

*Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup*

## Poruchy prehltania - dysfágia

| Číslo ŠP | Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status    | Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR |
|----------|----------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
| 0067     | 10. decembra 2019                                  | schválené | 15. január 2020                                         |

### Autori

PaedDr. Barbora Bunová, PhD.; Mgr. Marianna Piovárová

### Členovia odbornej pracovnej skupiny:

PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., PaedDr. Mária Masárová, Mgr. Zuzana Moškurjaková, PhDr. Anna Paluková, Mgr. Miroslava Petřík, PaedDr. Mária Šišková, PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

**Odborní koordinátori:** MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

### Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, MUDr. Peter Bartoň; PhD.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.;

JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

**Podporené grantom** z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

Dysfágia u dospelých, detská dysfágia, aspirácia, malnutícia, dehydratácia

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

|      |                                                                                                                                                      |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALS  | Amyotrofická laterálna skleróza                                                                                                                      |
| CMP  | cievna mozgová príhoda                                                                                                                               |
| DMO  | detská mozgová príhoda                                                                                                                               |
| FEES | flexibilné endoskopické vyšetrenie prehĺtania                                                                                                        |
| GER  | gastroezofageálny reflux                                                                                                                             |
| ICF  | (angl. International Classification of Functioning, Disability and Health) – Medzinárodná klasifikácia funkčnosti, zdravotného postihnutia a zdravia |
| NGS  | nazogastrická sonda                                                                                                                                  |
| PEG  | perkutánná endoskopická gastrostómia                                                                                                                 |
| SM   | skleróza multiplex                                                                                                                                   |
| VFSS | videofluoroskopia, rtg. vyšetrenie prehĺtania                                                                                                        |
| WHO  | (angl. World Health Organization)- Svetová zdravotnícka organizácia                                                                                  |

## Hodnotenie váhy dôkazov:

**Ia:** metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií

**Ib:** aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia

**IIa:** aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie

**IIb:** aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvazi-experimentálna, bez randomizácie

**III:** deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky

**IV:** odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

## Kompetencie

Tento štandard podáva informácie o dysfágiách u dospelých a detských pacientov zo strany klinického logopéda, rozoberá klinicko-logopedickú diagnostiku a behaviorálnu klinicko-logopedickú liečbu dysfágie všeobecne, t. j. u dospelého a u detského pacienta v ústavných a ambulantných zdravotníckych zariadeniach. V ústavných zdravotníckych zariadeniach sa ku klinickému logopédovi dostane pacient s dysfágiou na základe vyžiadania klinicko-logopedického konzília ošetrojúcim

lekárom pacienta. Do ambulancie klinickej logopédie sa dospelý a detský pacient s dysfágiou dostane len na základe výmenného lístka od lekára príslušnej špecializácie.

Zdravotnú starostlivosť detským a dospelým pacientom s dysfágiou v zahraničí poskytujú dysfagiologické tímy, ktorých členmi sú zvyčajne lekári rôznych špecializácií, klinický logopéd so špecializáciou z dysfagiológie, liečebný pedagóg, klinický psychológ, fyzioterapeut, nutričný poradca. Na Slovensku sa ešte len začínajú etablovať dysfagiologické tímy v ústavných a ambulantných podmienkach. Ich členmi sú zvyčajne: lekár so špecializáciou ORL, lekár so špecializáciou rádiológia, lekár so špecializáciou gastroenterológia a detská gastroenterológia, lekár so špecializáciou neurológie, detská neurológia, zdravotná sestra, klinický psychológ a klinický logopéd (špeciálne vyškolený v oblasti dysfagiológie). Klinický logopéd je logopéd s ukončeným jednoodborovým pregraduálnym päťročným štúdiom logopédie a ukončeným postgraduálnym štúdiom v odbore klinická logopédia formou špecializačnej skúšky z klinickej logopédie).

“Klinický logopéd má v dysfagiologickom tíme kľúčovú úlohu tak pri diagnostike, ako aj liečbe dysfágie“(ASHA,2019a). Klinicko-logopedická diagnostika je zameraná na zistenie druhu a stupňa dysfágie a klinicko-logopedická liečba sa zameriava na zabezpečenie takého príjmu potravy u detského a dospelého pacienta, ktorý nepoškodzuje jeho zdravie. Zároveň klinický logopéd poskytuje poradenstvo pre pacienta a jeho rodinných príslušníkov. Zo strany sociálneho zabezpečenia pacientovi s dysfágiou, resp. jeho rodinným príslušníkom, poskytuje poradenstvo sociálny pracovník.

## Úvod

Podľa ICF 2017 je prehĺtanie „funkcia, pri ktorej sa primeranou rýchlosťou čistí ústna dutina, hltan a pažerák od jedla, tekutín a slín“ (WHO,2019).

Poruchy prehĺtania zaradujeme medzi symptómy, týkajúce sa horného gastrointestinálneho traktu a v Medzinárodnej klasifikácii chorôb 11 (WHO,2019) sú zaradené pod kódom MD 93 ako dysfágia.

ASHA(2019a) pod pojmom dysfágia u dospelých pacientov rozumie poruchu prehĺtania, týkajúcu sa ktorejkoľvek fázy priebehu prehĺtania a podľa toho rozlišuje orofaryngeálnu alebo ezofageálnu dysfágiu. Pod pojmom detská dysfágia rozumie tak poruchu prehĺtania ako aj poruchy príjmu potravy.

Červenková (2017) definuje poruchy príjmu potravy u detí „v širšom slova zmysle ako funkčné poruchy“, čo podľa nás nevystihuje podstatu ochorenia. Príjem potravy je komplexný proces, ktorý spočíva v interakcii centrálného a periférneho nervového systému, orofaryngových mechanizmov, kardiopulmonálneho a gastrointestinálneho systému, s podporou kraniofaciálnych štruktúr a muskuloskeletálneho systému. U dieťaťa ho ovplyvňuje nielen jeho zdravotný stav, ale aj vývinové štádium. U detí s poruchami príjmu potravy ide z hľadiska príznakov nielen o vyberavosť, čiastočné alebo úplné odmietanie jedla, ale aj o ťažkosti so saním, hltaním alebo žuvaním, vracanie, koliky, sťažený prechod na novú konzistenciu alebo štruktúru, neschopnosť samostatne jesť, záchvaty zlosti alebo iné poruchy správania sa pri jedle, prežúvanie.

Vzhľadom na vyššie uvedenú multifaktoriálnosť pri pojme poruchy príjmu potravy u detí, odporúčame definíciu Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá hovorí o poruchách príjmu potravy u detí ako o poruchách orálneho príjmu, ktoré nie sú primerané veku a sú spojené s medicínskymi, nutričnými príčinami, problémami s kŕmením a/alebo psychosociálnou dysfunkciou(Goday,2019)

Dysfágie veľmi často vznikajú v dôsledku iných primárnych ochorení a veľakrát majú multifaktoriálnu etiológiu (Tedla, 2018). Postihujú tak deti ako aj dospelých pacientov. Rizikovými skupinami u dospelých pacientov sú pacienti s neurologickými alebo neurodegeneratívnymi ochoreniami, pacienti po operáciách nádorov hlavy a krku a skupina seniorov nad 65 rokov (Ortega,

2014). Rizikovými skupinami u detí sú predovšetkým deti s neurologickými poruchami, vrodenými vývinovými ochoreniami, genetickými chorobami, kraniofaciálnymi anomáliami, ale aj respiračnými, metabolickými a kardiovaskulárnymi ochoreniami (Arvedson, 2002, Biber, 2012, Frey, 2011).

Štandard podáva všeobecné, základné informácie o dysfágii a o klinicko-logopedickej diagnostike a klinicko-logopedickej, behaviorálnej liečbe dysfágie rôznej etiológie u pacientov všetkých vekových kategórií. Uvedená klinickologopedická diagnostika a liečba je súčasťou postupu multidisciplinárneho dysfagiologického tímu, ktorý tvoria odborníci medicínskych a nemedicínskych odborov (Clavé, 2015)

Poskytnutie kvalitnej klinicko-logopedickej starostlivosti pomáha eliminovať/odstrániť symptómy dysfágie u dospelého alebo detského pacienta, čím pomáha predchádzať sekundárnym následkom dysfágie. Dysfágia prináša so sebou nielen dehydratáciu a malnutríciu, ale v dôsledku aspirácie aj aspiračnú pneumóniu, chronický zápal pľúc, celkové zhoršenie zdravotného stavu až dokonca smrť (Martino, 2005).

Poruchy prehĺtania a príjmu potravy u detí sú spojené s vážnymi dlhodobými zdravotnými dôsledkami a môžu mať vplyv na oneskorenie sa celkového psychomotorického vývinu dieťaťa, vrátane vývinu reči a jazykového systému (Bunová, 2018).

## Prevenencia

Tabuľka č. 1

| Prevenencia dysfágie                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHŤTANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Primárna prevencia                                                                                                                                                                         | <p>Primárna prevencia dysfágie je spojená s prevenciou ochorení, pri ktorých sa vyskytuje. Mnohým z týchto ochorení sa nedá predchádzať a preto je nevyhnutná včasná diagnostika a následná liečba dysfágie.</p> <p>V rámci primárnej prevencie je úlohou klinických logopédov šírenie osvedy o tejto diagnóze, ako aj o symptómoch, ktoré ju sprevádzajú.</p> |
| Sekundárna prevencia                                                                                                                                                                       | Včasný skríning pacientov s identifikovaným alebo potenciálnym rizikom dysfágie.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Terciárna prevencia                                                                                                                                                                        | <p>Cieľom je zabrániť :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zhoršovaniu klinického obrazu pri dysfágii a teda aj zhoršovaniu celkového zdravotného stavu pacienta</li> <li>- vzniku nežiadúcich psycho-sociálnych následkov</li> </ul>                                                                                                                |

**Poznámka:** O'Neill, 1999

## Epidemiológia

V dôsledku toho, že dysfágia má multifaktoriálnu etiológiu, nie je možné presne určiť incidencia pri jednotlivých ochoreniach. Aj napriek tomu existuje mnoho štúdií zaoberajúcich sa výskytom dysfágie u detí a dospelých.

### Incidencia a prevalencia detskej dysfágie

Predpokladá sa, že zvýšená incidencia a prevalencia detí s poruchami príjmu potravy a prehĺtania je pravdepodobne následkom pokrokov v oblasti medicíny (napr. schopnosť zachrániť extrémne nezrelé deti alebo deti s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou, ktoré vykazujú vyššie riziko komplikácií ich zdravotného stavu) (Bunová, 2018).

U detí sa najčastejšie vyskytuje dysfágia v skupine detí s neurologickými ochoreniami, hlavne u detí s DMO, u ktorých výskyt dysfágie variuje podľa stupňa DMO od 57-92%.

U detí so zaostávaním vo vývine alebo chronickými ochoreniami sa vyskytuje dysfágia od 33-80% (Lefton-Greif, 2018).

### **Incidenca a prevalencia dysfágie u dospelých**

Najviac ohrození poruchami prehĺtania sú tri skupiny pacientov (Ortega, 2014; Clavé, 2015):

- pacienti s neurologickými alebo neurodegeneratívnymi ochoreniami
- pacienti po operáciách nádorov hlavy a krku
- seniori

Výskyt dysfágie u seniorov vo veku  $\geq 65$  rokov sa pohybuje v rozmedzí 30-40%. Prevalencia dysfágie je vyššia u seniorov s neurodegeneratívnymi ochoreniami (80% u pacientov s Alzheimerovou chorobou a 60% u pacientov s Parkinsonovou chorobou) a súvisí s vekom, slabosťou a svalovými, endokrinnými alebo psychickými chorobami (Ekberg, 2002). Z neurologických ochorení, pri ktorých je dysfágia sprievodným symptómom, sa najčastejšie vyskytuje pri CMP. U týchto pacientov sa v akútnom štádiu ochorenia približne v 50 % prípadov prejavujú symptómy dysfágie (Martino, 2005). Výskyt dysfágie u pacientov po operáciách nádorov v oblasti ústnej dutiny a krku sa pohybuje rozmedzí od 15- 44%. (Lazarus, 2009)

### **Patofyziológia**

Proces prehĺtania vyžaduje správnu koordináciu funkcie ústnej dutiny, hltana, hrtana a pažeráka. Fyziologické procesy žuvania a prehĺtania vyžadujú integráciu pohybu mimického a žuvacieho svalstva, svalov jazyka, mäkkého podnebia a svalov hltana v koordinácii s činnosťou hrtanového svalstva a kontroly dýchania. Prehĺtanie je komplexný a dobre koordinovaný proces, ktorý si vyžaduje presnú interakciu medzi niekoľkými oblasťami centrálného nervového systému, senzorickými a motorickými nervami a periférnymi receptormi tlaku, teploty, chemických stimulov a vody (Logemann, 1998).

Tabuľka č. 2

| Príčiny detskej dysfágie                                                                                                                                                                 |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLŤANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                   |
| Neurologické ochorenia                                                                                                                                                                   | DMO, traumy mozgu, meningitídy                    |
| Vrodené kardiovaskulárne ochorenia                                                                                                                                                       | kongenitálne choroby srdca                        |
| Respiračné ochorenia                                                                                                                                                                     | chronická obštrukčná choroba pľúc                 |
| Genetické syndrómy                                                                                                                                                                       | Downov syndróm, Charge syndróm                    |
| Gastroenterologické ochorenia                                                                                                                                                            | artrézia, stenóza pažeráka, GER                   |
| Senzorické problémy                                                                                                                                                                      | hyposenzitivita, hypersenzitivita v ústnej dutine |
| Predčasné narodenie, nízka pôrodná hmotnosť                                                                                                                                              |                                                   |
| Socio-emocionálne príčiny                                                                                                                                                                | anxieta, porušený vzťah matka-dieťa               |

**Poznámka:** Arvedson, 2002, 2010

Tabuľka č. 3

| Príčiny dysfágie u dospelých                                                                                                                                                               |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLŤANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                                                                           |
| Neurologické ochorenia                                                                                                                                                                     | CMP, tumory, úrazy mozgu, ALS, SM, Parkinsonova choroba, demencie, muskulárna dystrofia, myasténia gravis |
| Kongenitálne choroby                                                                                                                                                                       | vývinové anomálie (rázštep, tracheoezofageálne fistuly)                                                   |
| Zápalové a systémové choroby                                                                                                                                                               | polymyotis, reumatoidná artitická sklerodermia                                                            |
| Onkologické ochorenia v oblasti ústnej dutiny, v oblasti hrtana a hltana                                                                                                                   | postoperačné a rádiologické následky                                                                      |
| Traumy v oblasti orofaciálneho a laryngo-faryngeálneho priestoru                                                                                                                           | perforačné poranenia, cudzie teleso v oblasti orofaryngu, ezofágu                                         |
| Ochorenia krčnej chrbtice                                                                                                                                                                  | cervikálne osteofyty, zmeny čelustného kĺbu                                                               |
| Geriatrický syndróm                                                                                                                                                                        | fyziológické zmeny po 65 roku života                                                                      |

**Poznámka:** Bartolome, 2006; Clavé, 2015

## Klasifikácia

Prehltnutie u detí a dospelých je odlišné a to nielen v dôsledku rôznych anatomických pomerov. U detskej populácie zohráva svoju úlohu aj prebiehajúci vývin orgánov zúčastňujúcich sa na prehltnutí.

Preto aj klasifikácia , diagnostika a liečba sa sčasti odlišuje. Dysfágie všeobecne môžeme rozdeliť z viacerých hľadísk (Tedla, 2018):

**Tabuľka č. 4**

| Delenie dysfágie                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLŤANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                                                                                                                                                                                        |
| Z hľadiska ontogenézy                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- vrodené</li> <li>- získané</li> </ul>                                                                                                                                         |
| Z hľadiska riadenia a exekúcie priebehu prehĺtania                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- neurogénne</li> <li>- štrukturálne</li> <li>- zmiešané</li> </ul>                                                                                                             |
| Z hľadiska morfolologickej integrity orgánov                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- anatomicky podmienené</li> <li>- funkčné</li> </ul>                                                                                                                           |
| Z časového hľadiska                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- akútne</li> <li>- chronické</li> </ul>                                                                                                                                        |
| Z hľadiska lokalizácie                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- orofaryngeálne (preezofageálne)</li> <li>- pažerákové (ezofageálne)</li> <li>- postezofageálne (ezofagogastrické)</li> <li>- paraezofageálne (extrinsic dysphagia)</li> </ul> |
| Z hľadiska etiológie vzniku                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- zápalové</li> <li>- traumatické</li> <li>- iatrogénne</li> <li>- kongenitálne</li> <li>- autoimunitné</li> <li>- metabolické</li> <li>- ostatné</li> </ul>                    |

**Poznámka:** Tedla, 2018

**Uvedená klasifikácia neberie do úvahy vývin prehĺtacieho procesu, ktorého poruchy sú súčasťou klasifikácie detskej dysfágie.** Dysfágia u detí vzniká vždy v dôsledku poruchy alebo ochorenia, ktoré buď priamo alebo nepriamo postihuje orofaryngeálnu alebo ezofageálnu oblasť alebo vplyvom iného zdravotného problému sa u dieťaťa prehĺtanie alebo príjem potravy nevyvíja normálne. Preto Arvedson (2002, 2008, 2010) a ASHA(2019b) pod pojmom detská dysfágia rozumie:

- poruchy prehĺtania (swallow disorders), ktoré sa týkajú porúch fáz prehĺtania
- a / alebo behaviorálne a senzorické poruchy príjmu potravy (feeding problems), kde nie sú porušené fázy prehĺtania, ale dieťa neprešlo fázami vývinu nadobúdania orálnomotorických zručností a schopností v dôsledku dlhodobého nonorálneho príjmu potravy alebo v dôsledku zotrávania na určitom stupni vývinu príjmu potravy (napr.neprechádza do štádia odhrýzavania, žuvania tuhej konzistencie, odmieta určitú konzistenciu, prijíma len určitý typ stravy)

Vedrödyová (2016) delí detskú dysfágiu na:

- vývinovú (narušený vývin prehĺtania)



- a dysfágiu spôsobenú ochorením, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňuje posun sústa.

Tabuľka č. 5

| Vývinová dysfágia a dysfágia z porušeného posunu sústa                                                                                                                                   |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLTANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                                                    |
| Príčiny dysfágie z porušeného posunu sústa                                                                                                                                               | Príčiny vývinovej dysfágie                                                         |
| Neurologické ochorenia :<br>nedonosenosť, mozgové traumy, nádory mozgu, DMO, Arnold-Chiariho syndróm                                                                                     | Behaviorálne poruchy :<br>odmietanie potravy, fobie, depresia, nadmerné prežúvanie |
| Štrukturálne alterácie :<br>rázštep podnebia, Pierre-Robinov syndróm, tvárová hypoplázia (Apert syndróm, Crouzon syndróm)                                                                | Nedostatočná skúsenosť s orálnym príjmom potravy                                   |
| Gastrointestinálne ochorenia :<br>eozinofilná ezofagitída, gastroezofageálny reflux                                                                                                      | Bruxizmus, malooklúzie                                                             |
| Respiračné ochorenia :<br>Bronchopulmonálna dysplázia, tracheostómia, bronchospazmy, respiračné infekcie, umelá pľúcna ventilácia                                                        | Absencia skúsenosti s orálnym príjmom potravy                                      |
| Kardiálne ochorenia :<br>ochorenia srdca, zlyhanie srdca                                                                                                                                 | Mentálna retardácia                                                                |

**Poznámka:** Vedrödyová, 2016

## Klinický obraz

Príjem potravy je komplexným procesom, na ktorom sa zúčastňujú centrálny a periférny nervový systém, neuromuskulárne systémy, svalový, kardiovaskulárny, respiračný, gastrointestinálny systém ako aj kognitívne schopnosti a momentálne psychické rozpoloženie jedinca. Všetky tieto systémy sú vzájomne recipročne prepojené. Akonáhle nastáva problém v jednom systéme, nastáva problém aj v inom systéme. Je to práve variabilita príčin, ktorá spôsobuje, že klinický obraz porúch prehltania je u každého jedinca iný, typický pre daného jedinca. Pri posudzovaní klinického obrazu je vždy dôležité brať do úvahy všetky znaky a symptómy dysfágie, nielen niektoré z nich. Najčastejšou príčinou aspiračnej pneumónie, ktorá vzniká vdýchnutím orofaryngeálneho obsahu, je práve dysfágia. Mortalita pri aspiračnej pneumónii je až 25% u hospitalizovaných pacientov. Včasná detekcia dysfágie znižuje riziko aspirácie, malnutrície a dehydratácie tak detského ako aj dospelého pacienta. Naviac jedenie a pitie je sociálna a kultúrna činnosť, ktorá má spoločenskú úlohu a môže nám dať pocit uspokojenia a akékoľvek narušenie v tomto procese má vplyv nielen na zdravie, ale aj na celkovú kvalitu života pacienta s dysfágiou (Ortega, 2014).

## Symptómy detskej dysfágie

Porucha prehltania alebo príjmu potravy v ranom veku dieťaťa a nie je vždy zjavná. Čím je dieťa mladšie, tým ťažšie rodičia identifikujú jeho problémy s prehltaním alebo príjmom potravy. Zhoršené prehltanie



sa prejavuje slinením, neprimeranými zvukmi z hltana a kašľaním až dusením. Pri prechode dieťaťa na orálny príjem je potrebné sledovať všetky príznaky stresu, ku ktorým patrí zmena farby dojčťa, zmena správania, dýchania a zmeny svalového napätia. **Symptómy, ktoré upozorňujú na riziko dysfágie u detí rozdeľuje Antalová,(2018) na priame a nepriame.**

**Tabuľka č. 6**

| Symptómy detskej dysfágie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLTANIA, DYSFÁGIA</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Novorodenec a dojča                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Priame varovné signály                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nepriame varovné signály                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- absentujúce orálne reflexy</li> <li>- narušená koordinácia dýchania, cicania a prehltania</li> <li>- slabé, nekoordinované cicanie</li> <li>- oneskorenie prehltacieho reflexu</li> <li>- zvracanie počas jedla, alebo po dojení</li> <li>- počas cicania prítomnosť nazálnej penetrácie</li> <li>- prítomnosť kašľa počas jedenia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- apnoické pauzy</li> <li>- spomalenie tepovej frekvencie</li> <li>- zrýchlenie dychovej frekvencie</li> <li>- odmietanie potravy</li> <li>- dlhá doba kŕmenia, počas ktorého je dieťa nepokojné</li> <li>- prerušované cicanie s častými nádychmi</li> <li>- obštrukcia hlienu</li> <li>- na vegetatívnej úrovni môžu byť zmeny v sfarbení pokožky domodra či slzy v očiach</li> </ul>                                                                                                                                             |
| Batoľatá a staršie deti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Priame varovné signály                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nepriame varovné signály                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- oneskorený alebo abnormálny (patologický, narušený) vývin pohybov oromotorického systému</li> <li>- narušené oromotorické a senzomotorické schopnosti (nevyspelé hryzenie a žuvanie, nedokonalý posun bolusu)</li> <li>- počas kŕmenia a prehltania má dieťa nezvyčajné postavenie hlavy a krku (nesprávne držanie tela)</li> <li>- hlasové zmeny po prehltnutí</li> <li>- oslabený vôľový kašeľ</li> <li>- kašľanie alebo dusenie počas alebo po jedle</li> <li>- reflux</li> <li>- nevysvetliteľný úbytok hmotnosti</li> <li>- výrazne skrátená jazyková uzdička</li> <li>- vypadávanie potravy z úst</li> <li>- hypersalivácia</li> <li>- erovnomerný, narušený, abnormálny svalový tonus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- nechutenstvo</li> <li>- bolesť brucha</li> <li>- časté infekcie dýchacích ciest</li> <li>- bolesti na hrudníku</li> <li>- zápachajúci dych</li> <li>- abnormálne správanie počas jedla</li> <li>- čas jedenia je dlhší ako 30 minút</li> <li>- nedokonalé, nevyspelé hryzenie a žuvanie</li> <li>- nedokonalý posun bolusu</li> <li>- pomalé jedenie</li> <li>- pocit lepenia potravín v krku alebo nepohodlie pri prehltaní</li> <li>- strata chuti do jedla</li> <li>- odmietnutie jesť určité konzistencie potravín</li> </ul> |

### Symptómy dysfágie u dospelých

Vysoko komplexný fyziologický priebeh prehltania funguje normálne bez ťažkostí. Avšak pri dysfunkcii čo i len jedného z orgánov, zúčastňujúcich sa na prehltávaní, dochádza k poruche priebehu prehltania. Porucha jednej fázy prehltania negatívne ovplyvní aj ostatné fázy prehltania.

**Symptómy dysfágie u dospelých v dôsledku poruchy orálnej alebo faryngeálnej fázy prehĺtania sú (Bartolome, 2006):**

- **Leaking:** prienik sústa rôznej konzistencie z nosa
- **Drooling:** vypadávanie sústa rôznej konzistencie z úst, poškodenie senzitivity v ústnej dutine
- **Zvyšky potravy** v ústach po prehĺtnutí
- **Pocit cudzieho telesa** v „hrdle“
- **Vlhký alebo bublinkový hlas** počas alebo po prehĺtnutí
- **Kašeľ** počas alebo hneď po prehĺtnutí
- **Problémy s koordináciou dýchania a prehĺtania**
- **Opakovaná aspiračná pneumónia** / respiračná infekcia a / alebo horúčka
- **Mimoriadne úsilie** alebo čas potrebný na žuvanie alebo prehĺtanie
- **Zmeny stravovacích návykov**, vyhýbanie sa určitým potravinám / nápojom
- **Úbytok hmotnosti alebo dehydratácia** z nedostatku stravovania

## Diagnostika

*Klinická otázka č.1:*

Ak by pacientom s dysfágiou (P) bola poskytnutá interdisciplinárna diagnostika metódami na dôkazoch založenými, (I), zefektívnil by sa diagnostický proces ako aj nákladová efektivita (C) v porovnaní s pacientmi, u ktorých by sa na diagnostike nepodieľal tím odborníkov (O)? (Ginnis Mc.,2019) (váha dôkazov na úrovni IV)

*Klinická otázka č.2:*

Ak by boli pacienti s podozrením na dysfágiu (P) vyšetrení obidvoma typmi prístrojového vyšetrenia - VFSS a FESS (I), získali by sa u nich podrobnejšie informácie o poškodení procesu prehĺtania (C), než u pacientov, ktorí by boli vyšetrení len jedným z uvedených prístrojových vyšetrení(O)? (Fattori, 2016) (váha dôkazov na úrovni II)

Diagnostika a liečba dospelých a detských pacientov s dysfágiou je súčasťou postupu multidisciplinárneho dysfagiologického tímu, ktorý tvoria odborníci medicínskych a nemedicínskych odborov( Clavé,2015). Klinickologopedická diagnostika a liečba je jej súčasťou.

## Postup určenia diagnózy

### Klinicko-logopedická diagnostika detskej dysfágie

Vzhľadom na závažnosť a zložitosť porúch a ochorení v populácii detí s poruchami prehĺtania a príjmu potravy , je potrebný tímový prístup (Arvedson, 2008). Orofaryngeálna dysfágia by sa mala zväžiť v diferenciálnej diagnóze každého dieťaťa, u ktorého sa objavujú nejasné respiračné komplikácie. V štúdií detí bez známych rizikových faktorov dysfágie, ktoré mali nejasné respiračné problémy, takmer u 60% z nich bola dokázaná tichá aspirácia. Výrazné akútne aspirácie alebo chronická aspirácia aj malých objemov tekutín alebo potravín, môže viesť k výraznej respiračnej morbidite a niekedy aj k smrti u pediatrických pacientov (Lefton-Greif, 2006).

Ťažisko poskytovania klinicko-logopedickej diagnostiky a behaviorálnej liečby sa posúva čoraz častejšie do raného veku dieťaťa. Čím je dieťa mladšie, tým viac pri jeho diagnostike musíme uplatniť

holistický prístup, t.j. posudzujeme jeho celkový fyzický, sociálny a psychomotorický vývin, ako aj vývin reči a jazyka vo vzťahu k jeho fyzickému veku.

**Klinicko-logopedická diagnostika pri dysfágii pozostáva z klinického a prístrojového vyšetrenia** (Arvedson,2002,2008,2010, váha dôkazov: Ia,I.b; Vedrödyová,2016, váha dôkazov: IV)

## **1. KLINICKÉ VYŠETRENIE v podmienkách ústavných a ambulantných zdravotníckych zariadení:**

Základné klinicko-logopedické vyšetrenie pozostáva z nasledujúcich krokov:

### **1.1 Štruktúrovaný rozhovor s rodičmi dieťaťa a získanie anamnézy (osobnej, rodinnej),**

kde zisťujeme: výskyt porúch prehĺtania v rodine, výskyt chorôb v rodine, ktoré by mohli u dieťaťa spôsobiť dysfágiu, doterajší spôsob prijímania potravy (orálny, nonorálny), u novorodencov a dojčiat zisťujeme aj postúru tela pri kŕmení, timing kŕmenia dieťaťa, intervaly medzi jednotlivými fázami kŕmenia, u batoliat a starších zase samostatnosť pri jedení a nutričný status.

**1.2 Spracovanie zdravotnej dokumentácie:** lekárske nálezy, týkajúce sa zdravotného stavu dieťaťa, priebehu tehotenstva, pôrodu, popôrodnej adaptácie a pod.

### **1.3 Orientačné pozorovanie dieťaťa (observácia dieťaťa), pri ktorom hodnotíme:**

- stupeň vývinu hrubej motoriky dieťaťa, ako aj postúru a symetriu tela
- stupeň vývinu jemnej motoriky a prítomnosť jednotlivých úchopov

**1.4 Palpačné vyšetrenie orofaciálnych štruktúr vo vzťahu k senzitivite a motorike** (orálne reflexy, pohyby čeľuste, pier, jazyka, vzhľad tvrdého a mäkkého podnebia a ústnej sliznice)

**1.5 Zhodnotenie reakcií dieťaťa na taktilné, akustické a vizuálne podnety**

**1.6 Orientačné zhodnotenie jazykového systému dieťaťa** (Pozri kapitolu PVJR)

**1.7 Orientačné zhodnotenie respirácie, nazalítý a fonácie dieťaťa**

**1.8 Pozorovanie dieťaťa pri kŕmení, počas prijímania potravy** (popisujeme polohu tela počas jedenia, spôsob príjmu potravy, konzistenciu, štruktúru a objem jedla, ako aj správanie sa dieťaťa počas jedenia. U novorodencov a dojčiat ďalej sledujeme synchronnosť a koordináciu dýchania a prehĺtania, nutritívne a nonnutritívne sanie, zmeny dýchania počas kŕmenia, farbu pokožky dieťaťa)

**1.9 Vyhodnotenie výsledkov diagnostiky, rozhodnutie o ďalšom postupe**

**1.10 Poradenstvo pre rodičov:** oboznámenie rodičov s klinickým obrazom dieťaťa a jeho prognózou, oboznámenie rodičov s navrhovaným terapeutickým plánom

**V prípade, že klinicko-logopedickým vyšetrením zistíme, že sa môže u dieťaťa jednať o dysfágiu a potrebujeme vylúčiť aspiráciu u dieťaťa alebo určiť typ detskej dysfágie, pristupujeme k prístrojovému vyšetreniu.**

## **2. PRÍSTROJOVÉ VYŠETRENIE**

Medzi najčastejšie špecializované vyšetrenia priebehu prehĺtania patria: VFSS a FEES, ktoré sa považujú za zlaté štandardy pri diagnostike aspirácie a iných problémov s prehĺtaním u detí (Durvasula,2014; Speyer, 2013). Každé z nich má svoje pozitíva aj negatíva, ale použitím oboidvoch typov vyšetrení, získame čo najviac informácií o patológii priebehu prehĺtania (Fattori,2016)

**Na realizácii VFSS a FEES sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorí sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.**

### **2.1 VFSS**

VFSS je rádiologické vyšetrenie, ktorého podstatou je ionizujúce žiarenie. Zvyčajne ho realizuje lekár-rádiológ a klinický logopéd, ktorý je v uvedenej oblasti špeciálne vyškolený (hlavne v anatómii, fyziológii a patofyziológii prehĺtania a kŕmenia detí). VFSS má diagnostickú a terapeutickú

časť. Úlohou rádiológa je obsluha VFSS prístroja a identifikácia štrukturálnych anomálií. Klinický logopéd má kľúčovú úlohu tak v diagnostickej ako aj v terapeutickej časti: určuje veľkosť sústa, objem a štruktúru tekutiny a potravy, určuje počet hltov na posúdenie, intervenuje rodičov dieťaťa pred, počas a po VFSS, analyzuje priebeh prehĺtania a následne navrhuje kompenzačné manévry a zmeny postúry tela dieťaťa pri kŕmení, ako aj zmenu pomôcok na kŕmenie (Lefton-Greif, 2018). Obyčajne sa pri vyšetrení podávajú tri konzistencie: tekutá (mlieko, čaj), kašovitá (jogurt, jabĺčna výživa a iné výživy) a tuhá (koláč, keks, chlieb).

**Na rozdiel od VFSS u dospelých, pri VFSS u detí neexistuje jednotný štandardný protokol na vyšetrenie, aj keď sa v súčasnosti realizujú rôzne štúdie, zamerané na štandardizáciu VFSS u detí** (Lefton-Greif, 2018, váha dôkazov: II.b). Odporúča sa najprv podať podáva tekutinu (1-2 hlty), objemu 2-3 ml, čo zodpovedá objemu slín pri jednom typickom hlte. Pri prvom odhalení aspirácie je potrebné zistiť, či dieťa aspiruje aj pri iných konzistenciách rôznej viskozity a teploty. Ak nedochádza k výraznej aspirácii, sleduje sa **kontinuálne pitie z fľaše alebo pohára (podľa veku dieťaťa), aby sa posúdili oromotorické zručnosti dieťaťa, rytmus nutričného sania, parametre orálnej fázy prehĺtania a v neposlednom rade vylúčenie penetrácie (priechodu sústa do hrtana) alebo aspirácie**. Ak dôjde k aspirácii tekutiny, je potrebné vyskúšať bezpečnosť príjmu ďalších konzistencií. Pokračuje sa jedným **kašou s lyžičkou a tuhou konzistenciou** na posúdenie ďalších oromotorických zručností, iniciácie reflexu prehĺtnutia, vylúčenie reziduí v orofaryngeálnej fáze prehĺtania a posúdenie veľkosti a trvania otvorenia horného ezofageálneho sfinktera (Frey, 2011, Neumann, 2012, váha dôkazov: II.a). O tom, či bude VFSS prerušené alebo sa bude v ňom pokračovať, rozhodne rádiológ a klinický logopéd na základe aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa. Následne po VFSS klinický logopéd realizuje **kvalitatívnu analýzu VFSS**, kde popisuje poškodené funkcie priebehu prehĺtania a kŕmenia. Zapisuje ich do protokolu VFSS (Arvedson, 2016, váha dôkazov: IV).

Stupeň penetrácie a aspirácie sa určuje podľa štandardizovaného testu, Rosenbekovej penetračno-aspiračnej škály (Rosenbek, 1996, váha dôkazov: Ia) – pozri Špeciálny doplnok štandardu

## 2.2 FEES

Realizuje ho ORL lekár a klinický logopéd. Tak ako VFSS aj FEES má diagnostickú a terapeutickú časť. Úlohou ORL lekára je realizácia fibroskopického vyšetrenia a identifikácia štrukturálnych anomálií. Klinický logopéd má kľúčovú úlohu tak v diagnostickej ako aj v terapeutickej časti: určuje veľkosť sústa, objem a štruktúru tekutiny a potravy, určuje počet hltov na posúdenie, intervenuje rodičov dieťaťa pred, počas a po FEES, analyzuje priebeh prehĺtania a následne navrhuje kompenzačné manévry a zmeny postúry tela dieťaťa pri kŕmení, ako aj zmenu pomôcok na kŕmenie. Aj pri FEES sa obyčajne podávajú tri konzistencie: tekutá (mlieko, čaj), kašovitá (jogurt, jabĺčna výživa a iné výživy) a tuhá (koláč, keks, chlieb) a stupeň penetrácie a aspirácie sa určuje podľa štandardizovaného testu, Rosenbekovej penetračno-aspiračnej škály. (Baijens, 2014, váha dôkazov: Ib)

Okrem uvedených vyšetrení možno použiť v diagnostike porúch prehĺtania aj ďalšie vyšetrovacie metódy ako napr.: transnazálna ezofagoskopia, CT, MRI, pažeráková pH-metria, ezofageálna manometria (Tedla, 2018)

### Klinicko-logopedická diagnostika orofaryngeálnej dysfágie u dospelých

Pri pozitívnom skríningu prehĺtania a podozrení na prítomnosť dysfágie a/alebo aspirácie by mal klinický logopéd realizovať základné klinicko-logopedické a v prípade podozrenia na dysfágiu a aspiráciu, aj prístrojové vyšetrenie prehĺtania. **Na realizácii prístrojového vyšetrenia sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorí sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.**

## 1. ZÁKLADNÉ KLINICKO-LOGOPEDICKÉ VYŠETRENIE

V rámci klinického vyšetrenia odporúčame u všetkých dospelých pacientov s podozrením na dysfágiu postupovať podľa Protokolu Dobias-Adzimovej (2014, váha dôkazov IV):

**1.1** Získanie objektívnej (od rodinných príslušníkov, zdravotného personálu...) a subjektívnej (od pacienta) anamnézy. Klinický logopéd ju realizuje formou štruktúrovaného rozhovoru. Zameriava sa na ťažkosti pri príjme potravy, problémy s prehĺtaním, kašeľ pri pití tekutín, dusenie sa počas jedla atď.

**1.2 Spracovanie zdravotnej dokumentácie:** lekárske nálezy, týkajúce sa lokalizácie mozgovej lézie, bronchopulmonárnych komplikácií, operácií v oblasti ústnej dutiny, hrtana, hltana. Zisťujeme údaje ohľadom **afázie, dyzartrie, abnormálneho kašľa, zmeny hlasu po prehĺtnutí, strata hmotnosti, silné zahlienenie, slinotok**. Formou rozhovoru orientačne zistíme aj **stupeň vedomia, úroveň kognitívnych schopností a motivačné schopnosti** pacienta (napr. otázkami zameranými na to, ako pacient prijímal doteraz potravu, či mal tracheostómiu, či bol intubovaný a pod.)

**1.3 Štruktúrne a funkčné vyšetrenia orgánov participujúcich na prehĺtaní vrátane vyšetrenia hlavových nervov** (podľa kapitoly Dyzartrie)

**1.4 Zhodnotenie aktuálnej schopnosti pacienta prehĺtať pomocou „testov vody“ (na odhalenie aspirácie) a zhodnotenie prehĺtania iných konzistencií.** Z testov vody odporúčame **Danielsovej test** (Daniels, 1998, váha dôkazov Ia.), pozri Špeciálny doplnok štandardu. **Z testov prehĺtania iných konzistencií** sa na Slovensku používa adaptovaný skríningový test GUSS od autorky Trapl (Trapl, 2007, váha dôkazov IIa.). (Pozri Špeciálny doplnok štandardu)

**1.5 Vyhodnotenie výsledkov diagnostiky, rozhodnutie o ďalšom postupe**

**1.6 Poradenstvo pre pacienta a jeho rodinných príslušníkov:** oboznámenie pacienta a rodinných príslušníkov s klinickým obrazom diagnózy a s prognózou, ako aj oboznámenie s navrhovaným terapeutickým plánom

## **2. PRÍSTROJOVÉ VYŠETRENIE**

Tak ako u detskej dysfágie, aj u dospelých sa v diagnostike dysfágie používajú metódy FEES a VFSS a pokladajú sa za „zlatý štandard“. Obidve metódy sa navzájom dopĺňajú a vytvárajú komplexný obraz o priebehu prehĺtania. **Na realizácii prístrojového vyšetrenia sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorí sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.**

## **Klinicko-logopedická behaviorálna liečba**

*Klinická otázka č.3:*

Ak by sa u prematúrnych detí s nonorálnym príjmom (P) použila stimulácia orofaciálnej oblasti, bol by efekt klinickologopedickej liečby s väčším dopadom a nákladovou efektivitou (C), než u detí s nonorálnym príjmom bez použitia orofaciálnej stimulácie (O)? Lessen, 2011 (váha dôkazov na úrovni II)

*Klinická otázka č.4:*

Ak použijeme u pacientov s dysfágiou (P) jedlo s vyššou viskozitou (I), zlepší sa bezpečnosť a efektivita ich prehĺtania (C) v porovnaní s pacientmi, ktorí prijímajú jedlo s nižšou viskozitou (O)? Newmann, 2016 (váha dôkazov na úrovni I)

## Klinickologopedická liečba detskej dysfágie

Primárnym cieľom klinicko-logopedickej behaviorálnej liečby detskej dysfágie je spolupodielat' sa s lekármi na zabezpečení takého spôsobu primeranej plnohodnotnej výživy a hydratácie dieťaťa, ktorý je pre dieťa bezpečný, t.j. bez aspirácie.

V prípade, že prístrojové vyšetrenie priebehu prehĺtania potvrdí **poruchu prehĺtania, t.z. poruchu jednej z fáz prehĺtania** u dieťaťa a detský lekár (detský gastroenterológ, pediater...) odporučí neorálny príjem potravy dieťaťa( napr. cez NGS, PEG) s potrebou následnej klinicko-logopedickej liečby dieťaťa, bude podstatou klinicko-logopedickej liečby systém behaviorálnych metód, ktoré vedú k zlepšeniu funkcií orgánov, zúčastňujúcich sa na prehĺtaní tak, aby dieťa mohlo postupne prejsť na orálny príjem potravy. Veľmi často sa využíva stimulácia orofaciálnej oblasti rôznymi technikami, napr. pomocou orálnej motorickej intervencie (Premature Infant Oral Motor Intervention – PIOMI), orofaciálnou regulačnou terapiou( ORT) podľa Moralesa alebo za využitia termotaktilnej stimulácie, či tréningu nenutritivného a nutritivného sania (Arvedson,2002,20016, váha dôkazov: IIa, IV).

V prípade **porúch kŕmenia** sa klinicko-logopedická liečba zameriava na dosiahnutie takých oromotorických zručností u dieťaťa, aby bolo schopné prijímať všetky konzistencie. Zároveň klinický logopéd rozvíja dieťa komplexne a stimuluje všetky funkcie, ktoré sú dôležité pre jeho primeraný psychomotorický a sociálny vývin, ako aj vývin reči a jazyka. Pozri kapitolu PVJR.

Art –Rodas (1998, váha dôkazov: IV) vypracovali všeobecné zásady pre kŕmenie detí všetkých vekových kategórií:

1. Pravidelný režim jedenia (napr. každé 4 hodiny). Nepodávať jedlo alebo nápoje medzi plánovaným jedlom. Ak je dieťa smädné, vodu je vhodné poskytnúť 2 hodiny pred plánovaným jedlom.
2. Jedenie by malo byť časovo limitované, napr. na 30 minút.
3. Dieťa by malo jesť v tichom prostredí, bez rozptyľujúcich vplyvov (napr. bez hlasného rádia, televízie, hračiek).
4. Ten, kto dieťa kŕmi, by mal byť pokojný, láskavý, s pozitívnym prístupom počas jedenia.
5. Dieťa by malo byť v pohodlnej polohe a vzhľadom na svoj motorický vývoj, ak nie je schopné samostatne sedieť, aj vo „vhodnej“ sedačke.
6. Dieťa by mal kŕmiť obmedzený počet osôb (ideálne 1 osoba).
7. Dieťa by malo byť čo najviac podporované v samostatnom jení.
8. Jedlo by sa nemalo dávať ako darček alebo odmena.
9. Čas jedenia nie je čas na hranie. Hry by sa nemali používať pre dieťa ako pohnútka, aby jedlo.
10. Jedlo by sa malo dieťaťu odobrať, ak sa zdá, že sa po 10 až 15 minútach začalo s jedlom hrať bez toho, aby jedlo.
11. Jedenie treba ukončiť, ak dieťa v zlosti jedlo hádže.

### „Pravidlá počas jedenia“ (pre deti, ktoréedia samostatne)

1. Je potrebné stanoviť okolnosti, za ktorých by malo dieťa jesť. Nastaviť pravidlá počas jedenia (napr. zostať sedieť, použiť príbor a nie prsty, nehádzať jedlo). Pravidlá by mali byť rozumné a odvíjať sa od veku dieťaťa, spočiatku začať s 2 – 3 pravidlami, postupne pridávať ďalšie, až kým sa dieťa nenaučí vhodne správať počas stolovania.
2. Pravidlá počas jedenia, aby neobťažovali stolovanie, by sa mali objasniť už pred jedom, až kým sa dieťa počas jedla nedokáže vyhovujúco správať.
3. Stolovanie by malo byť príjemné, dieťa by sme mali do konverzácie zapájať. Čas jedenia je príležitosťou pre pochvalu vhodného správania dieťaťa, ale netreba dieťa chváliť príliš často. Karhaniu počas jedenia je vhodné sa vyhýbať.
4. Ak sa pravidlá stolovania porušia, dieťa je potrebné naučiť správne sa chovať. Ak opakovane pravidlá poruší, mala by sa dieťaťu dopriať pauza.
5. Dieťaťu ponúkať malé porcie jedla. Dieťa pochváliť za zjedenie poskytnutej porcie jedla. Množstvo

servírovaného jedla by sa malo zvyšovať postupne.

6. Ak sa čas stolovania ukončí, je potrebné tanieri zo stola odložiť bez ohľadu na to, či dieťa dojedlo. Jedlo odložiť bez komentárov odsudzujúcich dieťaťa za to, že nedojedlo.

7. Ak dieťa nedojedlo, nemalo by až do ďalšieho jedenia dostať žiadnu maškrtu. Ak sa dieťa plačom dožaduje maškrtu, je potrebné dať pauzu. Rodičia by sa „nemali vzdať“ a dovoliť dieťaťu jesť maškrtu, pretože to proces učenia sa stolovať príliš predĺži.

### **Klinicko-logopedická liečba dysfágie u dospelých:**

U dospelých pacientov s dysfágiou používame **priamu a nepriamu formu liečby** (Tedla,2018, váha dôkazov na úrovni IV) .

#### **Priama liečba:**

Je tréning prehĺtania s potravou a je zameraná na bezpečnejší príjem potravy per os. Patria sem *posturálne techniky*( zmeny polohy tela, hlavy pri samotnom prehltnutí na uľahčenie posunu sústa, zmenu smeru pohybu sústa a modifikáciu rozmeru hrtana), *kompensačné manévry* (chránia dýchacie cesty od aspirácie), *úprava konzistencie stravy* (zahusťovanie tekutín, homogénna kašovitá , homogénna hrčkovitá strava). Počas prijímania potravy musí byť pacient bdely, pozorný, musí mať zabezpečenú stabilitu tela, byť vo zvýšenej polohe.

#### **Nepriama liečba:**

Je tréning prehĺtania bez potravy, naprázdno. Je zameraná na zlepšenie sily a koordinácie svalov zúčastňujúcich sa na orálnej a faryngeálnej fáze prehĺtania. Táto forma liečby sa používa u pacientov, u ktorých nie je možné vyvolať hltanovú fázu prehĺtania alebo ktorí sú vyživovaní cez NGS alebo PEG kvôli výraznej aspirácii všetkých konzistencií potravy. Patrí sem napr. termo-taktilná stimulácia, Masako manéver atď' .

V posledných rokoch sa začína veľmi aktívne využívať aj elektrostimulácia pomocou elektród, umiestnených na kožu (Vedrödyová, 2016, váha dôkazov na úrovni IV).

### **Prognóza**

Závisí od úspešnej terapie základného ochorenia spôsobujúceho poruchy prehĺtania alebo príjmu potravy u detí, ako aj od správnej životosprávy, motivovanosti a spolupráce dospelého pacienta pri terapii, u detského pacienta samozrejme aj od spolupráce s rodičmi a možnosti eliminácie rizikových faktorov. Dôležitým prognostickým indikátorom je výskyt a častosť recidív, ako aj čas zahájenia terapie. Vo všeobecnosti platí zásada, čím skôr, tým lepšia prognóza. (Vedrödyová, 2016, Bunová,2018)

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)**

Z posudkového hľadiska sa na účely invalidity posudzuje podľa zákona č.461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov primárne ochorenie, u ktorého jedným z príznakov je dysfágia. Dieťa, ktoré si vyžaduje dlhodobú osobitnú starostlivosť pre ochorenie, u ktorého jedným z príznakov je aj dysfágia, môže byť posúdené podľa zákona č.461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov na účely dôchodkového poistenia fyzickej osoby , ktorá sa riadne stará o takto postihnuté dieťa po dovŕšení jeho 6 rokov veku, najdlhšie do 18 rokov jeho veku.



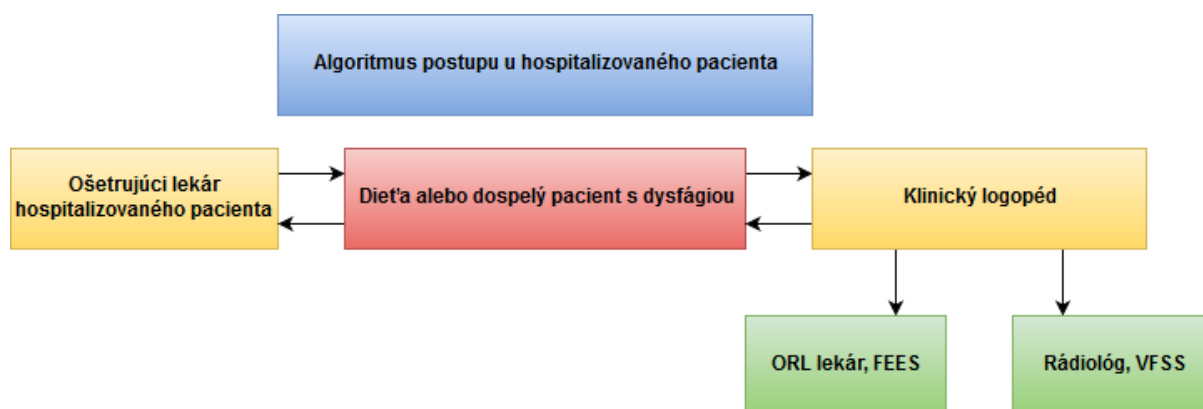
## Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

U hospitalizovaných dospelých pacientov sa detekuje dysfágia formou skríningu, ktorý realizujú lekári alebo vyškolené zdravotné sestry na vybraných oddeleniach JIS na Slovensku (pozn. autorky: v súčasnosti prebieha zaškolenie zdravotných sestier z neurologických kliník a oddelení klinickým logopédom v skríningu prehĺtania)

V prípade pozitívneho skríningu je dospelý pacient alebo dieťa odoslané ku klinickému logopédovi, ktorý realizuje základné klinicko-logopedické vyšetrenie a v prípade podozrenia na aspiráciu v spolupráci s ORL lekárom realizuje FEES alebo v spolupráci s rádiológom VFSS. Prístrojové vyšetrenie realizujú len špeciálne vyškolení klinickí logopédi. V prípade rizika aspirácie odporučí, po dohode s ošetrojúcim lekárom pacienta, spôsob príjmu potravy, resp. zmenu konzistencie potravy, či inú terap. možnosť alebo nutričného poradcu.

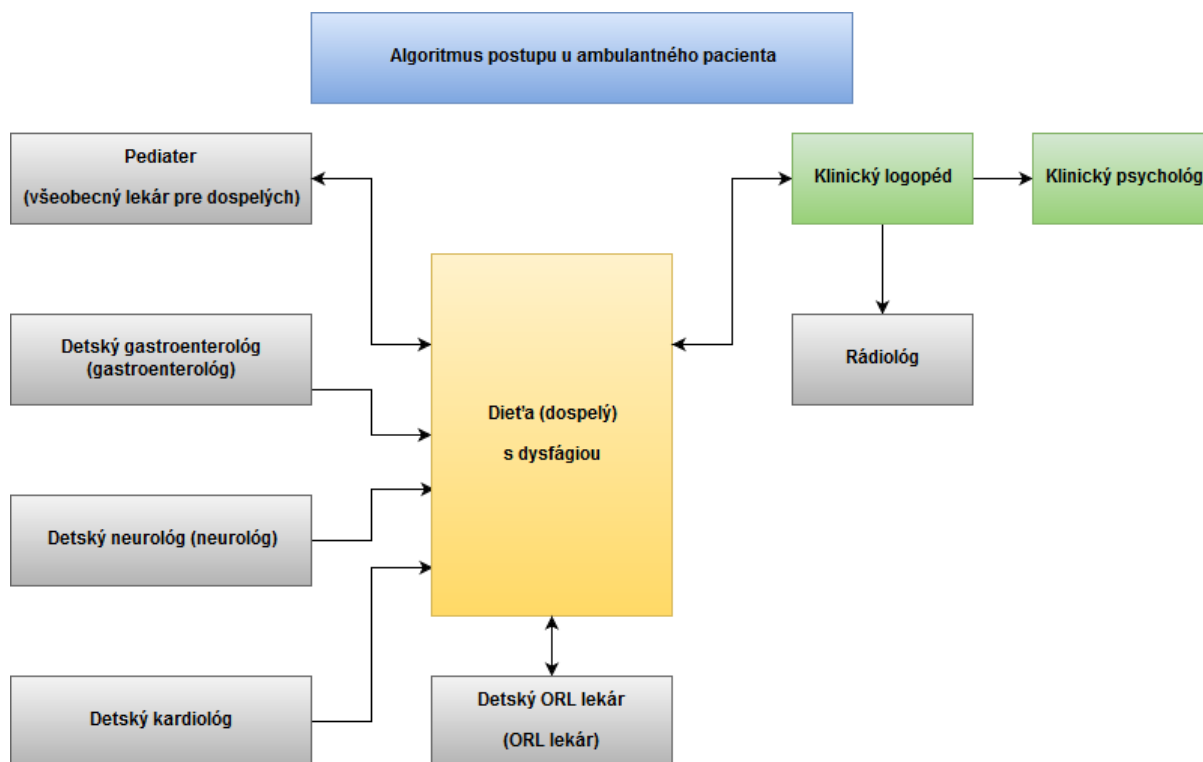
U ambulantných pacientov prebieha klinicko-logopedická diagnostika a terapia na základe odporúčenia od pediatra alebo všeobecného lekára, príp. gastroenterológa, ORL lekára, kardiológa alebo neurológa. Klinický logopéd základným klinicko-logopedickým vyšetrením detekuje dysfágiu a ak je nie je orálny príjem pacienta bezpečný a efektívny, následne realizuje v spolupráci s rádiológom VFSS alebo s ORL lekárom FEES. V prípade porúch príjmu potravy u detí, ak sa jedná u dieťaťa aj o poruchy správania sa, odošle dieťa ku klinickému psychológovi

### Algoritmus č. 1: Postup u hospitalizovaného pacienta



Zdroj: ASHA(2019a,b)

## Algoritmus č. 2: Postup u ambulantného pacienta



Zdroj:ASHA(2019a,b)

### Ďalšie odporúčania

Odporúčame etablovanie povolania klinický logopéd na tie kliniky a oddelenia, kde sú hospitalizované rizikové skupiny detských a dospelých pacientov s dysfágiou (neonatologické kliniky a oddelenia pre patologických novorodencov, ORL kliniky a oddelenia, neurologické kliniky a oddelenia, detské kliniky a ich oddelenia, oddelenia ARO, kliniky a oddelenia vnútorného lekárstva, kliniky a oddelenia fyzioterapie, neurochirurgické kliniky, gerontologické kliniky a oddelenia). V rezorte Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny je to v detských domovoch a v penziónoch pre seniorov.

Zároveň odporúčame, aby v rámci revízie štandardu bol štandard rozdelený na dve časti a to: detská dysfágia a dysfágia u dospelých, nakoľko tento štandard vzhľadom k rozsiahlosti problematiky dysfágie uvádza všeobecné základné informácie o klinickologopedickej diagnostike a behaviorálnej liečbe detského a dospelého pacienta s dysfágiou.

### Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Z hľadiska manažmentu pacienta na Slovensku absentuje na klinikách, oddeleniach nemocníc a v ambulantnom sektore manažment diagnostiky a liečby dysfágie tak u detí ako aj u dospelých pacientov. Vzhľadom k tomu, že ide o multiodobrovú problematiku, je dôležité vytvárať dysfagiologické tímy, zložené z odborníkov medicínskeho a nemedicínskeho charakteru, kde každý odborník, vrátane klinického logopéda, má v tíme svoje nezastupiteľné miesto.

## Špeciálny doplnok štandardu

Tabuľka č. 7

| Penetračno - aspiračná škála                                                                                                                                                             |                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <div>  <div>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br/>PORUCHY PREHLŤANIA, DYSFÁGIA</div> </div> |                                                                                            |            |
| Stupeň                                                                                                                                                                                   | Lokalizácia potravy v dýchacích cestách                                                    | Hodnotenie |
| 1.                                                                                                                                                                                       | Materiál nevchádza do dýchacích orgánov                                                    | norma      |
| 2.                                                                                                                                                                                       | Materiál vchádza do dýchacích orgánov, nedosahuje úroveň hlasiviek a je kompletne vypudený | penetrácia |
| 3.                                                                                                                                                                                       | Materiál vchádza do dýchacích orgánov, nedosahuje úroveň hlasiviek, no nie je vypudený     |            |
| 4.                                                                                                                                                                                       | Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dosahuje úroveň hlasiviek a je vypudený             |            |
| 5.                                                                                                                                                                                       | Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dosahuje úroveň hlasiviek, no nie je vypudený       |            |
| 6.                                                                                                                                                                                       | Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dostáva sa pod úroveň hlasiviek a je vypudený       | aspirácia  |
| 7.                                                                                                                                                                                       | Materiál sa dostáva pod úroveň hlasiviek, napriek úsiliu nie je vypudený                   |            |
| 8.                                                                                                                                                                                       | Materiál sa dostáva pod úroveň hlasiviek bez akéhokoľvek úsilia o jeho vypudenie           |            |

**Poznámka:** Rosenbek, 1996

### Danielsovej test (1998)

Tento test bol vyvinutý pre pacientov s CMP. Pacienti majú 2x po sebe piť malé hltý vody (2 x 5 ml, 2 x 10 ml, 2 x 20 ml) odmerané injekčnou striekačkou. Test je **z aspektu aspirácie klinicky pozitívny** v takom prípade, ak sú **prítomné aspoň „2 zo 6“ príznakov**:

- *dysartria* (narušenie muskulárnej kontroly, respirácie, artikulácie, fonácie, rezonancie a / alebo prozódie),
- *dysfónia* (narušenie kvality hlasu v jeho výške, sile, znelosti), abnormálny vôľový kašeľ (slabý, neznelý, chýbajúci kašeľ ako odpoveď na inštrukciu „zakašlite“)
- *abnormálny* alebo *chýbajúci dávivý reflex* (chýbajúca alebo oslabená kontrakcia mäkkého podnebia alebo zadnej hltanovej steny počas taktilnej stimulácie bilaterálne, vľavo alebo vpravo; zaznamenané ešte pred testom vody),
- *kašeľ po prehltnutí* (kašeľ vzniknutý okamžite po prehltnutí alebo do 1 minúty od podania vopred stanoveného množstva vody – 2 x 5 ml – 2 x 10 ml – 2 x 20 ml)

**SCREENINGOVÝ TEST GUSS GUGGING SWALLOWING SCREEN**  
**(TRAPL M. et al., 2007)**

**Tabuľka č. 8**

| Predtestové vyšetrenie / Nepriamy test prehĺtania                                                                          |                                                                       |                                                                                                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                           |                                                                       | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA                    |                                   |
|                                                                                                                            |                                                                       | ÁNO                                                                                              | NIE                               |
| BDELOSŤ : pacient musí byť bdely najmenej 15 min.                                                                          |                                                                       | <b>1</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |
| KAŠEĽ a/alebo<br>ODKAŠLIAVANIE                                                                                             | vôľový kašeľ<br><br>pacient by mal zakašľať<br>alebo odkašľať dvakrát | <b>1</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |
| PREHĽTANIE SLÍN :                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                  |                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prehĺtanie úspešné</li> </ul>                                                     |                                                                       | <b>1</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slintanie</li> </ul>                                                              |                                                                       | <b>0</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>1</b> <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmena hlasu (chraptot, bublavý, vlhký hlas, zastretý hlas, slabý hlas)</li> </ul> |                                                                       | <b>0</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>1</b> <input type="checkbox"/> |
| CELKOM                                                                                                                     |                                                                       | (5)                                                                                              |                                   |
|                                                                                                                            |                                                                       | 1 - 4 = zastavte vyšetrenie<br>a pokračujte neskôr <sup>1</sup><br><br>5 = pokračujte s časťou 2 |                                   |

Tabuľka č. 9

| <b>Priamy test prehĺtania</b><br><b>(materiál: čistá voda, plochá čajová lyžička, zahusťovadlo, chlieb)</b>                                     |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |                                                                                                                                                                                         | <b>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP</b><br><b>PORUCHY PREHŤANIA, DYSFÁGIA</b>                           |                                                                                        |
| V nasledujúcom poradí:                                                                                                                          | 1<br>Zahustená<br>tekutina*                                                                                                                                                             | 2<br>Tekutina**                                                                                                      | 3<br>Tuhá strava***                                                                    |
| <b>Prehĺtanie :</b><br>- Prehĺtanie nie je možné<br>- Prehĺtanie je oneskorené (>2sek.)<br>Tuhá konzistencia >10sek.<br>- Prehĺtanie je úspešné | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                  | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/>                               | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/> |
| <b>Kašeľ :</b> (reflexný, pred, počas alebo po<br>prehĺtnutí s oneskorením do 3 min.)<br>- ÁNO<br>- NIE                                         | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                             | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                               |
| <b>Slinenie :</b><br>- ÁNO<br>- NIE                                                                                                             | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                             | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                               |
| <b>Zmena hlasu :</b> (počúvajte hlas pred a po<br>prehĺtnutí, pacient by mal hovoriť "O")<br>- ÁNO<br>- NIE                                     | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                                                             | 0 <input type="checkbox"/><br>1 <input type="checkbox"/>                               |
| <b>Celkom</b>                                                                                                                                   | (5)                                                                                                                                                                                     | (5)                                                                                                                  | (5)                                                                                    |
|                                                                                                                                                 | 1 - 4 = zastavte<br>vyšetrovanie<br>a pokračujte<br>neskôr <sup>1</sup><br>5 = pokračujte<br>tekutinami                                                                                 | 1 - 4 = zastavte<br>vyšetrovanie<br>a pokračujte<br>neskôr <sup>1</sup><br>5 = pokračujte<br>tuhú konzis-<br>tenciou | 1 - 4 = zastavte<br>vyšetrovanie<br>a pokračujte<br>neskôr <sup>1</sup><br>5 = norma   |
| <b>Celkom (Súčet výsledkov nepriameho a priameho testu prehĺtania).....20</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                        |
| <b>*</b>                                                                                                                                        | Prvá administrácia 1/3 až ½ čajovej lyžičky so zahusťovadlom (konzistencia pudingu). Pokiaľ<br>nie sú žiadne symptómy, aplikujte 3 až 5 lyžičiek. Hodnoťte po 5. lyžičke.               |                                                                                                                      |                                                                                        |
| <b>**</b>                                                                                                                                       | 3, 5, 10, 20 ml vody - pokiaľ nie sú prítomné žiadne symptómy, pokračujte s 50 ml vody<br>(Daniels et al.,2000). Hodnoťte a ukončíte vyšetrenie, akonáhle spozorujete jedno z kritérií! |                                                                                                                      |                                                                                        |
| <b>***</b>                                                                                                                                      | Klinicky : suchý chlieb, FEES-suchý chlieb namočený do zafarbenej tekutiny                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                        |
| <b>1</b>                                                                                                                                        | Použite funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS, FEES                                                                                                                                      |                                                                                                                      |                                                                                        |



**GUSS, HODNOTENIE VÝSLEDKOV VYŠETRENIA**  
(Trapl at al.,2007)

Tabuľka č. 10

| GUSS, HODNOTENIE VÝSLEDKOV VYŠETRENIA                                             |                                                                      |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                      | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP<br>PORUCHY PREHL'TANIA, DYSFÁGIA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Výsledky                                                                          |                                                                      | Stupeň                                                                         | Odporúčanie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 20                                                                                | Zahustená tekutina / tekutina, aj tuhá konzistencia úspešná          | Ľahké / alebo žiadne príznaky dysfágie. Minimálne riziko aspirácie             | Normálna diéta<br>Bežné tekutiny (prvýkrát pod dohľadom klinického logopéda alebo špecializovanej sestry)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 15-19                                                                             | Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, tuhá konzistencia neúspešná | Ľahký stupeň dysfágie s nízkym rizikom aspirácie                               | Dysfagická diéta (pyré a mäkké konzistencie jedla). Tekutiny veľmi pomaly, po jednom dúšku.<br>Funkčná vyšetrovacia metóda ako VFSS a FEES.<br>Upozorniť klinického logopéda                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10-14                                                                             | Zahustená konzistencia úspešná, tekutiny neúspešné                   | Stredný stupeň dysfágie s vysokým rizikom aspirácie                            | Dysfagická diéta začínajúca :<br>zahustenými konzistenciami ako jabĺčna výživa a doplnená parenterálnou výživou.<br>Všetky tekutiny musia byť zahustené!<br>Lieky musia byť drvené a zmiešané so zahustenou tekutinou.<br>Žiadna medikácia v tekutej forme konzistencie.<br>Ďalšie funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS a FEES.<br>Upozorniť klinického logopéda.<br>Doplnenie nazogastrickou sondou alebo parenterálnou výživou. |
| 0-9                                                                               | Predtestové vyšetrenie neúspešné alebo zahustená tekutina neúspešná  | Ťažká dysfágia s vysokým rizikom aspirácie                                     | Žiadna strava per os.<br>Ďalšie funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS a FEES.<br>Upozorniť klinického logopéda.<br>Doplnenie nazogastrickou sondou alebo parenterálnou výživou.                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Poznámka:** Trapl et al., 2007; (preklad: PaedDr. Bunová Barbora, PhD.; preklad so súhlasom autora testu)

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Vzhľadom k prudkému rozvoju odboru dysfagiológia odporúčame prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto

postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike a audit v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

## Literatúra

ANTALOVÁ,J; FABIÁNOVÁ, A; CHMELOVÁ, I. 2018: *Poruchy prehĺtania v novorodeneckom a detskom veku*. In Tedla a kol.: Poruchy polykání. Tobiáš, 2018, ISBN: 978-80-7311-188-5

ARVEDSON, J.C; BRODSKY, L. 2002 : *Pediatric Swallowing and Feeding: assessment and management*. Albany: Singular/Thompson Learning, 2nd ed..

ARVEDSON, J.C. 2008: *Assessment of Pediatric Dysphagia and Feeding Disorders: Clinical and Instrumental Approaches*. In Developmental Disabilities Research Reviews, 14, 18-127

ARVEDSON JC, CLARK H, LAZARUS, C, SCHOOLING, T.,FRYMARK, T. 2010: *Evidence –based systematic review: Effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants*. Am J Speech Lang Pathol ; 19(4),. 321-40. doi:10.1044/1058-0360

ASHA-AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION,2019a: *Adults dysphagia. Roles and responsibilities*.  
<https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550&section=References>. [online]

[cit. 2019-02-15]

ASHA- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION,2019b: *Pediatric dysphagia*.  
<https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/> [online][cit.2019-05-02]

BAIJENS, L.W.J., SPEYER, R., PILZ,W., ROODENBURG, N. 2014: *FEES Protocol Derived Estimates of Sensitivity: Aspiration in Dysphagic Patients*. Dysphagia ; 29:583–590

BARTOLOME, G., SCHROETTER-MORASCH, H.( HRSG.). 2006. : *Schluckstoerungen. Diagnostik und Rehabilitation*. Urban/Fischer, Muenschen ISBN-10: 3- 437-47160-0

BIBER, D. 2012: *Fruhkindliche Dysphagien und Trinkschwächen*. Wien: Springer-Verlag. ISBN 978-3-7091-0970-0

Belafsky, C.P; Mouadeb D.A; Rees, C.J; Pryor,J.C.; Postma,G.N.;Allen,J.; Leonard,J.L (2008).: ***Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)***. The Annals of Otology, Rhinology & Laryngology; Dec 117, 12;

BRYANT-WAUGH R, MARKHAM L, KREIPE RE, WALSH BT. 2010: *Feeding and eating disorders in childhood*. Int J Eat Disord. 43, 98–111

BUNOVÁ,B.2018: *Videofluoroskopické vyšetrenie u detí*. Listy klinické logopedie; 2(2): 68-76

BUNOVÁ, B. 2019 : *GUSS-slovenská verzia..* <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/> [online] .[cit.2019-01-30]

CLAVÉ, P., SHAKER, R. 2015: *Dysphagia: current reality and scope of the problem*. Nature Reviews. Gastroenterol. Hepatol. advance online publication 7April 2015;doi:10.1038/nrgastro.2015.49

ČERVENKOVÁ,B.2017:*Multimodální přístup v terapii dětí s funkční dysfágií*.Listy klinické logopedie; 1(2):3-17

DANIELS SK, BRAILEY K, PRIESTLY DH, HERRINGTON LR, WEISBERG LA, FOUNDAS AL. 1998 : *Aspiration in patients with acute stroke*. Arch Phys Med Rehabil. Jan;79(1):14-9.

DOBIAS-ADZIMOVÁ, S. 2014: *Klinicko-logopedická intervencia neurogénnej orofaryngeálnej dysfágie* (NOD. In: Neubauer, K.: Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfágie. Hradec Králové : Gaudeamus, Recenzované monografie, 48. ISBN 978-80-7435-518-9

DURVASULA VS, O'NEILL AC, RICHTER GT. 2014: *Oropharyngeal dysphagia in children: mechanism, source, and management*. Otolaryngol.Clin N Am. 47(5), 691–720

EKBERG, O., HAMDY, S., WOISARD, V., WUTTGE-HANNIG, A. & ORTEGA, P. 2002 : *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment*. Dysphagia; 17, 139–146

EKSTEIN S, LANIADO D, GLICK B. 2010 :*Does picky eating affect weightfor-length measurements in young children?* Clin Pediatr; 49, 217–220

FATTORI,B.,GIUSTI,P.,MANCINI,V.,GROSSO,M.,BARILLARI,M.R.,BASTIANI,L.,MOLINARO ,S.,NACCI,A.2016: *Comparison between videofluoroscopy, fiberoptic endoscopy and scintigraphy for diagnosis of oro-pharyngeal dysphagia*. Acta Otorhinolaryngologica Italica ;36:395-402; doi: 10.14639/0392-10

FREY, S. 2011: *Pädiatrisches Dysphagiemanagement*. Munchen: Elsevier GmbH, ISBN 978-3-437-48750-7

GINNIS Mc.C.M., HOMAN,K., SOLOMON,M., TALYOR,J.,STAEBELL,K.,ERGER,D., RAUT,N.(2019): *Dysphagia: Interprofessional Management, Impact,and Patient-Centered Care*. Nutrition in Clinical Practice;34(1) 80–95

GODAY PS, HUH SY, SILVERMAN A, et al. 2019. *Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework*.J Pediatr Gastroenterol Nutr.;68(1):124-129



LAZARUS, C. L. 2009: *Effects of chemoradiotherapy on voice and swallowing*. Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 17, 172–178

LEFTON-GREIF MA, CARROLL JL, LOUGHLIN GM. 2006: *Long-term follow-up of oropharyngeal Dysphagia in children without apparent risk factors*. Pediatr Pulmonol 41: 1040–1048

LEFTON-GREIF, MA, MCGRATTAN, KE, CARSON, KA, PINTO, JM, WRIGHT, JM, MARTIN-HARRIS, B. 2018: *First Steps Towards Development of an Instrument for the Reproducible Quantification of Oropharyngeal Swallow Physiology in Bottle-Fed Children*. Dysphagia, 33,76–82

Lessen BS.2011. *Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants*. Adv Neonatal Care. Apr;11(2):129-39

LOGEMANN, J.A., RADEMAKER, A.W.ET AL. 1998: *Normal Swallowing Physiology as Viewed by Videofluoroscopy and Videoendoscopy*. Folia Phoniatrica et Logopedica; 50, 311-319

MARTINO R, FOLEY N, BHOGAL S, DIAMANT N, SPEECHLEY M, TEASELL, R. 2005: *Dysphagia after stroke incidence, diagnosis, and pulmonary complications*. Stroke;36(12), 2756–63

MKCH-10. 2019: *Medzinárodná klasifikácia chorôb*. In: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx> [online].[cit.2019-02-02]

NEWMAN,R. D., NIGHTINGALE, J.M. 2012: *Videofluoroscopy*. Plural Publishing; 197-211.ISBN-13: 978-1-59756-439-7

NEWMAN, R, VILARDELL N, CLAVÉ P, SPEYER R 2016: *Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD.)* Dysphagia. Apr;31(2):232-49

O'NEILL P.A. 2000: *Swallowing and prevention of complication*. British Medical Bulletin, , 56 (No 2) 457-465

ROSENBEK J.C., ROBBINS, J.A., ROECKER,E.B., COYLE,J.L., WOOD, J.L. 1996 : *A penetration- aspiration scale*. Dysphagia;11, 93-98

SPEYER R. 2013 :*Oropharyngeal dysphagia: screening and assessment*. Otolaryngol Clin N. Am.; 46(6), 989–1008

TEDLA, M. a kol.2018: *Poruchy polykání*. Tobiáš, 2018, ISBN: 978-80-7311-188-5

TRAPL M, ENDERLE P, NOWOTNY M, TEUSCHL Y, MATZ K, DACHENHAUSEN A, BRAININ M. 2007: *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. Stroke. Nov;38(11):2948-52.

VEDRÖDYOVÁ, M., SCHINDLER, A. 2016.: *Poruchy prehltania*. In: Kerekrétiová, A. a kol.:Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského, ISBN 978-80-223-4165-3

WHO.2019: *International Classification of Functioning, Disability and Health*.  
<https://www.who.int/classifications/icf/en/> [online]. [cit. 2019-02-11]

WHO.2019: ICD 11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. [online] [cit. 2019-10-02]

**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.**  
**ministerka**