπλοκή μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Όλες οι παραπάνω διαδικασίες είναι προσωρινές και μπορούν να αφαιρεθούν οποιαδήποτε στιγμή.

Οι ασθενείς και οι συγγενείς συνήθως δεν κατανοούν πως όλοι οι τρόποι μη στοματικής σίτισης μπορούν να είναι προσωρινοί ή και όχι ανάλογα με την πορεία του ασθενή. Ο κύριος σκοπός της διεπιστημονικής ομάδας δυσφαγίας θα πρέπει να είναι να το επικοινωνούν αυτό στους συγγενείς και τους ασθενείς. Επίσης θα πρέπει να ενημερώνουν για το είδος της μη στοματικής σίτισης που πρέπει να προτείνεται σε κάθε ασθενή και να δίνεται έμφαση στο τι θα προσφέρει στον ασθενή (π.χ. καλύτερη θρέψη και ενυδάτωση) σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η στοματική σίτιση (Logemann, 1998). Παρακάτω ακολουθεί συνοπτική αναφορά στους διάφορους τρόπους μη στοματικής σίτισης – ενυδάτωσης:

◆ Ρινογαστρικός καθετήρας

Ο ρινογαστρικός καθετήρας τοποθετείται από τη μύτη και καταλήγει στο στομάχι μέσω του φάρυγγα και του οισοφάγου. Οι καθετήρες διαφέρουν σε διάμετρο, ωστόσο ένας στενός καθετήρας προτιμάται για να μειώσει όσο είναι δυνατό τον ερεθισμό του φάρυγγα και του οισοφάγου αφού αυτός περνά από τη κρικοφαρυγγική ένωση, στην κορυφή του οισοφάγου. Ο αριθμός των γευμάτων μέσα στη μέρα και η ποσότητα του φαγητού ανά γεύμα, ποικίλουν σε κάθε ασθενή. Ωστόσο, κάθε γεύμα συνήθως ακολουθείται από τουλάχιστον 120 με 240cc νερού ώστε να καθαριστεί ο καθετήρας και να χορηγηθεί η απαιτούμενη ενυδάτωση. Γενικά, οι ασθενείς πρέπει να μένουν σε καθιστή θέση (90° μοιρών) για μία ώρα μετά το γεύμα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (Logemann, 1998).

Τα μειονεκτήματα του ρινογαστρικού καθετήρα είναι η φυσική του παρουσία στη μύτη, το φάρυγγα και τον οισοφάγο με αποτέλεσμα συχνούς ρινικούς, φαρυγγικούς, λαρυγγικούς και οισοφαγικούς ερεθισμούς, η αισθητική επιβάρυνση των εμπλεκόμενων δομών αλλά και της στοματικής κοιλότητας λόγω της αδράνειας (καθώς ο ασθενής δεν σιτίζεται στοματικά ή σιτίζεται σε περιορισμένο -εκπαιδευτικό/συμπληρωματικό- ποσοστό), η ενίσχυση κατακρατήσεων και η πιθανότητα παλινδρόμησης του φαγητού από το στομάχι στο φάρυγγα μέσω του οισοφάγου. Επίσης, τα γεύματα συχνά αποτελούνται από προπαρασκευασμένα διατροφικά διαλύματα που αυξάνουν το κόστος της φροντίδας του ασθενή (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

Η σίτιση μέσω ρινογαστρικό καθετήρα αποτελεί μια παροδική λύση στα προβλήματα στοματικής σίτισης και συνήθως αντικαθιστάται από μια μόνιμη ύστερα από 3 με 4 μήνες αν ο ασθενής παραμένει δυσφαγικός. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν ρινογαστρικό καθετήρα για 5 ή 6 μήνες ή και περισσότερο. Σε αυτούς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους πρέπει να γίνει σύσταση να τοποθετούν τον καθετήρα μόνο κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να τον αφαιρούν μετά (Logemann, 1998).

◆ Φαρυγγοστομία

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας τρύπας από το δέρμα μέσα στο φάρυγγα

μέσω της οποίας ένας σωλήνας τοποθετείται μέσα στον οισοφάγο κι από εκεί στο στομάχι. Το πλεονέκτημά του έναντι του ρινογαστρικού καθετήρα είναι η αποφυγή της τοποθέτησης του σωλήνα μέσω της μύτης κάτι που συχνά προκαλεί αίσθημα ντροπής στον ίδιο τον ασθενή λόγω της αισθητικής εμφάνισής του και θεωρείται λιγότερο κοινωνικά αποδεκτό από πολλούς ασθενείς καθώς και από το συγγενικό τους περιβάλλον. Το μειονέκτημά του είναι η δημιουργία της τρύπας που πιθανά για να κλείσει χρειάζεται χειρουργείο και ίσως αφήσει φαρυγγική ουλή (Logemann, 1998).

◆ Οισοφαγοστομία

Κατά την τεχνική αυτή, δημιουργείται μια τρύπα από το δέρμα στον τράχηλο του οισοφάγου μέσω της οποίας ένας καθετήρας σίτισης περνά από τον οισοφάγο στο στομάχι. Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά του είναι ίδια με της φαρυγγοστομίας (Logemann, 1998).

◆ Γαστροστομία

Η γαστροστομία μπορεί να τοποθετηθεί είτε μέσω μιας γενικής χειρουργικής διαδικασίας με γενική αναισθησία ή ενδοσκοπικά με τοπική αναισθησία (Logemann, 1998). Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) είναι αυτή που χρησιμοποιείται πιο συχνά (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Η τοποθέτηση ενδοσκοπικά ενός σωλήνα PEG, είναι ένας τρόπος εγκατάστασης σωλήνα σίτισης αποφεύγοντας πολύπλοκες χειρουργικές διαδικασίες. Παρόλο που υπάρχουν διάφορες τεχνικές τοποθέτησης, γενικά, δίνεται στους ασθενείς τοπική αναισθησία στην πλευρά που θα τοποθετηθεί ο σωλήνας. Ο χειρουργός, τοποθετεί ένα ενδοσκόπιο από το στόμα στο στομάχι του ασθενή. Καθώς ο χειρουργός παρακολουθεί τη βλεννογόνο του στομάχου εντοπίζεται το κατάλληλο σημείο του στομάχου που έρχεται εσωτερικά σε επαφή με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Στο σημείο αυτό γίνεται μικρή τομή (0,5-1 εκ.) του κοιλιακού τοιχώματος και τοποθετείται οδηγό σύρμα πάνω στο οποίο διολισθαίνει ο σωλήνας γαστροστομίας. Έτσι, ο σωλήνας PEG τοποθετείται στο στομάχι και εξέρχεται από το δέρμα της κοιλιακής χώρας. Η διαδικασία αυτή διαρκεί συνήθως 30 με 45 λεπτά.

Η σίτιση πρέπει να αρχίζει 24 ώρες μετά την τοποθέτηση του καθετήρα, αρχικά με τσάι. Αμέσως μετά είναι δυνατή η βαθμιαία αύξηση της σίτισης μέσω του καθετήρα. Ο ασθενής μπορεί να σιτίζεται με αλεσμένη τροφή από μπλέντερ μέσω του σωλήνα (Logemann, 1998). Η φροντίδα του σώματος με νερό και σαπούνι σαφώς επιτρέπονται. Η απόφραξη του PEG μπορεί να αποφευχθεί μέσω έκπλυσης αυτού με 40 ml νερό κάθε 6 ώρες πριν και μετά τη λήψη τροφής. Η αφαίρεση του καθετήρα είναι δυνατή κάθε στιγμή ενδοσκοπικά (Thomas Murry & Ricardo L. Carrau, 2014).

Η γαστροστομία αποτελεί μακροχρόνια λύση σε σοβαρά προβλήματα κατάποσης καθώς δεν έχει τον κίνδυνο ερεθισμού της μύτης και του φάρυγγα σε σύγκριση με ένα ρινογαστρικό

καθετήρα. Παράλληλα επιτρέπει την συνέχιση της θεραπευτικής παρέμβασης της δυσφαγίας με τη βοήθεια του λογοθεραπευτή, καθώς δεν καταργεί τη φυσιολογική οδό σίτισης και μπορεί να αποσυρθεί εάν ο ασθενής ανακτήσει την ικανότητα στοματική σίτισης. Στα μειονεκτήματά του συγκαταλέγονται οι μολύνσεις και οι διαρροές από την οπή στην κοιλιά, οι πληγές και η έλλειψη άνεσης στον ασθενή (Logemann, 1998).

◆ Νηστιδοστομία

Ο σωλήνας σίτισης μπορεί επίσης να τοποθετηθεί από εξωτερικό άνοιγμα την κοιλιακή χώρα, στη νήστιδα του λεπτού εντέρου. Αυτή η εναλλακτική διαδικασία συνίσταται για τους ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Ωστόσο, υπάρχουν ασθενείς που συνεχίζουν να εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ακόμα κι αν σιτίζονται μέσω νηστιδοστομίας (Logemann, 1998).

Η διαδικασία γίνεται είτε τοποθετώντας το σωλήνα απευθείας στη νήστιδα μέσω τομής στο κοιλιακό τοίχωμα, είτε τοποθετώντας ένα πιο λεπτό σωλήνα μέσω του σωλήνα PEG, προωθώντας τον στη νήστιδα του εντέρου (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Για τη σίτιση όμως του ασθενή χρησιμοποιούνται ειδικά διατροφικά διαλύματα και όχι πολτοποιημένο φαγητό, γεγονός που αυξάνει το συνολικό κόστος σίτισης του ασθενή.

◆ Ολική Παρεντερική Σίτιση

Πρόκειται για τη σίτιση μέσω περιφερικής ή κεντρικής φλεβικής γραμμής όταν ο ασθενής δεν μπορεί να σιτιστεί από το στόμα ή μέσω καθετήρα εντερικής σίτισης. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις εκτεταμένης εντερεκτομής, υψηλής παροχής συριγγίου όπου δεν ανταποκρίνεται σε στοιχειακή δίαιτα, αδυναμίας κάλυψης ποσοστού μεγαλύτερο από 60% των ενεργειακών αναγκών από την εντερική οδό για περισσότερες από 8 ημέρες, δυσαπορρόφηση και επίμονο ειλεό ή πλήρη εντερική απόφραξη.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ωστόσο, σε αυτό το σημείο, ότι ο καλύτερος τρόπος λήψης τροφής είναι συνήθως εντερικά, γεγονός που αποτελεί και βασικό μειονέκτημα της ολικής παρεντερικής σίτισης. Η στοματική και εντερική σίτιση διατηρούν την ακεραιότητα των εντερικών βλεννογόνων, διατηρούν φυσιολογικό pH στον στόμαχο, προλαμβάνουν την είσοδο βακτηρίων στον οργανισμό μέσω των τοιχωμάτων της γαστρεντερικής οδού, και είναι λιγότερο δαπανηρή από την παρεντερική θρέψη. Η διακοπή της ολικής παρεντερικής σίτισης γίνεται όταν ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει εντερική σίτιση, όταν πρέπει να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία. Εναλλακτικά χορηγείται παράλληλα ολική παρεντερική σίτιση και εντερική διατροφή.

3.7.3. Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα εναλλακτικών μεθόδων σίτισης

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η Διαδερμική Ενδοσκοπική Γαστροστομία (PEG) ξεκίνησε να τοποθετείται ως ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική λύση σε σχέση με την ανοιχτή χειρουργική γαστροστομία (Plonk W., 2008). Θεωρήθηκε ασφαλής επιλογή γιατί το ποσοστό χειρουργικών επιπλοκών για την τοποθέτηση του ήταν λιγότερο από 2% και αποτελεσματική γιατί επέτρεπε την τοποθέτηση σωλήνα σίτισης σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Κύρια πλεονεκτήματα της είναι η εξασφάλιση θρέψης και ενυδάτωσης, η διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας μέσω ενίσχυσης της πρωτεϊνικής πρόσληψης, η παρεμπόδιση της πνευμονίας από εισρόφηση, η βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και κατ' επέκταση η παράταση της ζωής σε ασθενείς με διαταραχές δυσφαγίας – δυσκαταποσίας, ανεξαρτήτως με την παρουσία ή μη και άλλων συνοδών νευρολογικών, εκφυλιστικών, κ.ά. διαταραχών (Li I., 2002).

Ένας ακόμα λόγος που οδηγεί στην επιλογή των καθετήρων σίτισης έναντι της στοματικής σίτισης είναι σε ασθενείς που χρήζουν μακροχρόνιας και συστηματικής φροντίδας, με στόχο την εξοικονόμηση χρόνου. Το μακροχρόνιο και καθημερινό τάισμα ενός δυσφαγικού ασθενή, και ιδιαίτερος όταν αντιμετωπίζει και συνοδά αφασικοπρακτικά ελλείμματα που δεν του επιτρέπουν την πλήρη συμμετοχή και αυτονομία κατά την σίτιση-ενυδάτωση του, μπορεί να είναι εξαιρετικά χρονοβόρο, κουραστικό και κάποιες φορές ψυχοφθόρο για τους ασθενείς και το περιβάλλον τους, και συχνά οδηγούν στην παραίτηση της μιας ή και των δύο πλευρών. Παρόλο που η στοματική σίτιση κάποιες φορές είναι προτιμότερη, η σίτιση μέσω καθετήρα σίτισης απαιτεί λιγότερο χρόνο από το νοσηλευτικό προσωπικό ή τους συγγενείς του ασθενή (Chernoff R., 2006).

Η χειρουργική τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης, μπορεί να παρατείνει πραγματικά την ικανότητα του ασθενή να ευχαριστείται τη διαδικασία σίτισης, χωρίς να γίνεται “αγγαρεία”, παρεμποδίζοντας συγχρόνως τις καταστροφικές δευτερεύουσες συνέπειες της σοβαρής αφυδάτωσης και απώλειας βάρους (Yorkson, M. K., Miller, M. R., Strad A. E., 2004). Σημαντικό για να επιτευχθεί αυτό είναι η πρώιμη χειρουργική παρέμβαση. Είναι ιδανικό, η χειρουργική παρέμβαση να γίνεται προτού να υπάρξει σημαντική απώλεια βάρους και αφυδάτωσης. Επίσης είναι προτιμότερο να παρέχεται η χειρουργική θεραπεία προτού η σίτιση να γίνει απωθητική διαδικασία. Καμία μέθοδος χειρουργικής παρέμβασης δεν αναστέλλει την ικανότητα του ατόμου να τρώει φαγητό και να πίνει υγρά από το στόμα. Αν η διαδικασία σίτισης γίνει έγκαιρα, κατά την πορεία της ασθένειας, το άτομο πιθανώς να μπορέσει να διατηρήσει την στοματική πρόσληψη ως μια ευχάριστη διαδικασία και να τρώει συμπληρωματικά μόνο τόσο όσο είναι εφικτό ή επιτρεπτό

και το υπόλοιπο να λαμβάνεται μέσω του σωλήνα (Yorkson, Miller, Strad, 2004).

Έρευνες που έχουν γίνει έχουν σε δυσφαγικούς ασθενείς με άνοια έχουν δείξει πως οι ασθενείς με σωλήνες PEG έχουν προσδόκιμο ζωής 1 με 4 μήνες περισσότερο από αυτούς που τους αρνούνται ή που δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για PEG. Το πλεονέκτημα επιβίωσης είναι μεγαλύτερο για τους ασθενείς που ο σωλήνας PEG τοποθετείται προτού εμφανίσουν αναπνευστικά προβλήματα. Οι ασθενείς που περιμένουν μέχρι η αναπνευστική τους ικανότητα να πέσει κάτω από το 50%, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αναπνευστικές επιπλοκές (Yorkson, M. K., Miller, M. R., Strad A. E., 2004).

Συνοψίζοντας, η απόφαση για τοποθέτηση σωλήνα σίτισης ώστε να βελτιωθεί η θρεπτική κατάσταση ενός δυσφαγικού ασθενή που δεν δύναται να σιτιστεί και να ενυδατωθεί με επάρκεια και ασφάλεια δια του στόματος, πρέπει να γίνεται άμεσα, δίχως προκαταλήψεις και φοβίες, και να θεωρείται ίδιας σημασίας και βαρύτητας με την απόφαση για μετάβαση σε πολτοποιημένες/αλεσμένες τροφές μέσω χρήσης μπλέντερ για την προετοιμασία του φαγητού, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση πλέον να καταπίνει στερεές τροφές ή με εκείνη της χρήσης πηκτικής σκόνης στα λεπτόρρευστα υγρά λόγω δυσκαταποσίας σε αυτά (Yorkson, Miller, Strad, 2004).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Αφού παρουσιάστηκαν τα βασικά πλεονεκτήματα των σωλήνων σίτισης - ενυδάτωσης, αναγκαία κρίνεται και η αναφορά στα χαρακτηριστικά που αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την τοποθέτηση τους. Οι κυριότεροι από αυτούς τους παράγοντες, οι οποίοι θα οδηγήσουν τον θεράπων ιατρό να επιλέξει τους σωλήνες σίτισης ως μία έσχατη λύση αναγνωρίζοντας το ρίσκο που συνεπάγεται με αυτή την επιλογή ή ακόμα και να την τους επιλέξει, είναι όταν ο ασθενής είναι άνω των 75 ετών, αρσενικού φύλλου, κλινίρης, με προχωρημένο καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επίπεδα λευκωματίνης μικρότερα του 3 gr/dL, έχει εμφανίσει προηγούμενες εισροφήσεις, κατακλίσεις, σύγχυση και καρδιακή νόσο (Plonk W., 2008). Επιπλέον αντενδείξεις για την εφαρμογή ενός καθετήρα PEG είναι η αδυναμία διαφανοσκόπησης, βαριά διαταραχή πηκτικότητας, ο ειλέος, η περιτονίτιδα και το έλκος στομάχου (Bigenzahn, W. & Denk, D. M, 2007).

Ενώ η Διαδερμική Ενδοσκοπική Γαστροστομία μπορεί να τοποθετηθεί με επιτυχία σχεδόν σε όλους τους ασθενείς και το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζονται με την τοποθέτηση της είναι γενικά χαμηλό, μεταξύ 0-2%, το ποσοστό των επιπλοκών που μπορούν να προκύψουν από την τοποθέτηση της ποικίλουν μεταξύ 15-70% (Li I., 2002). Σχετικά άμεσες επιπλοκές, όπως διάτρηση εντέρου και περιτονίτιδα, μπορεί να λάβουν χώρα στο 2-5% των ηλικιωμένων ασθενών (Shah S.,

2006). Μέσα σε ένα χρόνο, περίπου το 33% των ασθενών θα ζητήσουν να απομακρύνουν τον σωλήνα, 20% θα εμφανίσουν γαστρεντερικές επιπλοκές, 4-8% θα εμφανίσουν λοιμώξεις, αιμορραγία, διαρροές, ερυθρότητα ή ερεθισμό. Η τοποθέτηση του PEG δεν μειώνει απαραίτητα το χρόνο εργασίας των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών. Περίπου το 25-65% θα ζητήσει τη βοήθεια των επαγγελματιών ακόμα κι αν βρίσκονται σπίτι, ενώ το 25% περίπου χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο σε λιγότερο από 6 μήνες μετά την τοποθέτηση του σωλήνα (Shah S., 2006). Η εμφάνιση κατακλίσεων στους ασθενείς που σιτίζονται μέσω σωλήνων σίτισης μπορεί να φτάσει το 65%.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, υπάρχουν και κάποιες άλλες επιπλοκές οι οποίες μπορεί να προκύψουν, με κύριες αυτές που προκύπτουν από την διάθεση και την γνωσιακή κατάσταση του ίδιου του ασθενή. Η τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία του ασθενή, λόγω της φυσικής του παρουσίας στο σώμα του και των αυξανόμενων περιορισμών που του υποβάλλει στην καθημερινότητα του, δημιουργώντας συναισθήματα όπως δυσφορία, θλίψη, απογοήτευση και παραίτηση.

Οι διαρροές από το σωλήνα, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο ειλέος και η διάρροια αποτελούν, επίσης, πιθανές δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης και μπορούν να αυξήσουν ακόμα περισσότερο τα παραπάνω συναισθήματα. Επιπλέον, επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μετά την τοποθέτηση ενός PEG, μπορεί να είναι ο πόνος στην πλευρά του σωλήνα, μεταβολικές διαταραχές, εστιακή αιμορραγία, αιμάτωμα (Plonk W., 2008). Σε ασθενείς με σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, είτε αποδεδειγμένη είτε πιθανή, ο κίνδυνος εισρόφησης μετά την κατάποση εξαιτίας της παλινδρόμησης εμφανίζεται αυξημένη σε περιπτώσεις που ο ασθενής τρέφεται μέσω καθετήρων (Campbell-Taylor I., 2008).

Σε περιπτώσεις ασθενών με γνωσιακά ελλείμματα, όπως είναι ασθενείς με αφασία, απραξία, άνοια, κ.τ.λ., δημιουργούνται πιο περίπλοκες επιπλοκές όπως ακόμα και αφαίρεση (τράβηγμα) του σωλήνα από τον ασθενή, καθώς δεν είναι σε θέση να κατανοήσει γιατί ένας σωλήνας σίτισης προεξέχει από την κοιλιακή του χώρα και προσπαθεί να το βγάλει. Υπάρχουν στο εμπόριο ειδικές ζώνες (τύπου ζώνης κοίλων), οι οποίες καλύπτουν την γαστροστομία και ασφαλίζονται στην πλάτη, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι περιπτώσεις ασθενών που τραβάνε βίαια την γαστροστομία τους με σκοπό την πλήρη αφαίρεση της. Μια τέτοια ενέργεια συχνά κάνει τους ασθενείς πιο ευέξαπτους κάτι που μπορεί να οδηγήσει στη χρήση φαρμάκων, μετατρέποντας την άνεση που προσφέρει ένας σωλήνας σίτισης σε πρόβλημα.

3.7.4. Επιστροφή στη στοματική σίτιση

Η αλλαγή σε στοματική σίτιση προϋποθέτει τη βελτίωση τόσο της γνωστικής κατάστασης του ασθενή όσο και της φυσιολογίας της κατάποσης. Αυτοί οι δύο αλληλένδετοι παράγοντες είναι και τα κύρια ζητήματα που έχει να αντιμετωπίσει και να εξαλείψει όσο το δυνατό περισσότερο ένας λογοθεραπευτής σε δυσφαγικούς ασθενείς με συνοδά απρακτικά ελλείμματα. Ο Cary et al., περιέγραψε πώς να ξεκινά η στοματική σίτιση σε ασθενείς που σιτίζονται μέσω σωλήνα σίτισης. Στην αρχή, ο ασθενής με δυσφαγία πρέπει να είναι ικανός να καταπίνει τουλάχιστον μικρές ποσότητες υγρών ή αλεσμένα φαγητά αποτελεσματικά και με ασφάλεια (Becker et al., 2009).

Κλινικές έρευνες έδειξαν πως η θεραπεία της κατάποσης υποστηρίζει τη μεταφορά από τη σίτιση μέσω σωλήνα στη στοματική σίτιση με αποτελεσματικότητα κι έχει μάλιστα θετικά αποτελέσματα στη διατροφική κατάσταση του ασθενή, συνεπώς και στην υγεία και ευεξία του. Το κυριότερο όφελος που προκύπτει από την επιστροφή στη στοματική σίτιση, εκτός από την επαναδραστηριοποίηση και τη θεμελίωση της φυσιολογικής λειτουργίας της κατάποσης, είναι το γεγονός ότι η στοματική σίτιση αποτελεί τον ασφαλέστερο και καλύτερο ποιοτικά τρόπο σίτισης σε σχέση με τις μεθόδους μη στοματικής σίτισης, καθώς η τροφή απορροφάται και η πέψη γίνεται σταδιακά. Για αυτό το λόγο, τόσο ο ασθενής όσο και το περιβάλλον του, θα πρέπει να είναι “οπλισμένοι” με υπομονή, καθώς η αποκατάσταση της δυσφαγίας και ο χρόνος που απαιτείται, ποικίλλει ανάλογα με τα αίτια, τη βαρύτητα και την έκταση των διαταραχών κατάποσης, αλλά μπορεί να επιφέρει εξαιρετικά σημαντικό όφελος.

Κεφάλαιο 4^ο: Μελέτη Περίπτωσης

Όνοματεπώνυμο: Μ.Τ.

Γένος: Θήλυ

Ηλικία: 48.4

Ημερομηνία Διάγνωσης: 19/1/2016

Διάγνωση: Αφασία μεικτού τύπου, Στοματοπροσωπική Απραξία, Λεκτική Απραξία, Δυσκαταποσία

4.1. Ιστορικό

Η ασθενής Μ.Τ. Διακομίστηκε από το Γενικό Νοσοκομείο της πόλης της στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας με δεξιά ημιπληγία και αφασία μεικτού τύπου. Η MRI εγκεφάλου έδειξε τα εξής ευρήματα: πρόσφατα εκτεταμένο ισχαιμικό έμφρακτο στην περιοχή κατανομής της αριστερής μέσης και πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας με στοιχεία αιμοραγικής μετατροπής στην έλικα του προσαγωγίου και στις έλικες της μετωπιαίας κυρτότητας. Triplex καρωτίδων και Ultrasound καρδιάς φυσιολογικά. Κατά την κλινική εξέταση από τον φυσίατρο ιατρό λάβαμε τις εξής πληροφορίες: καλή βλεμματική επαφή, αφασία μεικτού τύπου, αδυναμία εκτέλεσης εντολών, χαλαρή δεξιά ημιπληγία με καμία ενεργητική κίνηση σε δεξί άνω και κάτω άκρο, Babinski reflex (+), φέρει ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης (levin). Η ασθενής προσήλθε συνοδευόμενη από τον άντρα της και τα δύο παιδιά της. Συνοδά προβλήματα: μυωπία οφθαλμών αμφοτερόπλευρα.

4.2. Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση

Κατά την εισαγωγή της στο κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας, η Μ.Τ. Αξιολογήθηκε από τον θεράπων φυσίατρο που την ανέλαβε και τις υπόλοιπες ειδικότητες ιατρών και θεραπευτών που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα που θα ασχοληθεί μαζί όπως είναι ο νευρολόγος, ο παθολόγος, ο καρδιολόγος, ο ψυχολόγος, ο φυσικοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, κ.ά. Ο λογοθεραπευτής οφείλει να εκτιμήσει την επικοινωνιακή ικανότητα της ασθενούς μέσα από μια Αρχική Εκτίμηση Λογοθεραπείας και την καταποτική ικανότητα της μέσα από μια Αρχική Εκτίμηση Δυσφαγίας.

Κατά την Αρχική Εκτίμηση Λογοθεραπείας, η ασθενής ήταν συνεργάσιμη και χαμογελαστή με πολύ καλή εστίαση και διατήρηση βλεμματικής επαφής. Ήταν πλήρως αποπροσανατολισμένη χωροχρονικά και δεν ήταν σε θέση να αντιληφθεί το πλαίσιο στο οποίο βρισκόταν καθώς και τον

ρόλο της σε αυτό. Δεν ήταν εφικτή η χορήγηση αξιολογητικού υλικού, όπως π.χ. το Bedside Wab Test, λόγω έντονης παρουσίας στοιχείων αφασίας μικτού τύπου σε συνδυασμό με στοιχεία στοματοπροσωπικής, λεκτικής, ιδεοκινητικής και ιδεατής απραξίας. Η επικοινωνία ήταν κατά κύριο λόγο εξωλεκτική με νεύματα κεφαλής (με αρκετά περιορισμένο βαθμό αξιοπιστίας και συνέπειας), μορφασμούς προσώπου και κινήσεις άνω άκρου. Υπήρχαν και κάποιες άκρως σποραδικές απόπειρες λεκτικής παραγωγής, πλήρως όμως ακατάληπτες (τύπου μουρμουρητού χαμηλής έντασης) και στεροτυπικές. Παρατηρήθηκε πλήρης απουσία αυτοματοποιημένου λόγου (δεν κατάφερε να μετρήσει ή να τραγουδήσει). Λόγω της εξωτερικής της εικόνας (αρκετά χαμογελαστή και πρόθυμη να συνεργαστεί), έδινε σαφέστατα καλύτερη εικόνα σε σχέση με την πραγματική της, αναφορικά με την αντιληπτική της ικανότητα. Δεν ήταν σε θέση να εκτελέσει απλές εντολές (κλείσε τα μάτια σου, σήκωσε το χέρι σου, άνοιξε το στόμα σου, κ.ά.), παρά μόνο μετά από βοήθεια και μίμηση από το θεραπευτή, με τη βοήθεια καθρέφτη. Δεν κατάφερε να επαναλάβει, να κατονομάσει, να κάνει ακουστική διάκριση απλών εικόνων, ούτε να κάνει αναγνώριση ή/και χρήση απλών καθημερινών αντικειμένων (χαρακτηριστικά έβαλε την χτένα στο στόμα της, δεν κατάφερε να κρατήσει επαρκώς το κουτάλι και φόρεσε τα γυαλιά της ανάποδα μετά από πολλές προσπάθειες και καθοδήγηση). Ομοίως δεν κατάφερε να πραγματοποιήσει απλές χειρονομίες (όπως πχ να χαιρετήσει, να στείλει ένα φιλί), ή να ολοκληρώσει μια ακολουθία κινήσεων (όπως πχ να δείξει πώς κάνουμε το σταυρό μας, πώς χρησιμοποιούμε την οδοντόβουρτσα ή πώς χτυπάμε την πόρτα και πώς την ανοίγουμε).

Η ασθενής ανταποκρίθηκε μερικώς σε ερωτήσεις ακουστικής κατανόησης προφορικού λόγου (κλειστού τύπου ναι/όχι), με ποσοστό επιτυχών απαντήσεων 50%, δίχως όμως οι απαντήσεις της να κρίνονται απολύτως αξιόπιστες. Δεν ήταν εφικτή η συμμετοχή της σε γραφοκινητικές δραστηριότητες, δεν κατάφερε να γράψει αλλά ούτε να αντιγράψει μετά από βοήθεια το όνομα της. Δεν είχε αναγνωστική ικανότητα, αλλά έδειχνε να είναι σε θέση να κάνει μερικώς αναγνώριση γραπτού λόγου σε επίπεδο απλής λέξης. Δεν αναγνώρισε κανέναν από τους αριθμούς. Τέλος, αντιμετώπιζε ελλείμματα σε ολόκληρο το γνωστικό φάσμα, ελλείμματα μνήμης, ελλείμματα προσοχής - συγκέντρωσης και αφαιρετικής σκέψης, γεγονός που καθυστέρουσε αδύνατη την συμμετοχή της σε οποιαδήποτε δραστηριότητα ελαφρώς αυξημένων απαιτήσεων. Έδειχνε να αντιλαμβάνεται μέρος του αστείου.

Κατά την Αρχική Εκτίμηση Δυσφαγίας, η Μ.Τ. ήταν ομοίως αρκετά συνεργάσιμη με ικανοποιητικό επίπεδο εγρήγορσης. Έφερε ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης/ενυδάτωσης (levin). Δεν ήταν εφικτός ο ενδεδειγμένος στοματοπροσωπικός έλεγχος (έλεγχος φυσικής κατάστασης, εύρους, ισχύος και κινητικότητας των δομών), καθώς η ασθενής δεν ήταν σε θέση να εκτελέσει εκούσιες κινήσεις λόγω στοματοπροσωπικής απραξίας. Παρατηρήθηκε ελαφρώς χαμηλός μυϊκός τόνος και

ήπια πτώση γωνίας στόματος στην δεξιά πάσχουσα πλευρά του προσώπου. Η ασθενής έφερε φυσικές οδοντοστοιχίες σε άνω και κάτω γνάθο. Κατά την εκτίμηση των αντανακλαστικών της, παρατηρήθηκε απευαισθητοποιημένο αντανακλαστικό εξ' εμέσεως (Gag – Reflex) αμφοτερόπλευρα. Η ανύψωση της σταφυλής της δεν ήταν εφικτό να ελεγχθεί, ομοίως λόγω αδυναμίας εκτέλεσης εντολών καθ' υπαγόρευση. Κατά την εκτίμηση κατάποσης, χορηγήθηκε παχύρρευστη σύσταση (γιαούρτι), το οποίο η ασθενής συγκρατούσε εντός της στοματικής κοιλότητας και δεν προωθούσε, διατηρώντας την κοιλότητα σε ανοιχτή θέση, αδυνατώντας να διαχειριστεί τον βλωμό με σκοπό να τον προωθήσει. Έγινε μηχανικός ερεθισμός της κοιλότητας, δίχως όμως κάποιο αποτέλεσμα, συνεπώς ο βλωμός αφαιρέθηκε από τον λογοθεραπευτή. Παρόμοια εικόνα, παρουσιάστηκε και στα υγρά, καθώς η ασθενής δεν κατάφερε να κάνει απομύζηση με το καλαμάκι, ούτε να δεχτεί και να διαχειριστεί ποσότητα νερού απευθείας από το ποτήρι (έντονο drooling λόγω μη σωστής τοποθέτησης των χειλέων). Οι προτάσεις μετά την αρχική αξιολόγηση της δυσφαγίας ήταν μη στοματική σίτιση – ενυδάτωση, παραμονή του ρινογαστρικού καθετήρα και καθημερινή στοματική υγιεινή.

Η Μ.Τ. εντάχθηκε σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα αμέσως μετά την αξιολόγησή της, όπου και παρακολουθεί από τότε εντατικά συνεδρίες λογοθεραπείας. Παρακολουθεί επίσης πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας. Η αρχική φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση διαπίστωσε σοβαρά ελλείμματα ελέγχου και συντονισμού κορμού και κάτω άκρων, καμία ενεργητική κίνηση σε δεξιά κάτω άκρο, καλή ικανότητα ρολαρίσματος προς τα δεξιά στο κρεβάτι αλλά δυσκολία προς τα αριστερά, αδυναμία διατήρησης καθιστής θέσης, αδυναμία ορθοστάτησης και αδυναμία βάδισης. Από την αρχική αξιολόγηση της εργοθεραπείας διαπιστώθηκαν αντιληπτικά - γνωσιακά ελλείμματα, λειτουργικά ελλείμματα στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (σίτιση, ένδυση - απόδυση άνω και κάτω ημιμορίου σώματος, εκτέλεση προσωπικής υγιεινής), ελλείμματα στις μεταφορές της από και προς το κρεβάτι, αμαξίδιο, τουαλέτα, μπάνιο, ελλείμματα στην αδρή και λεπτή κινητικότητα, ιδεοδεκτική αισθητικότητα και λειτουργικότητα του δεξιού άνω άκρου, όπως και ελλείμματα ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, απαραίτητη ήταν η παρακολούθηση της από τον ψυχολόγο και τον νευρολόγο του κέντρου καθώς ενώ κατά κύριο λόγο ήταν χαμογελαστή και πρόθυμη, υπήρχαν στιγμές κατά την διάρκεια της ημέρας όπου ήταν αρκετά ευσυγκίνητη με ξεσπάσματα κλάματος.

4.3. Λογοθεραπευτικό Πρόγραμμα

Η Μ.Τ. παρακολουθούσε 5 λογοθεραπευτικές συνεδρίες των 30 λεπτών κάθε εβδομάδα με μακροπρόθεσμους στόχους την βελτίωση της επικοινωνιακής της ικανότητας, τόσο στο επίπεδο του δεκτικού αλλά και του εκφραστικού της λόγου και την εξάλειψη της δυσφαγίας της και κατ'

επέκταση την ασφαλή και ελεύθερη σίτιση και ενυδάτωση της.

Ως πρωταρχικός στόχος, τέθηκε η αποκατάσταση του καταποτικού μηχανισμού της ασθενούς (βλ. κεφ 3.1.). Η Μ.Τ. παρουσίαζε στοιχεία απραξίας κατά την κατάποση και απευαισθητοποιημένο αντανακλαστικό εξ'εμέσεως. Η παρέμβαση αρχικά επικεντρώθηκε στην εξάλειψη της απραξίας κατά την κατάποση, με καθημερινό πολυαισθητηριακό ερεθισμό της κοιλότητας (απτικό, γευστικό, θερμικό) για την αύξηση της επίγνωσης του βλωμού στην κοιλότητα και με μη ειδική θερμική διέγερση εντός της στοματικής κοιλότητας με γλείψιμο πάγου για τη βελτίωση της αισθητικότητας του βλεννογόνου και την αύξηση του μυϊκού τόνου.

Μετά από δύο εβδομάδες η Μ.Τ. ήταν σε θέση να διαχειριστεί ικανοποιητικά τα εκπαιδευτικά γεύματα από τον λογοθεραπευτή με “λερωμένο” κουτάλι (χορήγηση εξαιρετικά ελάχιστης ποσότητας με στόχο την έκκριση σιέλου, την βελτίωση του στοματικού σταδίου και την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης) στην παχύρρευστη σύσταση (γιαούρτι, μέλι, μαρμελάδα, μερέντα, κ.ά.), και έτσι έγινε πρόταση από το λογοθεραπευτή για Ενδοσκοπικό Έλεγχο Κατάποσης. Κατά την εξέταση παρατηρήθηκε καλή διαχείριση και προώθηση παχύρρευστης σύστασης, δίχως συσσώρευση υπολειμμάτων και δίχως κάποιο σημείο εισρόφησης. Κατά την χορήγηση λεπτόρρευστης σύστασης (νερό) με ποτήρι, παρατηρήθηκε πρόωμη διαφυγή λόγω καθυστερημένης πυροδότησης της φαρυγγικής κατάποσης και εισρόφηση σε δεύτερο χρόνο με παρουσία καθυστερημένου αντανακλαστικού βήχα (αρκετά ισχυρού ωστόσο), γεγονός που αντισταθμίστηκε με χρήση της τεχνικής κάμψη κεφαλής και χορήγηση παγωμένων υγρών με καλαμάκι (η ασθενής ήταν σε θέση πλέον να κάνει απομύζηση με το καλαμάκι, γεγονός που κατά την αξιολόγηση της δεν κατάφερε). Προτάθηκε αφαίρεση του ρινογαστρικού καθετήρα, έναρξη στοματικής σίτισης με αλεσμένο (με απαραίτητο έλεγχο υπολειμμάτων στην κοιλότητα μετά το πέρας κάθε γεύματος) και έναρξη στοματικής ενυδάτωσης με παγωμένα υγρά και κάμψη κεφαλής με καλαμάκι.

Ακολούθησαν άλλες δύο εβδομάδες καθημερινής θερμικής διέγερσης στους υποδοχείς των πρόσθιων υπερώιων τόξων με στόχο την έκλυση και βελτίωση του αντανακλαστικού της κατάποσης (σε χρόνο και ισχύ) και στοματοκινητικές ασκήσεις ως ένας τρόπος αύξησης του ελέγχου της πράξης της κατάποσης μέσω της αύξησης της ισχύος και του εκούσιου ελέγχου στις κινήσεις των χειλέων, της κάτω γνάθου, της γλώσσας. Οι ασκήσεις πραγματοποιούνταν με χρήση καθρέφτη και παράλληλη εκτέλεση από τον θεραπευτή με στόχο την οπτική/ απτική/ ακουστική ανατροφοδότηση της ασθενούς μέσω της μίμησης. Χρειάστηκαν πολλές επαναλήψεις με στόχο την εξοικείωση της με τις ασκήσεις. Με το πέρας αυτών των δύο εβδομάδων, η Μ.Τ. παρουσίασε μεγάλη πρόοδο στον τομέα της σίτισης και ενυδάτωσης, γεγονός που οδήγησε σε επανεκτίμηση της κατάποσης της παρά την κλίνη και ενδοσκοπικά για δεύτερη φορά. Παρατηρήθηκε πολύ καλή διαχείριση όλων των συστάσεων (παχύρρευστη, ημιστέρεη, στέρεη και λεπτόρρευστη), με

αποτέλεσμα την μετάβαση σε σίτιση με τακτικό γεύμα και ελεύθερη ενυδάτωση.

Ο επόμενος θεραπευτικός στόχος είναι η επικέντρωση στην αύξηση της επικοινωνιακής της ικανότητας, η οποία περιλαμβάνει την βελτίωση του δεκτικού και εκφραστικού της λόγου. Σε αυτή τη φάση, ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο, θέτουμε την αύξηση του δεκτικού/ αντιληπτικού της λόγου, ώστε να είναι σε θέση να αντιληφθεί το πλαίσιο και τον ρόλο της σε αυτό, γεγονός που κατ' επέκταση θα βοηθήσει στην αύξηση της ενεργητικής της συμμετοχής και της επιτυχούς εκτέλεσης του απαιτούμενου ασκησιολογίου. Η προσπάθεια για αύξηση του δεκτικού λόγου, πραγματοποιήθηκε μέσω καθημερινών ασκήσεων με δραστηριότητες όπως ασκήσεις αναγνώρισης και χρήσης αντικειμένων, ασκήσεις ακουστικής διάκρισης εικόνων και ασκήσεις ακουστικής κατανόησης προφορικού λόγου. Μετά το πέρας 3 μηνών από την ημερομηνία διάγνωσης της, η Μ.Τ. είχε καταφέρει να είναι ικανή να συνδυαλλαγεί με το συνομιλητή της εξωλεκτικά με νεύματα και κινήσεις κεφαλής και μορφασμούς προσώπου, με ποσοστό αξιοπιστίας πλέον περί το 70 – 80%.

Πλέον, αφού η αντιληπτική της ικανότητα είχε φτάσει σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο, σειρά είχε η βελτίωση του εκφραστικού της λόγου. Ο κύριος στόχος, σε πρώτη φάση, αναφορικά με την έκφραση της, ήταν η έκφραση της μέσω εναλλακτικών τρόπων, όπως πχ με χρήση τυπωμένου αλφάβητου όπου θα έδειχνε τα γράμματα με το δάχτυλο της και θα σχημάτιζε λέξεις, με χρήση tablet/ηλεκτρονικού υπολογιστή, και σε τελικό στάδιο μέσω της γραφής. Η λεκτική επικοινωνία ήταν, στην παρούσα φάση, μακρινός και μη λειτουργικός, επί του παρόντος, στόχος. Η Μ.Τ. αντιμετώπιζε σοβαρά ελλείμματα κατά την αποκωδικοποίηση και κωδικοποίηση της γραπτής πληροφορίας με σκοπό να βρει τη λέξη στόχο, γεγονός που σαφέστατα αντικατοπτριζόταν στην γραφή και στην ανάγνωση της.

Η αύξηση του εκφραστικού της λόγου, περιελάμβανε ένα πρόγραμμα διαφόρων ασκήσεων με κύριο άξονα τις στοματοπροσωπικές ασκήσεις, την επανάληψη και στη συνέχεια την οπτική διάκριση των γραμμάτων. Τις στοματοπροσωπικές ασκήσεις τις είχε, ως ένα βαθμό, κατακτήσει ήδη κατά την παρέμβαση της δυσφαγίας που είχε προηγηθεί, με συνέπεια να μην δυσκολέψουν σε σημαντικό βαθμό την παρέμβαση, πάντοτε με χρήση καθρέφτη στη θεραπεία. Η επανάληψη ξεκίνησε σε επίπεδο φωνήεντος (a/e/i/o/u), με χρήση καθρέφτη για μίμηση, ακολούθησε η εναλλαγή μεταξύ των φωνηέντων και η παράλληλη προσπάθεια διάκρισης και αναγνώρισης τους πέρα από ακουστικά και οπτικά. Ο λογοθεραπευτή παρουσίαζε καρτέλες με το φωνήεν ταυτόχρονα με την παραγωγή του και γινόταν προσπάθειες επανάληψης από την ασθενή. Αφού η Μ.Τ. κατάφερε να επαναλάβει ταυτόχρονα, της ζητήθηκε επανάληψη δίχως βοήθεια από το θεραπευτή. Ομοίως προχωρήσαμε και στα υπόλοιπα γράμματα της αλφαβήτου, αρχικά σε επίπεδο φωνήματος, στη συνέχεια συλλαβής, απλής λέξης, πολυσύλλαβης λέξης και στη συνέχεια μικρών φράσεων. Το πρόγραμμα θεραπείας της Μ.Τ. πάντοτε περιελάμβανε χρήση πολυαισθητηριακών τεχνικών

(οπτική, απτική, ακουστική και ιδεοδεκτική ανατροφοδότηση). Οι ασκήσεις επανάληψης βοήθησαν τόσο την αύξηση της λεκτικής επικοινωνίας, έστω και σε μη λειτουργικό ακόμα επίπεδο, αλλά κατά κύριο λόγο γίνονταν για την αύξηση της ψυχολογίας της ασθενούς. Η ψυχολογία, τόσο σε σχέση με το θεραπευτή όσο και σε σχέση με οικογένεια της, είχε βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό καθώς ήταν πλέον σε θέση να αντιληφθεί τα ελλείμματα της, το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται καθώς και τον ρόλο της σε αυτό.

Η Μ.Τ. παρουσίαζε συνεχείς βελτιώσεις και στο κινητικό επίπεδο και εντάχθηκε και σε καθημερινές συνεδρίες υδροθεραπείας. Κατάφερε σταδιακά να διατηρεί αυτόνομα την καθιστή της θέση, να ορθοστατεί πρώτα με βοήθεια/στήριξη και στη συνέχεια αυτόνομα, να είναι αυτόνομη στις μεταφορές της από και προς το κρεβάτι και το αμαξίδιο, και 3 μήνες πριν πάρει εξιτήριο ήταν σε θέση να βαδίζει μικρές αποστάσεις με χρήση τραπεζοειδούς βακτηρίας και στη συνέχεια με βακτηρία αγκώνος και χρήση κνημοποδικού κηδεμόνα έσω υποδήματος τύπου Kletzak. Λίγους μήνες πριν ολοκληρώσει την οχτάμηνη διαμονή της στο κέντρο αποκατάστασης κατάφερε να αυτοεξυπηρετείται (μπάνιο, τουαλέτα) και να εκτελεί αυτόνομα τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (σίτιση, ένδυση – απόδυση, προσωπική υγιεινή). Το δεξί άνω άκρο ήταν αρχικά σε χαλαρή φάση αλλά στη συνέχεια άρχισε να αυξάνεται ο μυϊκός τόνος. Καθημερινά, στις συνεδρίες εργοθεραπείας γινόταν λειτουργική κινητοποίηση με στόχο την ομαλοποίηση του μυϊκού τόνου και παροχή αισθητηριακών ερεθισμάτων, όπου η Μ.Τ. συμμετείχε ενεργά και με απόλυτη προθυμία στο ασκησιολόγιο.

4.4. Αποτελέσματα Θεραπείας

Σήμερα η Μ.Τ. είναι 50 ετών και μετά από περίπου 2 χρόνια εντατικού προγράμματος θεραπείας (λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες και εργοθεραπείες), εκ των οποίων οι πρώτοι 8 μήνες ήταν εντός του κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας και οι υπόλοιποι εκτός του κέντρου, στην πόλη της με ιδιώτες θεραπευτές, έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τόσο στο επικοινωνιακό όσο και στο κινητικό επίπεδο. Σημαντικό ρόλο, στην τρομακτική της αυτή πρόοδο, έπαιξε ότι η ασθενής αυτή ήταν αρκετά μικρή ηλικιακά και είχε καθ' όλη την διάρκεια στο πλάι της τον άντρα της και τα δύο παιδιά της, σημαντικό κίνητρο στην πορεία της αποκατάστασης. Επιπλέον, βοήθησε σε σημαντικό βαθμό, το υψηλό της μορφωτικό επίπεδο, και η ενεργή επαγγελματική της ζωή πριν το ΑΕΕ.

Έτσι, εξελικτικά η Μ.Τ. είναι σε θέση να αποκωδικοποιήσει την γραπτή πληροφορία και να βρει και να σχηματίσει τη λέξη στόχο, σε επίπεδο φράσης. Είναι πλέον αυτόνομη να επικοινωνήσει μέσω tablet, και να εκφραστεί μέσω αυτού χωρίς καθοδήγηση. Λεκτικά έχει αρχίσει αυθόρμητα να χρησιμοποιεί καθημερινές απλές λέξεις και είναι πολύ καλύτερη στο τραγούδι και στις

αυτοματοποιημένες σειρές (μετράει δίχως βοήθεια και λέει τις ημέρες της εβδομάδας με μικρή βοήθεια). Η Μ.Τ. δεν έχει περάσει ακόμα στο επίπεδο αυτοματοποίησης όλων των φωνημάτων και παρατηρούνται ακόμη ασταθή αρθρωτικά λάθη, τα οποία όμως αναγνωρίζει πλήρως και αυθόρμητα και προσπαθεί να αυτοδιορθώσει. Με βοήθεια από θεραπευτή μπορεί να επαναλάβει σε επίπεδο πρότασης, με απαραίτητη όμως οπτική και ακουστική καθοδήγηση, ιδιαίτερα καθώς αυξάνεται η δυσκολία και η πολυπλοκότητα της πρότασης. Αναφορικά με την ανάγνωση της, δεν αντιμετωπίζει σχεδόν κανένα έλλειμμα, παρά μόνο στον χρόνο που της απαιτείται (περίπου τριπλάσιος του φυσιολογικού). Στο αντιληπτικό κομμάτι, η Μ.Τ. είναι σε θέση να αντιληφθεί ακόμα και σύνθετη εντολή πολλών βημάτων, καθώς και να αντιληφθεί πλήρως τον συνομιλητή της. Σε περιπτώσεις όπου ο συνομιλητής της μιλάει εξαιρετικά γρήγορα, η Μ.Τ. ζητά να της επαναληφθούν τα προηγούμενα με αποτέλεσμα να κρίνεται ως απολύτως λειτουργική όσον αφορά την επικοινωνία της. Δραστηριοποιείται ανεξάρτητα, τόσο στο σπίτι της, όσο και έξω από αυτό, πηγαίνει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, κινηματογράφο, καφετέριες με τις φίλες της και ενημερώνεται για την πρόοδο των παιδιών της από τους δασκάλους τους. Έχει επανενταχτεί στην επαρκώς στην κοινότητα.

Η Μ.Τ. εξακολουθεί να παρακολουθεί εντατικά συνεδρίες λογοθεραπείας, με στόχους που αφορούν την γενίκευση και αυτοματοποίηση όλων των φθόγγων που μπορεί να παράγει, την παραγωγή απλών και σύνθετων λέξεων, δισύλλαβων, τρισύλλαβων και πολυσύλλαβων κατά την ελεύθερη ομιλία, την διαμόρφωση απλών και πιο σύνθετων δομημένων φράσεων και προτάσεων σε ελεύθερη ομιλία, πάντοτε παράλληλα με ασκήσεις για τη βελτίωση της προσωδίας (τραγούδι κατά κύριο λόγο), με στόχο την φυσικότητα της ροής της ομιλίας της.

Κινητικά η Μ.Τ. βαδίζει μεγάλες αποστάσεις, εντός και εκτός σπιτιού, δίχως βοήθεια από τρίτο άτομο, με χρήση βακτηρίας αγκώνος και κνημοποδικού κηδεμόνα έσω υποδήματος τύπου Kletzak στο δεξί κάτω άκρο. Το δεξί άνω άκρο δεν κρίνεται λειτουργικό λόγω αυξημένου μυϊκού τόνου (σπαστικότητα), γεγονός που η ίδια αναγνωρίζει πλήρως και έχει μάθει να χαλαρώνει μόνη της ακολουθώντας της οδηγίες του εργοθεραπευτή της, ώστε να μην αποτελεί εμπόδιο στην λειτουργικότητα της. Παρότι είναι πλέον ανεξάρτητη σε όλες τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εξακολουθεί να παρακολουθεί 2 φορές την εβδομάδα θεραπείες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας με στόχο την βελτίωση του προτύπου βάδισης και της κινητικότητας/λειτουργικότητας του άνω άκρου.

Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία, με θέμα “Θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Σίτισης - Κατάποσης σε ασθενείς με Επίκτητη Απραξία”, ευελπιστώ να έχει γίνει μια βασική γνωριμία αρχικά με το προφίλ αυτών των ασθενών και τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν, καθώς και με τον κλινικό τρόπο διαχείρισης τους από έναν εξειδικευμένο, στη νευρογενή δυσφαγία, λογοθεραπευτή, πάντοτε στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής ομάδας. Η έγκαιρη διάγνωση της δυσφαγίας και η εξατομικευμένη αντιμετώπιση της, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή, μπορεί να οδηγήσει στην βέλτιστη, για την κάθε περίπτωση, αποκατάσταση της.

Οι τύποι απραξίας που μας απασχόλησαν σε μεγαλύτερο βαθμό, εξαιτίας της σύνδεσης τους με τις διαταραχές κατάποσης καθεαυτού ή με την δυσκολία που επιφέρουν στην διεξαγωγή της θεραπείας, είναι κατά κύριο λόγο η στοματοπροσωπική απραξία, η απραξία κατά την κατάποση, η ιδεατή και η ιδεοκινητική απραξία. Ένας δυσφαγικός ασθενής με απρακτικά ελλείμματα, μετά από ένα Α.Ε.Ε., αντιμετωπίζει μια πληθώρα δυσκολιών λόγω τεσσάρων βασικών παραμέτρων. Ο πρώτος και κυριότερος είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αυτού καθ' εαυτού, με συχνά συνοδά προβλήματα όπως εύκολη και γρήγορη κόπωση, παρορμητικότητα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, βαθιά δυσφορία, άρνηση, πλήρη ή μερική έλλειψη βουλητικής ικανότητας, στοιχεία παραίτησης, κ.ά.

Ο δεύτερος είναι τα απρακτικά ελλείμματα τα οποία αντιμετωπίζει ο ασθενής, τα οποία επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την συνεργασία και την ενεργή συμμετοχή του στο θεραπευτικό πλαίσιο. Τα γνωσιακά ελλείμματα, τα οποία αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς δεν τους επιτρέπουν να αναγνωρίσουν με ευκολία τα ελλείμματα τους ούτε το πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται, συνεπώς ούτε τον ρόλο τους σε αυτό (ελλιπής επίγνωση της κατάστασης τους). Ο λανθασμένος προγραμματισμός από τον εγκέφαλο εμποδίζει την ολοκλήρωση των ακριβών και σκόπιμων κινήσεων, δυσκολεύοντας την παρέμβαση, καθώς οι ασθενείς αυτοί δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν εντολές μετά από παράγγελμα. Τέλος, γνωστικά ελλείμματα όπως δυσκολίες στη σκέψη, στην οργάνωση αλλά και τη μνήμη, είναι πολύ πιθανό ότι θα καθυστερούν σε σημαντικό βαθμό την διαδικασία της αποκατάστασης του ασθενή. Ο τρίτος είναι οι διαταραχές του καταποτικού μηχανισμού (είτε αφορούν το στοματικό, φαρυγγικό, οισοφαγικό στάδιο, είτε κάποιο συνδυασμό αυτών), οι οποίες υπό άλλες συνθήκες θα αποτελούσαν για ένα λογοθεραπευτή μια ακόμα “κλασσική” θεραπευτική παρέμβαση, ενώ στην περίπτωση ενός απρακτικού ασθενή, αποτελούν μια πρόκληση με στόχο την αποκατάσταση της δυσφαγίας, αυτής της διαταραχής της

“υγιούς” σίτισης όπως συχνά λέγεται, και, αν αυτό είναι εφικτό, την επανεκπαίδευση και εδραίωση της αυτόνομης σίτισης.

Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πλειοψηφία αυτών των ασθενών είναι άνω των 55 ετών, γεγονός που σημαίνει ότι η πλαστικότητα του εγκεφάλου και η αυτόματη βελτίωση, δεν αποτελούν κυρίαρχους συμμάχους την πορεία της αποκατάστασης. Αν και η γήρανση, αποκλειστικά από μόνη της, δεν προδιαθέτει ένα άτομο για διαταραχές κατάποσης, υπάρχουν πολυάριθμες αλλαγές, οι οποίες μπορούν να επηρεάζουν την ικανότητα της κατάποσης, όπως αλλαγές στην ικανότητα σωστού συντονισμού αναπνοής- κατάποσης, μορφολογικές αλλαγές (καθυστερημένη ανύψωση του υοειδούς οστού, μειωμένη πίεση και δύναμη της γλώσσας, μειωμένη ανύψωση λάρυγγα, μειωμένη ροή σιέλου, μείωση ή απώλεια της γεύσης και οσμής, κ.ά.), αυξημένο ποσοστό εμφάνισης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης αλλά και μια γενικότερα αυξημένη ευαισθησία σε άλλες παθήσεις.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, η παρέμβαση σε δυσφαγικούς ασθενείς με απρακτικά ελλείμματα (είτε είναι αισθητηριακή, αντισταθμιστική/λειτουργική, θεραπευτική, είτε μέσω της αυτοσίτισης με εκπαιδευτικά γεύματα, ή ακόμα και μέσω εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας), κρίνεται εξαιρετικά δύσκολη και απαιτεί ιδιαίτερης μεταχείρισης, τόσο προς τον ασθενή όσο και προς το περιβάλλον του. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένος με τη δυσφαγία, ούτως ώστε να μπορεί να αναγνωρίσει σωστά και έγκαιρα τα σημεία και τις συμπεριφορές που οδηγούν σε υποψία πιθανής δυσφαγίας, δίχως να απαιτείται η ενεργής συμμετοχή και συνεργασία του ασθενή. Ο ειδικός λογοθεραπευτής και η διεπιστημονική ομάδα, η οποία τον συμπεριλαμβάνει, οφείλουν να γνωρίζουν σε βάθος τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει αυτός ο ασθενής, με στόχο να καταλήξουν στην βέλτιστη αποκατάσταση της δυσφαγίας, με παράλληλη προσπάθεια περιορισμού ή εξάλειψης των απρακτικών δυσκολιών του ασθενή, πάντοτε προς όφελος του ίδιου του ασθενή.

Σε περιπτώσεις επιλογής μη στοματικής σίτισης – ενυδάτωσης, η κλινική απόφαση πρέπει να λαμβάνεται μεταξύ του ασθενή, των συγγενών και του θεράπων ιατρού, δεδομένου των ηθικών και νόμιμων αρχών. Οι θεραπευτικές στρατηγικές πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις και τις αξίες του ασθενή, με την αυτονομία του ασθενή να είναι κυρίαρχη, έχοντας ως κύριο στόχο, όταν αυτός είναι πραγματοποιήσιμος, την επαναδραστηριοποίηση και τη θεμελίωση της φυσιολογικής λειτουργίας της κατάποσης. Όταν η επιθυμία του ασθενή είναι δυνατό να εκφραστεί πρέπει να ακολουθείται και να μη φιμώνεται. Η ελληνική κοινωνία, λόγω του φόβου που την διακατέχει προς οτιδήποτε “ξένο” και της αυτόματης ένταξης του στην κατηγορία του “μη φυσιολογικού”, συχνά αρνείται την μη στοματική σίτιση ως τρόπο σίτισης, αγνοώντας τα πλεονεκτήματα που μπορεί να επιφέρει σε έναν ασθενή, ο οποίος δεν δύναται να σιτιστεί

στοματικά, είτε προσωρινά, είτε μακροπρόθεσμα, είτε και εφόρου ζωής. Καλύτερη συνειδητοποίηση των αγαθών (εξασφάλιση θρέψης και ενυδάτωσης, διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας, αποφυγή πνευμονίας από εισρόφηση, βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και κατ' επέκταση παράταση της ζωής) που στερούμε από τους ασθενείς κωλυσιεργώντας στην λήψη μιας απόφασης (όπως εκείνης για τη μετάβαση από στοματική σε μη στοματική σίτιση, από στέρεη σύσταση σε αλεσμένη, την απαγόρευση μια σύστασης, κ.τ.λ.), μπορεί να μας κάνει να λαμβάνουμε πιο εύκολα τις απαιτούμενες αποφάσεις.

Κλείνοντας, αυτή την πτυχιακή εργασία, αξίζει να γίνει αναφορά στην σημασία της σωστής και έγκαιρης ενημέρωσης, ένα ακόμα θέμα στο οποίο χρήζουμε περαιτέρω βελτίωσης στη χώρα μας. Ο ασθενής αλλά και το περιβάλλον του, πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι από την διεπιστημονική ομάδα, για την φύση των δυσφαγικών ελλειμμάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, την πορεία και την εξέλιξη που εκτιμάται να έχει, τον χρόνο που απαιτείται για την αποκατάσταση της δυσφαγίας του, και κυρίως για το ενδεχόμενο της μη πλήρους αποκατάστασης των ελλειμμάτων. Αν υπάρχει σωστή ενημέρωση όλων των πλευρών, η διαταραχή της ψυχικής υγείας (πέραν την σωματικής) και η κοινωνική περιθωριοποίηση των δυσφαγικών - απρακτικών ασθενών θα περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό στη χώρα μας. Άλλωστε ας μη ξεχνάμε, είναι απλώς άνθρωποι με δυσκολία στην σίτιση και ενυδάτωση τους. Δεν παύουν να είναι συνάνθρωποι μας, όπως οι γονείς μας, οι συγγενείς μας, οι φίλοι μας, οι γνωστοί μας. Θερμή παράκληση να τους αντιμετωπίζουμε όπως θα θέλαμε να μας αντιμετωπίσουν και εμάς σε παρόμοια κατάσταση. Ευχαριστώ.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Ελληνική και Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Arvedson, J., Lefton – Greif, M. (1998). *Pediatric Videofluoroscopic Swallow Studies, a Professional Manual with Caregiver Guidelines*. Texas: Communication Skill Builders.
2. Bigenzahn, W. & Denk, D. M, (2007). *Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες: Αιτιολογία, Κλινική εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης*. μτφρ: Ε. Αναγνώστου, Ε. Μοσχοβάκης, Αθήνα: Πασχαλίδης. .
3. Dorland's Pocket (1997), *Medical Dictionary*, μετάφραση – επιμέλεια: Αλέξανδρος Κ. Κατούλης, Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
4. Duffy J. R. (2012), *Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας: Υποστρώματα, Διαφορική Διάγνωση και Αντιμετώπιση*, επιμέλεια: Νάσιος Γ., Ιγνατίου Μ., Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης - Broken Hill Publishers LTD.
5. Freed D. (2012), *Motor speech disorders: Diagnosis and treatment*, 2η έκδοση, Clifton Park, N.Y.: Delmar Cengage learning
6. Harrison N. Jones, John C. Rosenbek (2010), *Dysphagia in Rare Conditions: An Encyclopedia*, USA: Plural Publishing
7. Harrison N. Jones, John C. Rosenbek (2013), *Δυσφαγία στις κινητικές διαταραχές*, μετάφραση – επιμέλεια: Σδράβου Κ. Τέγου Τ., Μακρής Γ., Πάτρα: Gotsis
8. Jochen Schindelmeiser (2013), *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*, επιμέλεια: Γρηγόριος Νάσιος, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ρόδων
9. Julie A. Y. Cichero, Bruce E. Murdoch (2006), *Dysphagia: Foundation, Theory and Practice*, London: John Wiley & Sons, Ltd
10. Kathryn M. Yorkston, David R. Beukelman, Edythe A. Strand, Kathleen R. Bell (2006), *Θεραπευτική παρέμβαση νευρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας σε παιδιά και ενήλικες*, επιμέλεια: Καμπανάρου Μ., 1η Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
11. Kenneth G. Shipley & Julie G. McAfee (2013), *Διαγνωστικές προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία*, μετάφραση – επιμέλεια: Βιρβιδάκη Ε. & Ταφιάδης Δ., 4η έκδοση, Αθήνα: Gotsis
12. Landis K., Vander Woude, J., Arthur E. & Jongsma Jr. (2012), *Οδηγός Σχεδιασμού Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης*, επιμέλεια: Ταφιάδης, Δ., Ψωμόπουλος, Δ. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ρόδων.
13. Logemann J. A. 1998. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*, 2η έκδοση,

- Austin (TX): Pro Ed.
14. Louise Cummings (2014), *The Communication Disorders Workbook*, New York: Cambridge University Press
 15. Mauk PhD, Kristen L. (2013), *The Effect of Advanced Practice Nurse-Modulated Education on Rehabilitation Nursing Staff Knowledge*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers
 16. McFarland D. H. (2011). *Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο Ανατομίας Λόγου Κατάποσης & Ακοής*, επιμέλεια: Νάσιος Γ., Ζιάβρα Ν., Παπαδημητρίου Ε., μετάφραση: Πιπερός Θ., Σκαρπιάς Γ, Καπώνη Ν, Θεοδούλου Κ., Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
 17. Norina Lauer, Beate Birner-Janusch. (2016), *Απραξία της ομιλίας παιδιών και ενηλίκων*, επιστ. επιμέλεια: Ταφιιάδης Δ. & Χαραλαμπίδου Ε., μετάφραση: Πατσικαθεοδώρου Γ., Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Ρόδων
 18. Norma B Anderson & George H. Shames (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*, 8η έκδοση, επιμέλεια: Τρίμμης Ν. & Ζιάβρα Ν.. Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
 19. Olle Ekberg (2012), *Dysphagia: Diagnosis and Treatment*, Springer: Berlin
 20. Randall L. Braddom, Ralph M. Buschbacher, Leighton Chan, (2006), *Physical Medicine and Rehabilitation*. Elsevier Health Sciences: Australia
 21. Stephanie K. Daniels & Maggie-Lee Huckabee (2014), *Dysphagia Following Stroke*, 2η έκδοση, USA: Plural Publishing
 22. Sasser Martha, White Kellie F., King Veda, (1995). *Motor Speech Disorders, Substrates, Differentials, Diagnosis and Management*, Mayo Foundation, Printed in United States of America.
 23. Tanner Dennis C. (2003), *Forensic Aspects of Communication Sciences and Disorders*, U.S.A.: Lawyers & Judges Publishing Company
 24. Thomas Murry & Ricardo L. Carrau (2014), *Η κλινική διαχείριση των Διαταραχών Κατάποσης – Δυσφαγία σε Παιδιά και Ενήλικες*, μετάφραση – επιμέλεια: Βιρβιδάκη Ε., Μεσσήνης Α. & Ταφιιάδης Δ., 3η έκδοση, Αθήνα: Gotsis
 25. Walton John N. (1977), *Brain's Diseases of the Nervous System*, 8th Edition, London, Oxford University Press.
 26. Yorkson, M. K., Miller, M. R., Strad A. E. (2004). *Management of Speech and Swallowing in Degenerative Diseases*, (2nd ed). United States: PRO-ED.
 27. Καμπανάρου, Μ. (2007), *Διαγνωστικά Θέματα Λογοπαθολογίας*, Αθήνα: Ίων, Εκδόσεις Έλλην.
 28. Καρπαθίου, Χρ. Εμμ. (1999). « *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία* », Τόμος 1

- (Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση), Αθήνα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
29. Καρπαθίου, Χρ. Εμμ. (1999). « *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία* », Τόμος 2 (Θεραπεία), Αθήνα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
 30. Λίζα Βάρβολη (2006), *Ερευνώντας τους λαβύρινθους του εγκεφάλου*, Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα
 31. Λογοθέτη Ιωάννη, Μυλωνά Ιωάννη. (1996), *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσ/νίκη, 3η έκδοση: University Studio Press.
 32. Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ, Αϊναλίδου Ε. (2001), *Οδηγός για την εγκεφαλική πάρεση: Νευρολογικά στοιχεία και χειρισμός*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελλην
 33. Πρώτου, Χ. (2003), *Δυσφαγία – Δυσφασία – Δυσαρθρία*, Θεσσαλονίκη: Γιαπούλη

Άρθρα

1. Amella J. E., Grant P. A., Mulloy C. (2008). *Eating Behaviour in Persons with Moderate to Late-stage Dementia: Assessment and Interventions*. J Am Psychiatr Nurses Assoc, 13(6): 360-367.
2. Avin J. E., Martin J. H., Keen M. S., Debell M. & Blitzer A. (1993). *Air-pulse quantification of supraglottic and pharyngeal sensation: a new technique*. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, 102, 777-780.
3. Avin J. E., Martin J. H., Sacco R. L., Zagar D., Diamond B., Keen M. S., & Blitzer A. (1996). *Supraglottic and pharyngeal sensory abnormalities in stroke patients with dysphagia*. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, 105, 92-97.
4. Burnett TA, Mann EA., Cornell SA, Ludlow CL., (2003), *Laryngeal elevation achieved by neuromuscular stimulation at rest*. J Appl Physiol. 94: 128-134
5. Campbell-Taylor I., (2008), *Oropharyngeal Dysphagia in Long-Term Care: Misperceptions of Treatment Efficacy*. J Am Med Dir Assoc, 9: 523-531.
6. Carota A, Berney A, Aybek S, (2005). *A prospective study of predictors of poststroke depression*. Neurology, 64(3):428–433.
7. Castillo Morales R. (1991), *Orofaziale Regulationstherapie*. Munchen: Pflaum
8. Cera Maysa Luchesi, Karin Zazo Ortiz, Paulo Henrique Ferreira Bertolucci & Thaís Soares Cianciarullo Minett. (2013). *Speech and orofacial apraxias in Alzheimer's disease*: International Psychogeriatrics, , 25:10, 1679–1685
9. Chernoff R., (2006), *Tube Feeding Patients With Dementia*. Nutr Clin Pract, 21: 142-146.
10. Clark H., Lazarus C., Arvedson J., Schooling T., Frymark T., (2009), *Evidence-based*

- systematic review: effects of neuromuscular electrical stimulation on swallowing and neural activation. Am J Speech-Lang Path. 8:381-375*
11. Clark HM., (2003), *Neuromuscular treatment for speech and swallowing: a tutorial. Am J Speech-Lang Path. 12(4):400-415*
 12. Comper C., Kim J. N., & Bader L. G. (1998). *Nutritional requirements of an aging population with emphasis on subacute care patients, AAN Clinical Issues, 9(3), 441-450*
 13. Coombes K.. (1996), *Von der Ernährungssonde zum Essen an Tisch. In: Lipp B, Schlaegel W (Hrsg.). "Wege von Anfang an" – Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten. Neckar: Villingen- Schwenningen.*
 14. Corbin-Lewis, K., Liss, M. J., Sciortino, K. L. (2005). *Clinical Anatomy and Physiology of the Swallow Mechanism. Australia: THOMSON-DELMAR LEARNING.*
 15. Coyle J. L., (2002), *Critical appraisal of a treatment publication: Electrical stimulation for the treatment of dysphagia. Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders, ASHA Division 12 Newsletter, 11(4), 12-15*
 16. Crary, M. A. (1995). *A direct intervention program for chronic neurogenic dysphagia secondary to brainstem stroke. Dysphagia, 10, 6-18.*
 17. Crary MA, Carnaby-Mann GD, Faunce A., (2007), *Electrical stimulation therapy for dysphagia: Descriptive results of two surveys, Dysphagia, 22,165-173*
 18. Crary MA, Carnaby-Mann GD, Groher ME. (2005), *Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1516-1520.*
 19. Curran J, Groher ME, (1990), *Development and dissemination of an aspiration risk reduction diet., Dysphagia, 5:6-12.*
 20. Daniels, S. K., Meltam C. P., Brailey, K. & Foyndas AL. (1997). *Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. Speech – Lang Pathol. 1997;6:17-23*
 21. Daniels, S. K., Brailey, K., Priestly, D.H., Herrington, L. R, Weisberg, L. A., & Foyndas AL. (1998). *Aspiration in patients with acute stroke. Arch Phys Med Rehabil, 79, 14-19*
 22. DeLegge H. M., (2009), *Tube Feeding in Patients With Dementia, Nutr Clin Pract, 24:214-217*
 23. DePippo, K. L., Holas M. A. & Redding M. J. (1994). *The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. Arch Phys Med Rehabil, 75(12), 1284-1286*
 24. Detweiler M. B., Kim Y. K., Bass J.. (2004). *Percutaneous endoscopic gastrostomy in cognitively impaired older adults: A geropsychiatric perspective. AM J ALZHEIMERS*

DIS OTHER DEMEN, 19: 24-30.

25. Ding R., Larson CR, Logemann JA, Rademaker AW. (2002), *Surface electromyographic and lectroglottographic studies in normal subjects under two swallow conditions: normal and during the Mendelsohn maneuver.*, *Dysphagia* 17:1-12
26. Doeltgen S., Witte U., Gumbley F., Huckabee M., (2009), *Evaluation on manometric measures during tongue – bold swallows.* *Am J Speech-Lang Path.*, 18:65-73
27. Dorner B.: *Nutrition for the dementia resident: how to handle common challenges.* *Nurs Homes Long Term Care Manag*, 54(5): 29-30, 2005.
28. Dr Valery Feigin and other researchers (2010). *Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, National Center for Biotechnology Information, *Lancet*. 2014 Jan 18;383(9913):245-54
29. Easterling C., Grande B., Kern M., Sears K., Shaker R., (2005), *Attaining and maintaining isometric and isokinetic goals of the Shaker exercise.* *Dysphagia*, 20: 133-138
30. El Sharkawi, A., Ramig, L. Logemann, J. Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., Smith C. H., et. al., (2002), *Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): A pilot study.* *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72, 31-36
31. Haskins K , Ravich WJ, Donner MW, et al. (1985) *The swallowing centre concepts and procedures.* *Gastrointest Radiol*, ;10: 255-61.
32. Hewitt A., Hind J., Kays S., Nicosia M., Doyle J., Tompkins W., et. al., (2008), *Standardised instrument for lingual pressure measurement.* *Dysphagia*, 23, 16-25
33. Hirano, K. Takahashi, K. Uyama, R., Yama-shita, Y. Yokoyama, M. Michiwaki, Y. et. al., (1999), *Objective evaluation of swallow maneuver (Showa swallow maneuver) using CT images,* *Dysphagia*, 14, 127
34. Horner J., Massey E. W., Riski J. E., Lathrop D. J., & Chase K. N., (1988), *Aspiration following stroke: Clinical correlates and outcomes.* *Neurology*, 38, 1359-1362
35. Humbert L., Poletto C., Saxon K., Kearney P., Crujido L., Wright – Harp W., Ludlow C., et/ al., (2006), *Effect of surface electrical stimulation on hyolaryngeal movement in normal individuals at rest and during swallowing.* *Journal of Applied physiologist*, 101, 1657-1653
36. Kaatzke –McDonald MN, Post E,Davis PJ. (1996), *The effect of cold, touch and chemical stimulation of the anterior faucial pillar on human swallowing.* *Dysphagia*;11:198-206.
37. Kabath H, Knott M., (1953), *Proprioceptive facilitation techniques for treatment of paralysis.* *Phys Ther*; 46:721.

38. Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, et al. (1999) *Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits*. Stroke. 30:1875–80.
39. Keller H., Smith D., Kasdorf C., et al.. (2008). *Nutrition Education Needs and Resources for Dementia Care in the Community*: American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias, 23:13-22.
40. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiber. (1988). *Optic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure*. Dysphagia, 2:216-219
41. Lazarus CL, Logemann JA, Song CW, et al. *Effects of voluntary maneuvers on tongue base function for swallowing*. Folia Phoniatr Logop., 54:171-176
42. Lejeune B., Kurfuerst Sh.. (2009). *Collaboration with OT in treatment of dysphagia in severe dementia*. Retrieved from www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2544_LeJeune_Joseph/.
43. Li I.. (2002). *Feeding tubes in persons with severe dementia*: American Family Physician, 659(8):1605-1610.
44. Logemann JA, Gensler G, Robbins J, et. al. (2009). *A randomized study of three interventions for aspiration on thin liquids in patients with dementia or Parkinson’s disease*. Speech Lang Hear Res, 2009; 51Q 173-183
45. Logemann JA, Pauloski BR, Colangelo L, Lazarus C, Fujiu M., (1995), *The effects of sour bolus on oropharyngeal swallowing measures in patients with neurogenic dysphagia*. J Speech Hear Res.,38: 556-563
46. Ludlow CL., (2010), *Electrical neuromuscular stimulation in dysphagia: current status*. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg., 18(3): 159-164
47. Marcel Arnold and other researchers (2016). *Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome*, National Center for Biotechnology Information, PLoS One. 2016; 11(2): e0148424.
48. Martin – Harris B., Brodsky MB., Michel Y., Lee FS., Walters B., (2007), *Delayed initiation of the pharyngeal swallow: normal variability in adult swallows*. J Speech-Lang Hear Res., 50: 585-594
49. McHorney C. A. Bricker D. E. Kramer A. E., Rosenberg L. C., Robbins J., Chignell K. A. et. al. (2000), *The SWALL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item developmet*. Dysphagia, 15, 115-121
50. McHorney C. A. Bricker D. E., Robbins J., Kramer A. E., Rosenberg L. C., Chignell K. A. et. al. (2000), *The SWALL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling*. Dysphagia, 15, 122-133

51. McHorney C. A., Martin – Harris B., Robbins J. & Rosenberg L. C., (2006), Clinical validity of the *SWALL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures*. *Dysphagia*, 21, 141-148
52. McHorney C. A., Robbins J., Lomax K., Rosenberg L. C., Chignell K. A., Kramer A. E., et. al. (2002), *The SWALL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and valibility*. *Dysphagia*, 17, 97-114
53. Neumann S. (1993). *Swallowing therapy with neurologic patients: results of direct and indirect therapy in 66 patients suffering from neurologic disorders*, *Dysphagia*: 8:150-153.
54. Nusser-Muller-Busch R. (1998), *Therapie neurogener Schluckstorungen*. In: Bohme G (Hrsg.). *Sprach-,Sprech-, Stimm und Schluckstorungen*. Bd. 2: Therapie. Stuttgart: G. Fischer.
55. Ogura J., Kawasaki M., Takenouchi S. (1964), *Neurophysiologic observations on the adaptive mechanism of deglutition.*, *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 73:1062-1081
56. Park CL, O'Neill PA, Martin DF., (1997), *A pilot exploratory study of oral electrical stimulation on swallow function following stroke: an innovative technique*. *Dysphagia.*;12:161-166.
57. Pauloski B.,(2009), *Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer*. NIH public Access Manuscript, Nov 1
58. Plonk W., (2008), *PEG tubes in adults: Use, overuse and the SLP's role*. In: ASHA Professional Development
59. Poudroux, P, & Kahrilas P.J., (1995), *Deglutitive tongue force modulation by volition, volume, and viscosity in humans*. *Gastroenterology*, 108, 1418-1426
60. Price T. R., Parikh R. M., Robinson R. G. lipsey J. R., Starkstein S. E. & Fedoroff J.P., (1990). *The impact of post – stroke desression on recovery in activities of daily living over two – year follow- up*. *Archives of Neurology*, 47, 785-789.
61. Robbins J., Kays SE., Gangnon RE., et. al., (2007), *The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia*. *Arch Phys Med Rehab.*, 88(2):150-158
62. Robbins J.& Levine R. (1998), *Swallowing after unilateral stroke of cerebral cortex: preliminary experience*, *Dysphagia*, 3, 11-17
63. Robbins J.& Levine R., Maser A., Rosenberg J. & Kempster G. (1993), *Swallowing after unilateral stroke of cerebral cortex*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(12), 1295 -300

64. Robin D. A., Somodi L. B. & Luschei E. S., (1991), *Measurement of tongue strength and endurance in normal and articulation disordered adults*. Journal of Speech and Hearing Research, 35, 1239-1245
65. Robinson RG., Downhill JE, Jr. (1994). *Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke*. J Nerv Ment Dis.182:425–431.
66. Robinson RG., Castillo CS, Schultz SK, (1995). *Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety*. Am J Psychiatry.152:1174–1179.
67. Rood M., (1956), *Neurophysiological mechanisms utilized in the treatment of neuromuscular dysfunction*. Am J Occup Ther.; 10:220-225.
68. Rosenbeck JC, Robbins J, Fishback B, Levine RL. (1991), *Effects of thermal application on dysphagia after stroke*. J Speech Hear Res.;34:1257-68.
69. Rosenbeck JC, Robbins J, Willford WO, et. al. (1998), *Comparing treatment intensities of tactile-thermal application.*, Dysphagia, 13, 1-9
70. Sciortino K., Liss JM, Case JL, Gerritsen KG, Kats RC, (2003), *Effects on mechanical, cold, gustatory and combined stimulation to the human anterior faucial arches.*, Dysphagia, 18, 16-26
71. Shah S., (2006), *A Patient with dementia and cancer: to feed via percutaneous endoscopic gastrostomy tube or not?* Palliative Medicine, 20:711-714.
72. Shaker R. & Antonik S., (2006), *The Shaker exercise*. US Gastroenterology Review, 1:19-20
73. Shaker R., Kern M. Bardan F. et. al., (1997), *Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening of the elderly by exercise*. Am Physiol., 272(6):1518-1522
74. Singh S. & Hamdy S. (2006). *Dysphagia in stroke patients*, National Center for Biotechnology Information, Postgrad Med J. 2006 Jun; 82(968): 383–391.
75. Smithard D., O'Neill P., England R. et. al. (1997), *The natural history of dysphagia following a stroke*, Dysphagia, 12 (4), 188-93
76. Wheeler, K. M., Chiara, T. & Sapienza, C. M. (2007), *Surface electromyographic activity of the submental muscles during swallow and expiratory pressure threshold tasks*. Dysphagia, 22, 108-116
77. White K., Easterling C., Roberts N. Wertsch J., Shaker R., (2008), *Fatigue analysis before and after Shaker exercise: physiologic tool for exercise design.*,Dysphagia, 23, 385-391
78. Wieseke A., Bantz D., Siktberg L., Dillard N., (2008). *Assessment and early diagnosis of dysphagia*. Geriatr Nurs, 29:376-383.

79. Yorkston K.M. (2006), *Evidence-based practice: A roadmap to intervention. Perspectives in Augmentative and Alternative Communication* 16 (3), 6-8

Ιστότοποι

1. www.asha.org/
2. www.anaplasia-rehab.gr/
3. www.euromedica-arogi.gr/
4. www.filoktisis.com.gr/
5. www.logopedists.gr

Παραρτήματα

Παράρτημα 1: Διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης. Η κατάλληλη επιλογή για την αξιολόγηση και θεραπεία ασθενών με απραξία και δυσφαγία;

Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία με την οποία ασθενείς με απώλειες υγείας, που είχαν σαν αποτέλεσμα απώλεια λειτουργικότητας, τους καθοδηγεί στην βελτίωση της (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010). Είναι σημαντικό για τον ασθενή, τα μέλη της ομάδας να είναι προσαρμοσμένα ή να αλλάζουν ανάλογα με τις ανάγκες που έχει κάθε χρονική στιγμή. Μια ομάδα ιατρών και θεραπευτών είναι αναμφίβολα η πιο σωστή προσέγγιση για ασθενείς με προβλήματα δυσφαγίας – δυσκαταποσίας μετά από ένα ΑΕΕ, καθώς η κατάποση είναι μια ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία, η διαταραχή της οποίας μπορεί να επιφέρει διαταραχές σε ολόκληρο τον οργανισμό. (Arvedson, Lefton – Greif, 1998). Η αποκατάσταση των ασθενών με νευρολογικές παθήσεις συμπεριλαμβάνει συστηματικές προσπάθειες και συνεργασία ειδικών αποκατάστασης όπως φυσίατρος, παθολόγος, νευρολόγος, ωτορινολαρυγγολόγος, πνευμονολόγος, γαστρεντερολόγος, καρδιολόγος, ακτινολόγος, λογοθεραπευτής, φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, νευροψυχολόγος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, διατροφολόγος, νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι θα δουλέψουν συλλογικά για την καλύτερη δυνατή πρόγνωση του ασθενή.

Η συλλογική και συστηματική αποκατάσταση, σε ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, αρχίζει αμέσως μετά τη διάγνωση, όταν ακόμα ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, πριν εισέλθει στο κέντρο αποκατάστασης. Έρευνες έχουν δείξει ότι η άμεση και συστηματική αποκατάσταση βοηθά όχι μόνο τον ασθενή και την οικογένεια του, αλλά και το κοινωνικό και οικονομικό σύστημα καθώς μειώνεται το επίπεδο αναπηρίας και το κόστος στο κράτος για μακρόχρονη παροχή υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, βοηθά στην πρόληψη δευτερογενών παραγόντων που συντείνουν στην επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή με δυσμενή κοινωνικά και οικονομικά επακόλουθα.

Η αποκατάσταση έχει τον ασθενή στο κέντρο της αποκατάστασης, ώστε να εκτιμηθούν οι δικές του δυνατότητες και να οριστούν οι δικές του ανάγκες και διαθέσεις. Η αρχική εκτίμηση φυσιάτρου ξεκινά από την κλινική εξέταση, νευρολογική και μυοσκελετική εκτίμηση του ασθενή, εκτίμηση της βλάβης και των απεικονιστικών και την εκτίμηση της ιατρικής κατάστασης του. Η διαδικασία ξεκινά για κάθε θεραπευτή με την αρχική εκτίμηση του ασθενή και την καταγραφή της λίστας προβλημάτων που αντιμετωπίζει, πάντοτε προσεγγίζοντας τον σύμφωνα με την ειδικότητα του. Η λίστα αυτή είναι δυναμική, αλλάζει στην πορεία της αποκατάστασης καθώς στο αρχικό στάδιο ο ασθενής αντιμετωπίζει διαφορετικά προβλήματα σε σχέση με αυτά που θα αντιμετωπίσει

στη συνέχεια. Η οργάνωση του προγράμματος αποκατάστασης ξεκινά με την κατάρτιση της λίστας αυτής και των τρόπων αποκατάστασης τους (Randall L. Braddom, Ralph M. Buschbacher, Leighton Chan, 2006).

Αναλυτικότερα:

- Ο φυσίατρος θα συντονίζει και θα κινητοποιήσει την ομάδα αποκατάστασης, ώστε τα μέλη της να αποτελέσουν μια ευέλικτη διεπιστημονική ομάδα, όπου η θεραπεία προσαρμόζεται στον ασθενή και όχι ο ασθενής στη θεραπεία.
- Ο νευρολόγος θα διαχωρίσει τα νευρολογικά προβλήματα των ασθενών με παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος και θα διαγνώσει τυχόν αταξία, υπερκινητικότητα, μη στήριξη κεφαλής που επηρεάζουν την μάσηση και την κατάποση. Θα διαγνώσει επίσης εάν η διαταραχή ομιλίας είναι δυσαρθρία ή ιδεοκινητική απραξία με πιθανή συνυπάρχουσα δυσφασία, λόγω βλάβης του επικρατούντος (συνήθως αριστερού) εγκεφαλικού ημισφαιρίου, ώστε να τεθεί η θεραπεία εκλογής, αφού η θεραπεία της δυσφαγίας με απραξία είναι διαφορετική από την θεραπεία δυσφαγίας με συνυπάρχουσα δυσαρθρία.
- Ο ωτορινολαρυγγολόγος παίζει ζωτικό ρόλο στη διαδικασία διερεύνησης της δυσφαγίας, προβαίνοντας στην μελέτη κατάποσης με εργαστηριακό ενδοσκόπιο έλεγχο κατάποσης για να διαπιστώσει εάν η τροφή μέσα από το φάρυγγα «στέκεται» σε κάποιο σημείο, ή εάν εισέρχεται στο λάρυγγα. Κατά την λειτουργική εξέταση της κατάποσης, απεικονίζεται άμεσα ο λαιμός ή ο φάρυγγας πριν και μετά την κατάποση, η οποία εκτιμάται τόσο κινητικά όσο και αισθητικά. Στην περίπτωση που οι διαταραχές κατάποσης απαιτούν εκτίμηση σε όλα τα στάδια, από την είσοδο της τροφής στο στόμα έως την κατάληξή της στο στομάχι απαιτείται βιντεοακτινοσκόπηση ή τροποποιημένη βαριούχος κατάποση. Κατά την βιντεοακτινοσκόπηση συνεργάζονται ο Ακτινολόγος με τον Ωτορινολαρυγγολόγο και το Λογοθεραπευτή. Στη συνέχεια ο Ωτορινολαρυγγολόγος θα αποφασίσει για την τοποθέτηση, παραμονή, ή αφαίρεση του ρινογαστρικού σωλήνα (Levin), την εκτέλεση ή σύγκλειση της τραχειοστομίας.
- Ο πνευμονολόγος 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, που πολλές φορές μας αφυπνίζει για την διερεύνηση – διάγνωση δυσφαγίας).
- Ο γαστρεντερολόγος θα προτείνει εκτέλεση ή σύγκλειση της γαστροστομίας και θα

καθορίσει την διατροφή σε άτομα με δυσλειτουργικό πεπτικό σύστημα ή σε άτομα που το πεπτικό τους σύστημα είναι σε χαλάρωση, αφού προηγουμένως προβεί σε εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως οισοφαγοσκόπηση, βαριούχο γεύμα, βιντεοακτινοσκόπηση της κατάποσης.

- Ο ακτινολόγος, λόγω της εξειδίκευσής του στο χειρισμό των ακτινολογικών μηχανημάτων, αποτελεί το βασικό παράγοντα για τη διεκπεραίωση της βιντεοφθοροσκοπικής εξέτασης. Ασχολείται με την ακτινολογική εκτίμηση των συστημάτων που λαμβάνουν χώρα κατά την κατάποση. Συγκεκριμένα, είναι υπεύθυνος για τη διεξαγωγή της βιντεοφθοροσκοπικής εξέτασης και σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή, ακολουθούν κοινή πορεία στον εντοπισμό των δομών που παρουσιάζουν τη δυσχέρεια κατά την κατάποση. Ο ρόλος του ακτινολόγου είναι υψίστης σημασίας στην αξιολόγηση της δυσφαγίας, ιδιαίτερα του φαρυγγικού σταδίου, και στη συνεκτίμηση της αποτελεσματικότητας ορισμένων αντισταθμιστικών τεχνικών, που προτείνονται από τον λογοθεραπευτή, ανάλογα με το σημείο και τη χρονική στιγμή της κατάποσης που εντοπίζεται η διαταραχή του ασθενούς. Η συνεργασία του ειδικευμένου σε θέματα κατάποσης ακτινολόγου με τον λογοθεραπευτή δίνει τη δυνατότητα στον από κοινού εντοπισμό των διαταραχών του φαρυγγικού και οισοφαγικού σταδίου και στη εύρεση μεθόδων αντιμετώπισής τους
- Τα πρώτα βήματα για την θεραπευτική αντιμετώπιση της δυσφαγίας γίνονται από Λογοθεραπευτή εξειδικευμένο στις διαταραχές κατάποσης, με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και αξιολόγησης του ασθενούς, ώστε να εκτιμηθούν: η στοματική λειτουργία, οι γνωστικές ικανότητες, οι ικανότητες ομιλίας, ο έλεγχος της συμπεριφοράς του ασθενούς. Αυτού του είδους η εξέταση επαρκεί στην περίπτωση που ο ασθενής έχει προβλήματα μόνο στο στοματικό στάδιο της σίτισης και συμβάλλει ώστε να αναπτυχθούν οι πλέον κατάλληλες θεραπευτικές τεχνικές και αντισταθμιστικές στρατηγικές για να βοηθήσουν τον ασθενή.
- Ο φυσικοθεραπευτής εκτιμά τις φυσικές ικανότητες και τους περιορισμούς του ασθενή, με βάση τους κανόνες της επιστήμης. Ειδικότερα εντοπίζονται οι διαταραχές στάσης, ισορροπίας, βάδισης, η αδυναμία κίνησης άνω και κάτω άκρων, ο πόνος, η σπαστικότητα, η ασυνέργεια στην κίνηση. Οι φυσιοθεραπευτές, βοηθοί φυσιοθεραπευτές και γυμναστές συμμετέχουν μαζί με τους άλλους επιστήμονες στην ομάδα αποκατάστασης με σκοπό την εξασφάλιση αυτόνομης διαβίωσης του ασθενή. Οι φυσικοθεραπευτές εκτελούν θεραπευτική ορθοστάτηση, επανεκπαίδευση ισορροπίας, θεραπευτική βάδιση (επανεκπαίδευση βάδισης, κινησιοθεραπεία (παθητική ή ενεργητική), ειδικές Τεχνικές (Cyriax, McKenzie, manipulation), ηλεκτροθεραπεία (NMES, TENS, REBOX), θερμοθεραπεία (επιφανειακή,

εν τω βάθει) κρυοθεραπεία, μαγνητοθεραπεία, έλξεις (ΑΜΣΣ, ΟΜΣΣ), υπεριώδης ακτινοβολία, κ.ά. Ο φυσιοθεραπευτής βοηθά στην αποκατάσταση της δυσφαγίας με την δημιουργία σωστής στάσης σώματος (κατάλληλης για την κατάποση), την βελτίωση της κινητικότητας στην περιοχή της κεφαλής -τραχήλου μετά από μετεγχειρητικές ουλές ή νευρικές βλάβες, την μείωση του λεμφοιδήματος μετά από λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου με παροχέτευση της λέμφου και την επιρροή του διαταραγμένου μυϊκού τόνου.

- Ο εργοθεραπευτής επικεντρώνεται στην ανάπτυξη του επίπεδου λειτουργικότητας, εμπλοκής στο έργο και συμμετοχής στην καθημερινή ζωή ατόμων με νευρολογικές διαταραχές, μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνιες παθήσεις, κ.α. Η αρμοδιότητα του εργοθεραπευτή επικεντρώνεται στην αξιολόγηση και την αποκατάσταση των λεπτών κινήσεων που είναι απαραίτητη για την αυτονομία σίτισης του ασθενούς (παράδειγμα τη σωστή λαβή του πηκουριού ή τον συνδυασμό κινήσεων που είναι απαραίτητος για τη λαβή του ποτηριού, τη μεταφορά του στα χείλη και την κατάλληλη κλίση του χεριού για τη μετακίνηση του υγρού από το ποτήρι στη στοματική κοιλότητα). Είναι εκείνος που πρακτικά θα βοηθήσει στην στήριξη των βραχιόνων πάνω στο τραπέζι και θα ελέγξει τα σκεύη φαγητού, παρέχοντας αν χρειαστεί τα κατάλληλα βοηθήματα, ώστε ο ασθενής να μπορεί να φάει και μόνος του, ενισχύοντας την αυτοσίτιση. Από τα πρώτα στάδια της αποκατάστασης δηλαδή εισαγωγή σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας έως το στάδιο παρακολούθησης ως εξωτερικός ασθενής οι εργοθεραπευτές αναπτύσσουν ένα θεραπευτικό πλάνο παρέμβασης με βάση τη απόδοση έργου χρησιμοποιώντας κλίμακες αξιολόγησης, μετρήσιμες μεθόδους προσδιορισμού των στόχων, πλαίσια αναφοράς και τεχνικές (Bobath, PNF, SI). Εστιάζουν στην ανάκτηση σωματικών, συναισθηματικών και γνωστικών ικανοτήτων που επηρεάζουν την εκτέλεση έργου. Μέσα από εξειδικευμένη ατομική ή ομαδική παρέμβαση με τη χρήση προσαρμοσμένων, σκόπιμων και στοχοκατευθυνόμενων δραστηριοτήτων εκπαιδεύουν τα άτομα να εμπλακούν στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και τα εισάγουν στην διαδικασία ανάκτησης των ρόλων στο οικιακό και κοινοτικό περιβάλλον.
- Ο κοινωνικός λειτουργός έχει ως στόχος την πρόληψη, θεραπεία και βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών των ασθενών καθώς και την ενημέρωσή τους για παροχές πρόνοιας ασφαλιστικών ταμείων, αναπηρικών συντάξεων, παροχών σε εξοπλισμό και επιδομάτων.
- Ο νευροψυχολόγος θα ελέγξει τις μειωμένες αντιδράσεις και τις γνωστικές και λεκτικές δεξιότητες του ασθενούς και θα βοηθήσει θεραπευτικά στην σωστή λειτουργία των ανωτέρων ψυχονοητικών λειτουργιών που συνδέονται με την λήψη τροφής (μνήμη, συγκέντρωση, προσοχή).

- Ο ψυχολόγος θα προσεγγίσει επιστημονικά την συμπεριφορά του ασθενούς, που συχνά, λόγω χρόνιων νοσημάτων και βλαβών του ΚΝΣ, περιλαμβάνει άρνηση να δεχθεί τροφή και φοβία για την λήψη της, ή επίμονες συμπεριφορές και αλληλεπιδράσεις ασθενούς και οικογενειακού περιβάλλοντος. Η αρμοδιότητα του ψυχολόγου στη δυσφαγία, εμφανίζεται όταν παρουσιάζονται φοβίες κατά τη σίτιση, ειδικότερα σε περιπτώσεις παρατεταμένης χρονικής διάρκειας μη στοματικής σίτισης. Σε τέτοιες καταστάσεις συνήθως ο ασθενής είναι επιφυλακτικός στο να σιτιστεί στοματικά, διότι πιστεύει ότι θα διατρέξει κίνδυνο που ίσως να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Επιπρόσθετα, σε περιπτώσεις που τα αποτελέσματα της αξιολόγησης κατάποσης δείχνουν ότι η στοματική σίτιση δεν ενδείκνυται και ότι πλέον η σίτιση θα γίνεται μη στοματικά, οι ασθενείς περνούν από στάδιο δυσθυμίας όπου κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση του ψυχολόγου για μία προοδευτική και ομαλή αποδοχή του νέου τρόπου σίτισης.
- Ο διατροφολόγος βοηθά στην δημιουργία ενός διατροφικού πλάνου για την στοματική και μη σίτιση ή και του συνδυασμού και των δύο. Μαζί με τον λογοθεραπευτή καθορίζουν και τροποποιούν το διαιτολόγιο του ασθενούς, ως προς την ποσότητα και την πυκνότητά του, ώστε να προλάβουν την εισρόφηση και να διασφαλίσει την σωστή σίτιση του ασθενούς. Η διατροφή ρυθμίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, το σωματικό βάρος και την παθολογική του κατάσταση. Είναι επίσης υπεύθυνος για την παροχή συμπληρωμάτων διατροφής, σε περιπτώσεις που κρίνει ότι η στοματική σίτιση δεν παρέχει την κατάλληλη θερμιδική επάρκεια.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την παροχή και εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας προς τον ασθενή. Οι νοσηλευτές είναι αρμόδιοι για την επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου, τη λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση, την κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας, τη λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας, τη στενή παρακολούθηση για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τη σίτιση με όλους τους τρόπους, τη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, την εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα, την εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι. Η καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών για την διατροφική συμπεριφορά βοηθά στο να βελτιωθεί η νοσοκομειακή ή η κατ' οίκον σίτιση. Η εξειδικευμένη εκπαίδευση του νοσηλευτή αποκατάστασης μειώνει την αβεβαιότητα και αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία του. Γνωστικά αντικείμενα στα οποία απαιτείται ιδιαίτερη εμβάθυνση είναι η αποκατάσταση, η γεροντολογία, η νευροπαθολογία, ο χειρισμός και η επικοινωνία με τον

ασθενή, η δυσφαγία, η μετακίνηση ασθενών με προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος, η διαχείριση του πόνου, της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, οι κατακλίσεις, οι αναπηρίες, η σεξουαλικότητα, η ειδική αγωγή και η αγωγή υγείας (Mauk PhD, Kristen L., 2013).

Παράρτημα 2: Κατανοώντας την ποιότητα ζωής στις Διαταραχές Κατάποσης: το ερωτηματολόγιο SWALL – QOL

Το SWAL-QOL είναι μια κλίμακα εκτίμησης των επιπτώσεων της δυσφαγίας στην ποιότητα ζωής και περιλαμβάνει 44 ερωτήματα που αφορούν 10 παραμέτρους της ποιότητας ζωής και ένα πρόσθετο τμήμα για την συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων (McHorney C. A. Bricker D. E. Kramer A. E., et. al., 2000), (McHorney C. A. Bricker D. E., Robbins J., 2000), (McHorney C. A., Robbins J., Lomax K., 2002), (McHorney C. A., Martin – Harris B., Robbins J. & Rosenberg L. C., 2006). Οι 10 τομείς που εκτιμώνται είναι: η επίπτωση στη ψυχική διάθεση, η διάρκεια σίτισης, η επιθυμία για φαγητό, η επιλογή τροφών, η επικοινωνία, ο φόβος, η πνευματική υγεία, ο κοινωνικός ρόλος, η κόπωση και ο ύπνος. Η κλίμακα των συμπτωμάτων αναφέρει 12 συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων του βήχα, του πνιγμού, της τάσης για έμετο και της σιελόρροιας. Όσο υψηλότερο το σκορ, τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής. Το SWAL-QOL χρειάζεται περίπου 20 λεπτά για να συμπληρωθεί, και χρησιμοποιείται σε πολλές ομάδες ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με κινητικές διαταραχές. Έχει διαμορφωθεί για εξωτερικούς ασθενείς, καθώς οι νοσηλεύόμενοι ενδέχεται να μη μπορούν να αξιολογήσουν όλες τις παραμέτρους της ποιότητας της ζωής που επηρεάζει η δυσφαγία, διότι βρίσκονται σε ένα προστατευόμενο περιβάλλον (Harrison N. Jones, John C. Rosenbek, 2010).

Ακολουθούν οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SWAL – QOL, όπως αυτές αναφέρονται στον ασθενή που θα το συμπληρώσει, ή στον φροντιστή/συνοδό που θα τον βοηθήσει στη συμπλήρωση. “Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε για να ανιχνεύσει τον τρόπο που έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής σας το πρόβλημα κατάποσης που αντιμετωπίζετε. Παρακαλείσθε να διαθέσετε τον χρόνο που απαιτείται για να διαβάσετε προσεχτικά και να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση. Μερικές ερωτήσεις ίσως μοιάζουν με άλλες, αλλά η καθεμία είναι διαφορετική.”

Ακολουθεί ένα παράδειγμα για το πως θα μοιάζουν οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο.

Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά παρατηρείτε καθένα από τα παρακάτω συμπτώματα;

| | Συνέχεια | Πολλές φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καμία φορά |
|---------------------|----------|--------------|---------------|-------------|------------|
| Αισθάνομαι αδύναμος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Σας ευχαριστούμε για την βοήθεια σας συμμετέχοντας σε αυτή την έρευνα!

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Καταλαβαίνουμε ότι ίσως αντιμετωπίζετε κάποια προβλήματα υγείας. Μερικές φορές είναι δύσκολο να διαχωρίσετε τα προβλήματα αυτά από τις δυσκολίες κατάποσης, αλλά ελπίζουμε ότι θα προσπαθήσετε να συγκεντρωθείτε **μόνο στο πρόβλημα**

κατάποσης. Σας ευχαριστούμε για την προσπάθεια σας να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο.

(1) Στη συνέχεια ακολουθούν κάποιες γενικές δηλώσεις που μπορεί να κάνουν άτομα με **προβλήματα κατάποσης.** Τον τελευταίο μήνα, πόσο ισχύουν οι παρακάτω δηλώσεις για εσάς; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Ισχύει Πάρα πολύ | Ισχύει Αρκετά | Ισχύει Μερικώς | Ισχύει Λίγο | Δεν Ισχύει Καθόλου |
|---|---------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------------|
| Είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπίζεις πρόβλημα κατάποσης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το πρόβλημα κατάποσης με απασχολεί πάρα πολύ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(2) Στη συνέχεια αναφέρονται κάποια θέματα που αφορούν την καθημερινή διατροφή, για τα οποία συζητούν άτομα με **πρόβλημα κατάποσης.** Τον τελευταίο μήνα, πόσο ισχύουν οι παρακάτω δηλώσεις για εσάς; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Ισχύει Πάρα πολύ | Ισχύει Αρκετά | Ισχύει Μερικώς | Ισχύει Λίγο | Δεν Ισχύει Καθόλου |
|---|---------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------------|
| Τις περισσότερες μέρες, δεν με ενδιαφέρει εάν θα φάω ή όχι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Χρειάζομαι περισσότερη ώρα για να φάω από άλλους ανθρώπους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σπάνια πεινάω πλέον. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Χρειάζομαι πάρα πολύ ώρα για να φάω ένα γεύμα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Δεν απολαμβάνω πλέον το φαγητό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(3) Στη συνέχεια αναφέρονται κάποια προβλήματα που αντιμετωπίζουν μερικές φορές τα άτομα με **προβλήματα κατάποσης.** Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αντιμετωπίζετε κάτι από τα παρακάτω; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Ισχύει | Ισχύει | Ισχύει | Ισχύει | Δεν Ισχύει |
|--|--------|--------|--------|--------|------------|
|--|--------|--------|--------|--------|------------|

| | Πάρα πολύ | Αρκετά | Μερικώς | Λίγο | Καθόλου |
|---|-----------|--------|---------|------|---------|
| Βήχας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Πνίγομαι όταν τρώω φαγητό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Πνίγομαι όταν πίνω υγρά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Έχω πηχτό σάλιο ή φλέμα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Τάση προς έμετο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σιελόρροια | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Δυσκολία στη μάσηση | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Έχω πολλά σάλια ή φλέματα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Πρέπει να καθαρίσω τον λαιμό μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Κολλάει το φαγητό στον λαιμό μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Κολλάει το φαγητό στο στόμα μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το φαγητό ή τα υγρά βγαίνουν έξω από το στόμα μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το φαγητό ή τα υγρά μπαίνουν στη μύτη μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Βήχω για να αποβάλω από το στόμα το φαγητό ή τα υγρά όταν κολλάνε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(4) Στη συνέχεια, παρακαλείσθε να απαντήσετε σε μερικές ερωτήσεις για το πώς το **πρόβλημα κατάποσης** που αντιμετωπίζετε έχει επηρεάσει τη διατροφή και τη σίτιση σας τον τελευταίο μήνα. (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Δεν είμαι σίγουρος/η | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα |
|--|-----------------|---------|----------------------|---------|-----------------|
| Το να σκέφτομαι τι μπορώ να φάω και τι όχι είναι πρόβλημα για μένα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Είναι δύσκολο να βρω | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| φαγητά που να μου αρέσουν και να μπορώ να τα φάω | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

(5) Τον τελευταίο μήνα, **πόσο συχνά** ισχύουν για εσάς οι παρακάτω δηλώσεις για την επικοινωνία, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης που αντιμετωπίζετε; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Συνέχεια | Τις περισσότερες φορές | Μερικές Φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|--|----------|------------------------|---------------|--------|------|
| Οι άνθρωποι δυσκολεύονται να με καταλάβουν | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Δυσκολεύομαι να μιλήσω καθαρά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(6) Στην συνέχεια αναφέρονται κάποιες ανησυχίες που μερικές φορές απασχολούν τα άτομα με προβλήματα κατάποσης. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αισθανθήκατε αυτές τις ανησυχίες; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Σχεδόν Πάντα | Συχνά | Μερικές φορές | Σχεδόν Ποτέ | Ποτέ |
|---|--------------|-------|---------------|-------------|------|
| Φοβάμαι μήπως πνιγώ όταν τρώω φαγητό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ανησυχώ μήπως πάθω κάποια πνευμονία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Φοβάμαι μήπως πνιγώ όταν πίνω υγρά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ποτέ δε ξέρω ποτέ πρόκειται να πνιγώ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(7) Τον τελευταίο μήνα, **πόσο συχνά** ισχύουν οι παρακάτω δηλώσεις για εσάς εξαιτίας του **προβλήματος κατάποσης** που αντιμετωπίζετε; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Συνέχεια | Συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|--|----------|-------|---------------|--------|------|
| Το πρόβλημα κατάποσης που αντιμετωπίζω με θλίβει | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Το να είμαι τόσο προσεχτικός όταν τρώω ή πίνω με ενοχλεί | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το πρόβλημα της κατάποσης με έχει αποθαρρύνει | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το πρόβλημα της κατάποσης με απογοητεύει | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το πρόβλημα κατάποσης που αντιμετωπίζω με εκνευρίζει | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(8) Σκεφτείτε την κοινωνική σας ζωή τον τελευταίο μήνα. Σε τι βαθμό θα συμφωνούσατε ή θα διαφωνούσατε με τις παρακάτω δηλώσεις; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Δεν είμαι σίγουρος/η | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα |
|--|-----------------|---------|----------------------|---------|-----------------|
| Δε βγαίνω έξω για φαγητό εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Το πρόβλημα κατάποσης με εμποδίζει να έχω κοινωνική ζωή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Η καθημερινή μου εργασία ή οι δραστηριότητες μου έχουν αλλάξει, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Οι κοινωνικές συγκεντρώσεις (όπως διακοπές ή συνενυρέσεις) δεν είναι ευχάριστες, εξαιτίας του | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| προβλήματος κατάποσης | | | | | |
| Ο ρόλος μου στην οικογένεια και με τους φίλους έχει αλλάξει, εξαιτίας του προβλήματος κατάποσης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(9) Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά βιώνετε καθένα από τα παρακάτω συμπτώματα; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε γραμμή)

| | Συνέχεια | Τις περισσότερες φορές | Μερικές Φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|---|----------|------------------------|---------------|--------|------|
| Αισθάνεσαι αδύναμος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Δυσκολεύεσαι να κοιμηθείς; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Αισθάνεσαι κουρασμένος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Δυσκολεύεσαι να παραμείνεις ξυπνητός/η; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Αισθάνεσαι εξαντλημένος/η ; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(10) Αυτό το χρονικό διάστημα λαμβάνετε τροφή ή υγρά από καθετήρα σίτισης; (κυκλώστε ένα)

Όχι 1

Ναι 2

(11) Παρακαλείστε να κυκλώσετε το γράμμα που αντιστοιχεί στην περιγραφή που ταιριάζει περισσότερο στην πυκνότητα ή την υφή του φαγητού που τρώγατε συχνότερα την τελευταία εβδομάδα. (κυκλώστε ένα)

A. Κυκλώστε αυτό αν ακολουθείτε μια πλήρη κανονική διατροφή, η οποία περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία τροφών και σκληρά φαγητά που χρειάζονται μάσηση, όπως μπριζόλα, καρότα, ψωμί, σαλάτα και καλαμπόκι.

B. Κυκλώστε αυτό αν τρώτε μαλακές και εύκολες στη μάσηση τροφές, όπως φαγητά κατσαρόλας, φρούτα κονσέρβας, μαγειρεμένα λαχανικά, κιμά ή σούπες.

Γ. Κυκλώστε αυτό αν τρώτε φαγητά που τα βάζετε στο μπλέντερ ή στον επεξεργαστή τροφίμων ή

φαγητά σε κρεμώδη μορφή ή πολτοποιημένα.

Δ. Κυκλώστε αυτό αν τρέφεστε κυρίως από καθετήρα, αλλά μερικές φορές τρώτε παγωτό, κρέμα, σάλτσα μήλου ή άλλα νόστιμα φαγητά.

Ε. Κυκλώστε αυτό αν τρέφεστε εξολοκλήρου από καθετήρα.

(12) **Παρακαλείστε να κυκλώσετε το γράμμα** που αντιστοιχεί στην περιγραφή που ταιριάζει περισσότερο στην πυκνότητα των υγρών που πίνετε συχνότερα την τελευταία εβδομάδα. (κυκλώστε ένα)

Α. Κυκλώστε αυτό αν πίνετε υγρά όπως νερό, γάλα, τσάι, χυμό φρούτων και καφέ.

Β. Κυκλώστε αυτό αν στην πλειοψηφία τους τα υγρά που πίνετε είναι παχύρρευστα, όπως ο ντοματοχυμός ή το νέκταρ από βερίκοκο. Τέτοιου είδους παχύρρευστα υγρά στάζουν από το κουτάλι με αργή και σταθερή ροή, όταν το γυρνάς ανάποδα.

Γ. Κυκλώστε αυτό αν τα υγρά που πίνετε είναι μέτριας πυκνότητας, όπως το παχύρρευστο μιλκσέικ ή η γρανίτα. Τα παχύρρευστα υγρά μέτριας πυκνότητας είναι δύσκολο να τα πιεις με καλαμάκι, όπως ένα πολύ παχύρρευστο μιλκσέικ, ή στάζουν από το κουτάλι αργά, σταγόνα σταγόνα όταν το γυρνάς ανάποδα, όπως το μέλι.

Δ. Κύκλωσε αυτό αν τα υγρά που πίνετε είναι πολύ παχύρρευστα, σαν κρέμα. Τα πολύ παχύρρευστα υγρά κολλάνε στο κουτάλι όταν το γυρνάς ανάποδα, όπως η κρέμα.

Ε. Κυκλώστε αυτό αν δεν πίνετε καθόλου υγρά από το στόμα ή αν περιορίζετε μόνο σε παγάκια.

(13) Γενικά, θα λέγατε πως η υγεία σας είναι: (κυκλώστε ένα)

| | |
|-----------------|---|
| Όχι καλή..... | 1 |
| Μέτρια..... | 2 |
| Καλή..... | 3 |
| Πολύ καλή..... | 4 |
| Εξαιρετική..... | 5 |

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας; Μέρα...../ Μήνας...../ Έτος.....

Πόσο ετών είστε;

Είστε: (κυκλώστε ένα)

Άνδρας 1

Γυναίκα 2

Ποια είναι η φυλετική σας καταγωγή; (κυκλώστε ένα)

- Λευκός ή Καυκάσιος, αλλά όχι Ισπανικής ή Λατινικής καταγωγής..... 1
Έγχρωμος ή Αφρο-αμερικάνος, αλλά όχι Ισπανικής ή Λατινικής καταγωγής 2
Ισπανικής ή Λατινικής καταγωγής 3
Ασιατικής καταγωγής 4
Άλλη 5

Πόσα χρόνια διήρκησε η εκπαίδευση σας; (κυκλώστε ένα νούμερο)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16+ |
|------------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|--------|----|----|---------------------------|----|----|--------------|-----|
| Δημοτικό Σχολείο | | | | | | Γυμνάσιο | | | Λύκειο | | | Τριτοβάθμια Εκπαίδευση | | | Μεταπτυχιακή | |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (κυκλώστε ένα)

- Άγαμος/η..... 1
Παντρεμένος/η..... 2
Διαζευγμένος/η..... 3
Σε διάσταση..... 4
Χήρος/α 5

Σας βοήθησε κάποιος να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο; (κυκλώστε ένα)

- Όχι , το έκανα μόνος μου 1
Ναι , με βοήθησε κάποιος να το συμπληρώσω..... 2

ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ, με ποιο τρόπο σας βοήθησε; (κυκλώστε ένα)

- Σας διάβασε τις ερωτήσεις και συμπλήρωσε τις απαντήσεις που του δώσατε..... 1
Απάντησε τις ερωτήσεις για εσάς..... 2
Βοήθησε με κάποιον άλλο τρόπο..... 3

Παρακαλείσθε να γράψετε τη σημερινή ημερομηνία εδώ:

Μέρα/ Μήνας/ Έτος

Παρατηρήσεις:

Έχετε κάποιες παρατηρήσεις για αυτό το ερωτηματολόγιο; Είναι ευπρόσδεκτες οι παρατηρήσεις σας για το ερωτηματολόγιο γενικά ή για συγκεκριμένες ερωτήσεις, ιδιαίτερα εάν κάποιες δεν ήταν ξεκάθαρες ή σας μπέρδεψαν.

.....

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στο ερωτηματολόγιο!

Παράρτημα 3: Διαδικασία σίτισης δυσφαγικών ατόμων με απραξία: θεραπεία ή “κοινωνικό γεγονός”;

Η υγεία αποτελεί το αγαθό εκείνο που συνδυάζει την απουσία νόσου ή αναπηρίας με την ταυτόχρονη σωματική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με μία κατάσταση ευτυχίας, η οποία συντίθεται από την ισορροπία των παρακάτω παραμέτρων: την λειτουργική κατάσταση του ατόμου, τα φυσικά του συμπτώματα, τον συναισθηματικό του κόσμο, την πληρότητα των γνωστικών λειτουργιών του και τέλος από την ύπαρξη και διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων του. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν διαταραχές κατάποσης, και ιδιαιτέρως οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας με αυτές τις διαταραχές, είναι οι πιο ευάλωτοι σε καταστάσεις που διαταράσσουν την ισορροπία αυτών των παραμέτρων, με συνέπεια να είναι κοινωνικά απομονωμένοι, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζουν και άλλες νευρολογικής φύσης διαταραχές που επηρεάζουν το συναίσθημα και τη γνωσιακή τους κατάσταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η κοινωνική περιθωριοποίηση είναι σχεδόν δεδομένη στη χώρα μας.

Το φαγητό, η μοναδική καθημερινή απόλαυση για τον άνθρωπο είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα, όχι μόνο ως αγαθό αλλά και ως κοινωνικό φαινόμενο. Από την εποχή του Μεσαίωνα κιάλας το φαγητό και το ποτό βρίσκονταν στο επίκεντρο της κοινωνικής ζωής. Σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος ζει, εργάζεται, ρυθμίζει την κοινωνική του ζωή και τη σχέση του με φύση. Επίσης όταν γίνεται συνειδητά, το φαγητό αποτελεί πολιτική πράξη. Έχει σχέση με την ποιότητα της ζωής, ορίζεται από τάσεις, είναι στοιχείο κοινωνικής θέσης, κοινωνικοποιεί ή απομονώνει, διαμορφώνει κοινωνικές ομάδες, έχει άμεση σχέση με τη θρησκεία, τον πολιτισμό, την εθνική ταυτότητα, τις σχέσεις με τα άλλα κράτη, τους εχθρούς και τις συμμαχίες. Επίσης σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να συμφιλιάσει τους ανθρώπους, να είναι παρηγορητικό, να δείξει αγάπη και φροντίδα.

Η δυσφαγία είναι μια διαταραχή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να αλλάξει προσωρινά ή και εφόρου ζωής την καθημερινότητα ενός ανθρώπου. Η σωστή ενημέρωση και άμεση αντιμετώπιση μπορεί να επιφέρουν τα βέλτιστα, για την κάθε περίπτωση ασθενή, αποτελέσματα αλλά και στην σωστότερη διαχείριση και ομαλότερη ενσωμάτωση του στην κοινωνία σε περιπτώσεις μακροχρόνιας διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση, η παραπομπή σε έναν επαγγελματία λογοθεραπευτή, που εξειδικεύεται με την δυσφαγία, θα ωφελήσει τον ασθενή και το περιβάλλον του, καθώς αναμφίβολα η λήψη τροφής είναι μία απόλαυση της ζωής και μία αφορμή για κοινωνικές συνεστιάσεις.