

КЛИНИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЛОГОПЕДА ПРИ ДИАГНОСТИЦИРАНЕТО И ТЕРАПЕВТИРАНЕТО НА ДИСФАГИЯ

Миглена Симонска

Резюме: дисфагията е нарушение, което отскоро е заложено в обучението на студентите по логопедия у нас и за което практикуващите логопеди имат малко познания и умения. Настоящата статия разглежда изискванията за клиничните компетенции на логопедите, посочени в редица литературни източници, и насоки на професионални организации в чужбина. Представени са специфичните методи за диагностика и терапия, които следва да бъдат овладени като знания и умения при третирането на дисфагия. Обобщението е насочено към факта, че в България трябва ясно да се дефинират критериите за придобиване на професионални компетенции за работа с нарушенията на гъвченето и гълтането.

Ключови думи: дисфагия, клинични компетенции, гълтане, гъвчене, диагностика, терапия

CLINICAL COMPETENCES OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS IN ASSESSEMENT AND TREATMENT OF DYSPHAGIA

Miglena Simonska

Abstract: Dysphagia is a disorder that has recently been included in the education of speech and language therapy students in our country. Practicing speech therapists also have little knowledge and skills in this field. The present article discusses the requirements for clinical competencies of speech and language therapists, listed in a number of literature sources and guidelines of professional organizations abroad. Specific methods for assessment and treatment are presented that need to be translated into particular knowledge and skills and implemented in dysphagia treatment. The summary is aimed at the fact that in Bulgaria the criteria for acquiring professional competencies for working with chewing and swallowing disorders should be clearly defined.

Keywords: dysphagia, clinical competences, swallowing, chewing, assessment, treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

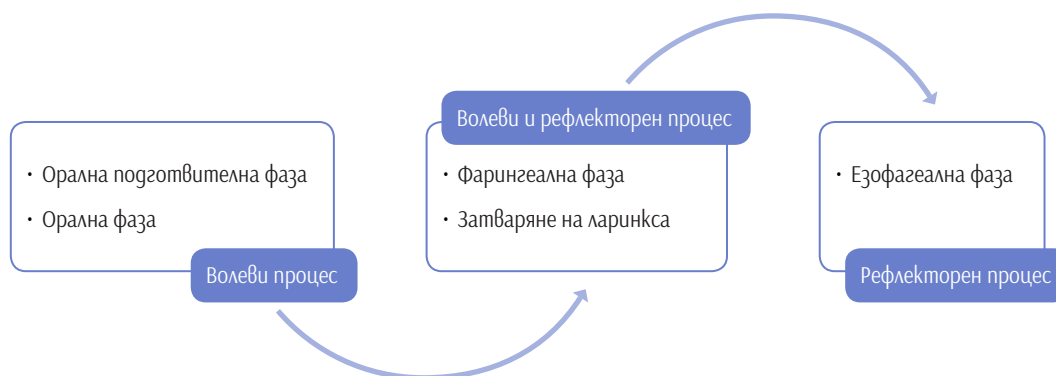
Нарушенията на гълъченето и гълтането у нас все още не са ясно определени като клинични компетенции в областта на логопедията. Една от причините, водещи до този факт, е, че все още в болничните и санаториалните заведения, както и в рехабилитационните центрове, където предимно следва да се прилагат процедури за диагностика и въздействие на дисфагия, не се назначават логопеди. От друга страна, обучението по тази нозологична единица е заложена отскоро в учебните планове в българските университети, които подготвят логопеди. Третирането на нарушението изисква: специфични знания и умения относно нормалното протичане на акта на гълъчене и гълтане; специфични методи за инструментална и неинструментална диагностика; методи за терапия при различните форми на дисфагия при всички възрастови групи, както и умения за работа в диагностичен и терапевтичен екип. В Образователните насоки за обучение на логопеди на Международната асоциация по логопедия и фониятрия (IALP) категорично се посочва, че една от петте задължителни групи от нарушения, по които логопедите следва да имат практически опит, е дисфагията, въпреки че в Приложение 2 е допълнено, че през четвъртата година на обучение не се очаква от студентите да имат пълни компетенции по някои от нарушенията, в т.ч. дисфагия и неонатално хранене (IALP, 2009). За разлика от IALP, в изискванията за практическо обучение в образователните програми по логопедия на Постоянния комитет за връзка с логопедите в Европейския съюз (CPEOL) категорично се посочва, че клиничната практика на студентите трябва да осигурява придобиване на опит и в нарушенията на гълъченето на гълтането и гълъченето (CPEOL, 2007). Настоящата публикация цели да представи компетенциите, които трябва да имат логопедите относно дисфагията при всички възрастови групи в зависимост от заболяванията и състоянията, които причиняват нарушението.

ФАЗИ НА ХРАНЕНОТО

Храненето е процес на обработване и доставяне на храната от устната кухина до стомаха с цел физиологично оцеляване на индивида. Реализира се посредством активното участие и координацията на редица мускули на лицето, устната кухина, фаринкса, шията, ларинкса и др. В литературните източници са описани няколко класификации на фазите на храненето. Те най-вече са насочени към разграничаването на фазите на оформянето на хапката, на акта на преглъщане и на преминаването на хапката през езофагуса с цел достигане до стомаха.

На Фигура 1 е представена една от най-популярните класификации на фазите на храненето – четирифазната. Стандартите за клинични компетенции на логопедите изискват те да бъдат запознати с динамиката

и функционирането на процеса на хранене (Croger, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Shipley & McAfee, 2016).



Фиг. 1. Фази на процеса на хранене

Първа фаза – орална подготвителна фаза

Това е фазата на поставяне на храната в устната кухина посредством отхапването ѝ със зъби или поставянето ѝ с прибори за хранене. Манипулирането на храната/течността е под формата на дъвчене посредством комбинираните движения на устните, бузите, езика и долната челюст. Продължителността на тази фаза зависи от възрастта и хранителната консистенция. Оформянето на хапката е подчинено на сместването на храната със слюнката и виталната роля на езика, защитните функции на мекото небце и увулата за предпазване от попадане на храната във фаринкса преди акта на гълтане, както и на устните за предпазване на изтичане на храната. Определя се като волеви процес.

Втора фаза – орална фаза

Започва, когато езикът прехвърля храната или течността назад в устната кухина, за да се задейства гълтателният рефлекс. Езикът се повдига нагоре и се придвижва назад, като осъществява контакт с твърдото небце и приема форма на вдлъбнатина, за да насочи храната към фаринкса. Мекото небце и увулата продължават да изпълняват предпазната си функция, а мандибулата подпомага витално процеса чрез своето повдигане нагоре. Тази фаза приключва, когато храната доближи небните дъги. Нейната продължителност е 1-1,5 секунди. Определя се като волеви процес.

Трета фаза – фарингеална фаза

Започва със задействането на гълтателния рефлекс. Едновременно се включват няколко движения:

- мекото небце се повдига с предпазна цел;
- основата на езика се изтегля към фарингеалната стена с предпазна цел;
- задействието се перисталтиката на задната фарингеална стена, за да се придвижи храната към фаринкса;
- епиглотисът се наклонява с предпазна цел;
- затваряне на гласните и вентрикуларните връзки;
- пръстеновидно-фарингеалният сфинктер се отпуска, за да позволи на храната/течността да премине от фаринкса към езофаринкса.

Продължава не повече от една секунда от задействането на гълтателния рефлекс до достигането на храната в езофагуса. Времетраенето се увеличава с напредване на възрастта. Определя се като частично волеви и частично рефлексорен процес.

Четвърта фаза – езофагеална фаза

През тази фаза посредством перисталтиката на езофагуса храната се придвижва към стомаха. Горният езофагеален сфинктер позволява на храната да премине към езофагуса и предпазва от връщане, а долният езофагеален сфинктер позволява на храната да премине към стомаха. Времето за реализиране на тази фаза варира от 6 до 20 секунди. Определя се като рефлексорен процес (Croger, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Shipley & McAfee, 2016).

ДИСФАГИЯ – СЪЩНОСТ И ЕТИОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ

Отклоненията от нормалното функциониране на процеса на хранене се определя с термина „дисфагия“. Логопедите трябва да познават етиологичните фактори за появата ѝ, за да могат да се насочат към специфичните методи за диагностика, да определят методите за терапия и прогнозата за изхода от терапията. Познанията за произхода на нарушението също определят кои специалисти следва да бъдат включени в диагностичния и терапевтичния екип.

Причините за появата на дисфагия се обуславят от разнообразни заболявания, състояния и травми и др. Консенсусът между изследователите е насочен към групирането на етиологичните фактори при деца и възрастни. Groher (2010) групира причинните фактори в детска възраст на:

- състояния по време на бременността – диабет и гестационен диабет, лекарствени и наркотични, прееклампсия;
- недоносеност – некротизиращ ентероколит, гастроезофагеален рефлукс, трахеоезофагеална фистула и атрезия;
- респираторни заболявания – Синдром на респираторния дистрес, апнея, преходна тахипнея на новороденото, бронхопулмонаторна

дисплазия, персистираща пулмонаторна хипертензия на новороденото;

- неврологични заболявания – микроцефалия, хидроцефалия, травми при раждане, Цезарово сечение, интракраниални кръвоизливи и др.;
- кардиоваскуларни нарушения, структурни аномалии на лицево – челюстната област, церебрална парализа, травми на мозъка, синдром на Даун, аутизъм, алергии, нарушения на шията и врата, респираторни състояния и др.

Етиологичните фактори, предизвикващи появата на дисфагия, се делят на:

- неврогенни – мозъчни травми, мозъчни инсулти, деменция, мозъчни тумори, невродегенеративни заболявания, медикаменти, радиотерапия и др.;
- злокачествени заболявания на главата и гърлото;
- езофагеални заболявания – гастроезофагеален рефлукс, дивертикул, езофагеална мрежа, ахалазия, тумори на езофагуса, езофагеално стесняване и др.
- респираторни и латрогенни заболявания и нарушения – трахеостомични тръби, дентални травми, изгаряния, премахване на тиреоидната жлеза или езофагуса, отстраняване на ларинкса и др. (Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Marik & Kaplan, 2003).

ДИАГНОСТИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЛОГОПЕДА

Диагностичният процес и поставянето на диагноза при дисфагия изисква работа в диагностичен екип. Един специалист или една диагностична процедура не са в състояние да осигурят необходимата информация. Всеки един професионалист участва с различна перспектива при диагностиката и планирането на процеса, свързан с нарушенията на храненето (Pinder & Faherty, 1999: 301). Логопедът има водеща роля в менажирането на пациентите с дисфагия, обусловена от слабости на оралния и фарингеалния механизъм. В повечето центрове той координира дейностите на екипа и често е първият, който осигурява анамнезната информация и физическото оценяване на орофарингеалната дисфункция (Croher, 2010). В зависимост от вида дисфагия членове на диагностичните и терапевтичните екипи са невролози, оториноларинголози, гастроентеролози, диетолози, рентгенолози, пулмолози, физиотерапевти, фармацевти, медицински сестри, стоматолози и др. (Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Logemann, 2007; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012). В процеса на диагностика на дисфагия освен общоприетите и за други комуникативни нарушения диагностични методи, включващи анамнеза, определяне на анатомичен статус на оралните органи, оценка

на подвижността на оралните органи, се включват и специфични методи, в това число и инструментални.

В англоезичната литература посочените като задължителни в компетенциите на логопедите инструментални диагностични методи са:

- видеофлуороскопия – провежда се заедно с рентгенолог, но анализът се прави от логопеда;
- рентгеново изследване с модифицирана бариева каша – провежда се заедно с рентгенолог, но анализът се прави от логопеда;
- фибероскопска ендоскопия – провежда се от логопеда или оториноларинголога;
- електромиография – провежда се от логопеда;
- респираторна плутометрия, фарингеална манометрия и др. (ASHA, 2007-2020; Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Leonard & Kendal, 2019; Logemann, 2007; Murry et al., 2018; Perlman, 2004; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012).

Важно е да се отбележи, че посочените компетенции се придобиват със специализирано обучение, част от продължаващото обучение на логопеда. Логопедите, които придобиват правото на практикуване на професията, следва да участват в курсове за повишаване на квалификацията си и да получат специален сертификат, доказващ правото им да прилагат специализирани методи за инструментална диагностика при дисфагия.

КЛИНИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ТЕРАПИЯ НА ДИСФАГИЯ

Терапията на дисфагия, така както и диагностиката, изисква мултидисциплинарен подход в зависимост от спецификата на нейната проява и възрастта на пациента.



Фиг. 2. Членове на мултидисциплинарния екип

Спрямо конкретните случаи в терапевтичните екипи се включват невролози, оториноланголози, гастроентеролози, диетолози, медицински сестри, физиотерапевт, близки или лични асистенти на лицето и др. Посочените специфични методи и техники за терапия са следните:

- модифициране на диетата;
- електрическа стимулация;
- маневри – засилен контрол над гълчачето и гълтането, Менделсон, супраглотисно гълтане, супер-супраглотисно гълтане;
- орално-моторна терапия – ларингеално повдигане, маневра на Масако и др.;
- биофийдбек;
- сензорна стимулация;
- техники за контрол на саливацията;
- компенсаторни техники – смяна на позицията;
- промяна на консистенцията и др. (ASHA, 2007-2020; Croher, 2010; Hardy & Robinson; Leonard & Kendal, 2019; Logemann, 2007; Murry et al., 2018; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо че в обучението на студентите по логопедия в бакалавърските програми е заложено изучаване на дисфагия, спецификата на нарушението изисква множество специфични умения. Поради тази причина практикуването на професията при това нарушение следва да се прилага първоначално под супервизията на опитен специалист или след допълващо специализирано обучение. Това се налага от особеностите на рисковете, свързани с прилагането на част от диагностичните и терапевтичните техники, които могат да доведат до задавяне или аспирация. В уеб-страницата на ASHA (2007-2020) категорично се посочва, че след 2014 г. стандартите на асоциацията за сертифициране изискват компетенции за дисфагия и ясно са разписани горепосочените диагностични и терапевтични процедури, методи и техники. Заложено е и изискването за поддържане на компетентни умения чрез проучване на научно базирани нововъведения и продължаващо обучение. Следователно в България при обучението на студентите трябва да се заложи не само на усвояването на теоретични познания за дисфагия, но и на придобиването на специфични практически умения за диагностика и терапия. Усвояването на компетенциите следва да бъде в две посоки: (1) специализирането в дадена възрастова група или патология да включва продължаващо обучение, придружено със сертификати за компетентност и (2) ясно да се определят нивата на компетенции и да се посочат какви умения за диагностика и терапия на дисфагия трябва да е придобил логопедът, за да има право да работи с тази нозологична единица.

БИБЛИОГРАФИЯ

- American Speech-Language-Hearing Association (1997-2020). Feeding and swallowing disorders in children. from: <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/>
- American Speech-Language-Hearing Association (1997-2020). Swallowing disorders in adults. from: <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Swallowing-Disorders-in-Adults/>
- Groher, M. (2010). Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children. Missouri: Elsevier, pp. 18-42.
- Hardy, E., & Robinson, N. (1999). Swallowing Disorders. Treatment Manual, 2 nd ed. Austin, Texas: Proed.
- Kipping, P., & Ross-Swain, D. (2003). Swallowing Ability and Function Evaluation. Austin, Texas: Proed.
- Leonard, R., & Kendal, K. (2019). Dysphagia. Assessment and Treatment Planning. A Team Approach, 4 th ed., San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Leslie, P., Drinnan, M. J., Ford, G. A. & Wilson, J. A. (2005). Swallow respiratory patterns and aging: presbyphagia or dysphagia? *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, March, 60(3), 391-395.
- Logemann, J. (2007). Dysphagia: Basic Assessment and Management. In: Medical Speech-Language Pathology. A Practitioner's Guide, 2 nd ed., ed by Hiscock, T., New York: Thieme Medical Publishers, Inc, 131-147.
- Marik, P.E. & Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, Jul, 124 (1), 328- 336.
- Murry, T., Carrau, R., & Chan, K. (2018). Clinical Management of Swallowing Disorders, 4th ed., San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Perlman, A. (2004). Dysphagia, Oral and Pharyngeal. In: *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, ed. by R. Kent, Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 132-134.
- Pinder, G., & Faherty, A. (1999). Issues in Pediatric Feeding and Swallowing. In *Clinical Management of Motor Speech Disorders in Children*, Caruso, A., & Strand, E., eds. New York: Thieme, pp. 281-318.
- Pokieser, P., & Scharitzer, M. (2012). The Clinical and Radiological Approach to Dysphagia. In: *Dysphagia. Diagnosis and Treatment*, ed by Ekberg, O., Springer, 201-236.
- Position Statement on Practice Education during Initial Speech and Language Therapy Education Programmes, from: https://cplol.eu/images/practice-educ_pos_stat.pdf
- Shipley, K., & McAfee, J. (2016). Assessment of Neurologically Based Communicative Disorders, 5th ed, Boston, MA: Cengage learning, 525-582.
- Revised IALP EDUCATION GUIDELINES (Jan 26, 2009). Guidelines for Initial Education in Speech Language Pathology IALP. from: <https://ialpasoc.info/wp-content/uploads/2017/10/Revised-IALP-Guidelines-for-Initial-Education-of-SLT.pdf>

За автора:

Доц. г-р Миглена Симонска

Югозападен университет „Неофит Рилски“

Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“

Катедра „Логопедия“

Контакт: Адрес: гр. Благоевград 2700, ул. „Иван Михайлов“ № 66

E-mail: miglena_simonska@swu.bg

Научни интереси: неврогенни комуникативни нарушения (говорна апраксия, дизартрия, афазия), дисфагия, заекване, приложение на ICF модела при комуникативни нарушения

About the author:

Assoc. Prof. Miglena Simonska

South-West University “Neofit Rilski”

Faculty of Public Health, Health Care and Sport

Department of Logopedics

Contact: Bulgaria, Blagoevgrad 2700, 66 Ivan Mihailov str.

E-mail: miglena_simonska@swu.bg

Scientific interests: Neurogenic communication disorders (speech apraxia, dysarthria, aphasia), Dysphagia, Stuttering, Implementation of ICF in communication disorders