



Agnieszka Hamerlińska, Milena Lemańczyk

DYSFAGIA NOWOTWOROWA W TRAKCIE RADIOTERAPII NA PRZYKŁADZIE OSÓB PO USUNIĘCIU KRTANI – WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Streszczenie

Zaawansowana choroba nowotworowa krtani leczona jest zazwyczaj dwutorowo: poprzez zabieg chirurgiczny, którego celem jest usunięcie zajętego przez guz narządu, oraz przez radioterapię, która ma wyniszczyć istniejące jeszcze komórki nowotworowe. Ze stosowanymi metodami wiąże się wiele konsekwencji, jedną z nich jest dysfagia nowotworowa przejawiająca się zaburzeniami połykania. Artykuł zawiera krótki opis laryngektomii, radioterapii oraz dysfagii, a jego celem jest ukazanie zaburzeń połykania u osób po usunięciu krtani oraz w trakcie zastosowania radioterapii.

Słowa kluczowe: rak, laryngektomia, radioterapia, dysfagia

Dysphagia during radiotherapy: an example of people after total laryngectomy –
results of own research

Summary

Advanced cancerous disease of the larynx is usually treated in two ways: through a surgical procedure, the aim of which is to remove the tumor occupied by the tumor and through radiotherapy, which is to kill out the existing cancer cells. There are many consequences associated with the methods used, one of them is dysphagia, manifested by swallowing disorders. The article contains a short description of laryngectomy, radiotherapy and dysphagia, and its aim is to show dysphagia in people after laryngectomy and during radiotherapy.

Keywords: cancer, laryngectomy, radiotherapy, dysphagia

Wprowadzenie

Usunięcie krtani jest zabiegiem okaleczającym, ale ratującym życie. Zazwyczaj przyczyną tego zabiegu jest zaawansowany nowotwór. Niestety operacja wiąże się z wieloma przykrymi następstwami dla chorego, między innymi zmienia się sposób oddychania i traci się umiejętność mówienia. Radioterapia pogłębia niektóre konsekwencje stosowanego leczenia. Jednym z pojawiających się problemów jest dysfagia, czyli zaburzenie połykania charakteryzujące się uczuciem upośledzenia przejścia treści pokarmowej do żołądka przez jamę ustną, gardło oraz przełyk. Trudności z połykaniem występują u osób z wysokim stopniem zaawansowania choroby nowotworowej, z wysoce wyniszczonym i osłabionym organizmem. Napromieniowanie i zabiegi chirurgiczne w obrębie jamy ustnej utrudniają otwieranie jamy ustnej, obniżają ruchliwość języka, zmniejszają przełyk oraz powodują zwłóknienie tkanek. Stany zapalne i grzybice pojawiające się w jamie ustnej, gardle czy przełyku po radioterapii także mogą powodować zaburzenia połykania (Buczyńska 2018).

Artykuł skupia się na dysfagii powstałej po radioterapii u osób po laryngektomii całkowitej. Zostaną w nim przedstawione wyniki badań własnych, które przeprowadzono po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Etycznej.

Laryngektomia i radioterapia jako metody stosowane w leczeniu chorób nowotworowych krtani

W leczeniu raka krtani wykorzystywany jest zabieg chirurgiczny – laryngektomia, która może być częściowa lub całkowita. Stosuje się następujące metody operacyjne:

1. Wewnątrzkrtniowe – mikrochirurgię endoskopową.
2. Zewnątrzkrtniowe:
 - usunięcie fałdu głosowego;
 - częściowe usunięcie krtani (czołowe);
 - częściowe usunięcie krtani (czołowo-boczne);
 - połowiczne wycięcie krtani;
 - nadgłośniowe połowiczne usunięcie krtani;
 - prawie całe usunięcie krtani.
3. Całkowite usunięcie krtani (za: Bruzgielewicz 2002: 144).

Zabiegi wewnątrzkrtniowe i zewnątrzkrtniowe mają na celu oszczędzenie krtani, która jest bardzo istotnym narządem dla człowieka, ponieważ od-

powiada między innymi za oddychanie i mówienie. Laryngektomia całkowita zostaje przeprowadzona w sytuacji, gdy choroba jest wysoce zaawansowana. Pierwsze najbardziej zauważalne i odczuwalne zmiany po operacji to brak mowy oraz skrócenie drogi oddechowej – przez tracheostomę, tchawicę, aż do płuc. Odmieniona droga oddechowa negatywnie oddziałuje na codzienne funkcjonowanie, ponieważ:

- wdychane powietrze jest nieoczyszczone i nieogrzone;
- następuje brak nawilżenia powietrza;
- powoduje stratę odruchów nosowych – ograniczony jest wdech, przestrzeń rezonacyjna, kichanie (skutek zainstalowania tracheostomu) (za: Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz 2009: 56).

Kolejne zmiany, do jakich dochodzi na skutek laryngektomii totalnej, związane są z układem pokarmowym. Osoby po laryngektomii bardzo często mają problemy z połykaniem, mimo iż droga pokarmowa nie była obszarem interwencji chirurgicznej. Poważną zmianą jest brak odruchu dmuchania. Osoby te muszą uważać na gorące pokarmy i napoje, by nie doszło do poparzenia jamy ustnej. Po zabiegu pacjenci przez pewien czas są zmuszeni do spożywania pokarmu w formie papkek lub konsystencji płynnej, ze względu na obrzęk, a później z uwagi na występujące blizny, które zwężają przełyk. Ponadto zmianą, która może wywołać brak apetytu, jest utrata odczuwania zapachów (poza tym jest to też utrata funkcji obronnej w sytuacjach zagrożenia) (Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz 2009). Po usunięciu krtani następuje brak odruchu kaszlu, parcia podczas defekacji, pacjentki tracą również możliwość porodu siłami natury (Kamuda-Lewtak 2012). Wszystkie konsekwencje mają ogromny wpływ na stan psychiczny pacjenta. Występuje duże zagrożenie rozwoju depresji, gdyż istnieje świadomość, że choroba może powrócić; pojawia się konieczność komunikowania się mową zastępczą; zachodzą zmiany w życiu seksualnym; obecność tracheostomy powoduje poczucie wstydu i przyciąga uwagę (Sinkiewicz 2005).

Drugą formą leczenia stosowaną u chorych na raka jest radioterapia, która polega na wykorzystywaniu promieniowania jonizującego. Najczęstszą formą jej zastosowania jest napromieniowanie wiązkami zewnętrznymi wytworzonymi przez przyspieszacze liniowe (Bujko 2010). Wymienia się dwa rodzaje radioterapii:

- brachyterapię – w tym rodzaju radioterapii wykorzystywany jest izotop radioaktywny, który wprowadzany jest bezpośrednio do tkanki, w której znajduje się guz, lub do jamy ciała pacjenta;
- teleterapię – w tym rodzaju wykorzystywane jest napromieniowanie

wiązkami zewnętrznymi, których źródło promieniowania ustawione jest w odległości 80–100 cm od pacjenta (Skowrońska-Gardas, Kułakowski 2002).

Obecnie, dzięki postępowi technologicznemu, w radioterapii wykorzystywane są najnowocześniejsze promieniowania wysokoenergetyczne, które, w odróżnieniu od dawnych niskoenergetycznych promieniowań rentgenowskich, posiadają wiele zalet. Między innymi „napromienianie teraz jest bardziej skuteczne niż dawniej wskutek wprowadzenia technik radioterapii konformalnej, co oznacza, że obszar napromieniany wysoką, jednorodną dawką jest dopasowany do kształtu guza w trzech wymiarach” (Bujko 2010).

Olbrzymią wartością radioterapii jest efekt napromieniowania, czyli niszczenie istniejących komórek nowotworowych. Niestety, co należy podkreślić, negatywnym oddziaływaniom ulega również zdrowy obszar otaczający guz nowotworowy. Zawsze obszar wysokiej dawki obejmuje także zdrowe tkanki znajdujące się w bezpośrednim sąsiedztwie nowotworu. Powoduje to powikłania popromienne, które dzielą się na wczesne i późne (Bujko 2010). Jednym z takich powikłań jest dysfagia, czyli zaburzenia połykania.

Dysfagia nowotworowa – wyjaśnienie pojęcia i objawy

Termin *dysfagia* – z greki – *phagein* oznacza pochłanianie (Groher, Crary 2010). Dysfagia cechuje się uczuciem utrudnionego przejścia treści pokarmowej do żołądka przez jamę ustną, gardło oraz przełyk (Gadowska-Cicha 2004). Ponadto dysfagia jest objawem choroby, a nie podstawą choroby, dlatego też zdiagnozowana może być na przykład w chorobie nowotworowej bądź w efekcie jej leczenia (Pfeiffer 2006). Kliniczny podział dysfagii zależy od faz połykania (Hamerlińska-Latecka 2015):

1. Dysfagia przygotowawcza.
2. Dysfagia ustna.
3. Dysfagia gardłowa.
4. Dysfagia przełykowa.

Dysfagię przygotowawczą charakteryzuje nieodpowiedni dobór pokarmu (konsystencja, budowa, ilość) do zdolności czynnościowo-anatomicznej jamy ustnej. Typowym objawem dla fazy ustnej jest niemożność pobrania pokarmu, zaburzenia żucia i gryzienia, trudności w transporcie pokarmu do gardła, przylepianie pokarmu do wnętrza jamy ustnej i zaleganie lub ulewianie (Hamerlińska-Latecka 2015). W dysfagii gardłowej występuje niemożność prze-

sunięcia kęsa z ust do przełyku. Sytuacja ta może być skutkiem np. choroby mięśni, sumą zaburzeń neurologicznych. Z kolei dysfagia przełykowa może powstać poprzez zaburzenia mechaniczne lub być skutkiem zaburzeń perystaltycznych. Charakteryzuje się trudnością w przejściu kęsa przez przełyk.

Niniejszy artykuł dotyczy wyłącznie dysfagii nowotworowej, przyczyną jest nowotwór lub sposób jego leczenia. Zatem skupiając się na tym typie dysfagii, należy podkreślić, że trudności w połykaniu najczęściej pojawiają się wtedy, gdy guz obejmuje okolice: języka, gardła dolnego, migdałka podniebiennego, górnego piętra krtani, guza zlokalizowanego na szyi, podstawy czaszki (Terlikiewicz, Makarewicz 2003). Problemy z połykaniem wynikają z powstania przeszkody mechanicznej, zaburzonego odruchu połykania i/lub towarzyszącego bólu, gdy powstały rozrost nowotworowy opłata:

- staw żuchwowy – doprowadzając do szczękościsku;
- język, podniebienie, gardło – doprowadzając do ograniczeń ruchowych i zawężenia światła;
- neurony, które unerwiają mięśnie i biorą udział w procesie połykania;
- błonę śluzową jamy ustnej – co powoduje ból podczas spożywania pokarmu.

Zachyłek gruszkowaty jest najczęstszym miejscem, w którym lokalizuje się nowotwór. W przypadku resekcji krtani dochodzi do usunięcia przedniej części ściany krtaniowej gardła, czego skutkiem jest zamknięcie gardła. To z kolei powoduje zawężenie światła, co zwiększa problem połykania. Ponadto część odcinka szyjnego i część krtaniowa gardła ulegają deformacji na skutek obecności tracheostomii i znajdującej się w tchawicy rurki tracheotomijnej (Stręk i in. 2005), co również wpływa na umiejętność spożywania pokarmów. Dlatego też, mimo że zabieg chirurgiczny uważany jest za metodę ratującą życie, może być jedną z głównych przyczyn tworzenia się problemów z połykaniem, a na skutek radioterapii powikłania te mogą się pogłębić (Sullivan, Hartig 2001).

W wyniku leczenia chirurgicznego raka głowy i szyi naruszona zostaje zarówno anatomia, jak i fizjologia struktur, które mają swój udział w procesie połykania. Wynikiem takiego działania jest powstanie zaburzeń połykania, a wśród objawów zauważa się:

- braki w transporcie ustnym;
- braki w prawidłowym zwarciu podniebienno-gardłowym;
- ślina jest nadmiernie produkowana;
- występują nieprawidłowości w ruchomości trzonu i nasady języka;
- długie przebywanie pokarmu w jamie ustnej (za: Hamerlińska-Latecka 2013).

Po radioterapii pojawiają się dwa zasadnicze problemy utrudniające jedzenie: suchość w jamie ustnej i gardle oraz utrata użębienia. Suchość wzmacnia trudności połykania stałego pokarmu, powoduje zaburzenia związane z trawieniem, smakiem, a z kolei utrata użębienia uniemożliwia rozdrabnianie pokarmu (Hamerlińska-Latecka, Wójcik, Pyszora 2013).

Dysfagia u osób po usunięciu krtani – metodologia i wyniki badań własnych

Przedmiotem prowadzonych badań była dysfagia, która pojawiła się na skutek radioterapii, badaniem objęto osoby po usunięciu krtani. Celem eksploracyjnym było odkrycie, czy u pacjentów po usunięciu krtani i w trakcie radioterapii występuje dysfagia. Za cel badań uznano opis objawów zaburzeń połykania u osób po usunięciu krtani poddawanych radioterapii. Z kolei celem wyjaśniającym było wypracowanie objaśnień teoretycznych dla opisywanej dysfagii. Główne pytania i hipotezy badawcze zawarto w tabeli 1.

Tab. 1. Główne pytania i hipotezy badawcze

PYTANIA BADAWCZE	HIPOTEZY BADAWCZE
Czy zastosowanie radioterapii u osób po usunięciu krtani przyczyniło się do zmian w zakresie połykania?	Zastosowanie radioterapii u osób po usunięciu krtani przyczyniło się do zmian w zakresie połykania.
Jakie zmiany jakościowe w zakresie połykania nastąpiły po zastosowaniu radioterapii u osób po usunięciu krtani?	U osób po usunięciu krtani po zastosowaniu radioterapii nastąpiły różnorodne zmiany jakościowe w zakresie połykania.
Czy istnieje związek między płcią a dysfagią u osób po usunięciu krtani?	Nie istnieje związek między płcią a dysfagią u osób po usunięciu krtani.
Jaka jest subiektywna ocena jakości życia u osób z objawami zaburzeń połykania po usunięciu krtani poddawanych radioterapii?	Subiektywna ocena jakości życia u osób z objawami zaburzeń połykania po usunięciu krtani poddawanych radioterapii jest różnorodna.

Źródło: opracowanie własne

Za zmienne z przyjęto:

- zmienne niezależne: płeć;
- zmienne zależne: dysfagia, jakość zaburzeń połykania, subiektywna ocena jakości życia z zaburzeniami połykania.

Z kolei wskaźnikami stały się:

- płeć: kobieta, mężczyzna;
- dysfagia: występuje lub nie występuje;
- subiektywna ocena jakości życia z zaburzeniami połykania: aspekt emocjonalny, funkcjonalny, anatomiczny.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystano wywiad kwestionariuszowy i techniki:

1. Kwestionariusz jakości zaburzeń połykania A. Czernuszenko¹.
2. Kwestionariusz M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) – Subiektywna ocena jakości życia pacjenta z zaburzeniami połykania.

Badania objęły 3 miesiące, tj. marzec, kwiecień, maj 2017 roku, prowadzono je w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy. Przebadano 30 osób w przedziale wiekowym 40–61 lat (13 kobiet i 17 mężczyzn), którym usunięto krtani na skutek choroby nowotworowej. Badane osoby były w trakcie radioterapii.

Pierwsze pytanie główne służyło ocenie, czy zastosowanie radioterapii u osób po usunięciu krtani przyczyniło się do zmian w zakresie połykania (tabela 2).

Tab. 2. Pojawienie się dysfagii w trakcie radioterapii

Pojawienie się dysfagii w trakcie radioterapii			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	13	17	30
Nie	0	0	0
Ogółem	13	17	30

Analiza odpowiedzi badanej grupy wskazuje, że u wszystkich przebadanych osób radioterapia wywołała zaburzenia połykania. **Wszyscy badani wyrazili, że przed radioterapią nie odczuwali problemów z czynnością jedzenia.**

Drugie pytanie główne dotyczyło jakości zaburzeń połykania na skutek wzięcia udziału w radioterapii. Przeanalizowano odpowiedzi na zadanych 13 pytań. Pierwsze z nich dotyczyło zmian przyzwyczajzeń żywieniowych (tabela 3).

Tab. 3. Zmiana przyzwyczajzeń żywieniowych

Zmiana przyzwyczajzeń żywieniowych po radioterapii			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	11	15	26
Nie	2	2	4
Ogółem	13	17	30

¹ polykanie.pl [dostęp: 3.02.2018].

Odpowiedzi wskazują, że u większości (11 kobiet i 15 mężczyzn) nastąpiła zmiana przyzwyczajeń żywieniowych po radioterapii.

Następne pytanie wiązało się z unikaniem konkretnych produktów lub konsystencji (tabela 4).

Tab. 4. Unikanie produktów lub konsystencji

Unikanie produktów lub konsystencji			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	13	17	30
Nie	0	0	0
Ogółem	13	17	30

Wszyscy unikali konkretnych (stałych, gęstych, twardych) pokarmów.

Kolejne pytanie związane z jakością zaburzeń połykania, dotyczyło ilości spożywanego jedzenia (tabela 5).

Zdecydowana większość (12 kobiet i 14 mężczyzn) uważała, że spożywa mniejsze ilości pokarmów niż dawniej, czyli przed zastosowaniem radioterapii.

W kolejnym pytaniu respondenci mieli ocenić czas trwania posiłku (tabela 6).

Tab. 5. Ilość spożywanego jedzenia

Spożywanie mniejszej ilości jedzenia niż dawniej			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	12	14	26
Nie	1	3	4
Ogółem	13	17	30

Tab. 6. Wolniejsze spożywanie pokarmu

Wolniejsze spożywanie pokarmu			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	12	17	29
Nie	1	0	1
Ogółem	13	17	30

Tab. 7. Zmieniona pozycja podczas jedzenia

Zmieniona pozycja podczas jedzenia			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	7	8	15
Nie	6	9	15
Ogółem	13	17	30

Zdecydowana większość (12 kobiet i 17 mężczyzn) stwierdziła, że wydłużył się czas spożywania pokarmu.

Zainteresowano się także wystąpieniem potrzeby zmiany pozycji podczas jedzenia (tabela 7). 7 kobiet i 8 mężczyzn zauważyło, że musieli zmienić pozycję w trakcie jedzenia (najczęściej zmiana dotyczyła ułożenia głowy).

Starano się dociec, czy po radioterapii wystąpiła trudność w żuciu (tabela 8).

Tab. 8. Trudność w żuciu

Żucie sprawia trudność			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	8	9	17
Nie	5	8	13
Ogółem	13	17	30

Analiza odpowiedzi badanej grupy wskazuje, że w większości (8 kobiet i 9 mężczyzn) wystąpił problem z rozdrabnianiem pokarmu, który wynikał z trudności z żuciem.

Sprawdzono również, czy występowała trudność z przesunięciem kęsa z jamy ustnej do gardła (tabela 9).

Tab. 9. Występowanie trudności z przesunięciem kęsa z jamy ustnej do gardła

Występowanie trudności z przesunięciem kęsa z jamy ustnej do gardła			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	10	13	23
Nie	3	4	7
Ogółem	13	17	30

Ponownie znaczna większość (10 kobiet i 13 mężczyzn) uznała, że ma problem z przesuwaniem kęsa z jamy ustnej do gardła.

Zwrócono się także z pytaniem o czucie temperatury potraw, czy jest przybliżone do tego, jakie było przed radioterapią (tabela 10).

Tab. 10. Odczuwanie temperatury pokarmu

Mniejsze odczuwanie temperatury pokarmu niż dawniej			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	7	9	16
Nie	6	8	14
Ogółem	13	17	30

Odpowiedzi wskazują, że badani (7 kobiet i 9 mężczyzn) odczuwali niższą temperaturę niż w rzeczywistości.

Zapytano także o gromadzenie pokarmu lub napoju w jamie ustnej (tabela 11).

Tab. 11. Pozostawanie pokarmu w jamie ustnej

Po połknięciu część kęsa lub łyka zostaje w jamie ustnej			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	10	12	22
Nie	3	5	8
Ogółem	13	17	30

Znaczna większość przebadanych (10 kobiet i 12 mężczyzn) przyznała, że po połknięciu część pokarmu bądź napoju pozostaje w jamie ustnej.

Kolejne pytania wiązało się z koniecznością kilkukrotnego przełknięcia (tabela 12).

Tab. 12. Konieczność kilkukrotnego przełknięcia

Konieczność kilkukrotnego przełknięcia, aby w całości połknąć jednorazowo kęs lub łyk			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	11	15	26
Nie	2	2	4
Ogółem	13	17	30

Okazało się, że 11 kobiet i 15 mężczyzn stwierdza, że nastąpiła konieczność kilkurazowego przełknięcia w celu zjedzenia całego kęsa/łyka.

Sprawdzono też, czy podczas spożywania posiłku pokarm wydostawał się z jamy ustnej (tabela 13).

Tab. 13. Wydostanie się pokarmu z ust podczas posiłku

Wydostanie się pokarmu z jamy ustnej podczas posiłku			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	8	12	20
Nie	5	5	10
Ogółem	13	17	30

U większości badanych (8 kobiet i 12 mężczyzn) w trakcie jedzenia pokarm wydostaje się z ust.

Następne pytanie dotyczyło oceny pacjenta, czy podczas posiłku pokarm dostaje się do nosa bądź występują ataki kichania (tabela 14).

Tab. 14. Dostanie się pokarmu do nosa lub ataki kichania w trakcie posiłku

Dostanie się pokarmu do nosa lub ataki kichania w trakcie posiłku			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	5	8	13
Nie	7	10	17
Ogółem	13	17	30

Część przebadanych (5 kobiet i 8 mężczyzn) przyznało, że pokarm przedostawał się do nosa oraz występowały ataki kichania.

Pytano także o występowanie duszności w trakcie jedzenia (tabela 15).

Tab. 15. Duszność w trakcie jedzenia

Duszność w trakcie jedzenia			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	5	8	13
Nie	8	9	17
Ogółem	13	17	30

5 kobiet i 8 mężczyzn przyznało, że nie występuje u nich duszność w trakcie jedzenia.

Kolejne pytanie dotyczyło konieczności odchrząknięcia na skutek zmiany głosu po połknięciu (tabela 16).

Tab. 16. Konieczność odchrząknięcia na skutek zmiany głosu po połknięciu

Konieczność odchrząknięcia na skutek zmiany głosu po połknięciu			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	13	16	29
Nie	0	1	1
Ogółem	13	17	30

Odpowiedzi wskazały, że znaczna większość (13 kobiet i 16 mężczyzn) była zmuszona do odchrząknięcia na skutek zmiany głosu po posiłku.

Zapytano także o odczuwanie suchości w jamie ustnej (tabela 17).

Tab. 17. Odczuwanie suchości w jamie ustnej

Odczuwalna częsta suchość w ustach			
Stan	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	9	14	23
Nie	4	3	7
Ogółem	13	17	30

U większości (9 kobiet i 14 mężczyzn) wystąpiła odczuwalna suchość w jamie ustnej.

Ostatnie pytanie główne wiązało się z subiektywną oceną jakości życia osób z zaburzeniami połykania. Pierwszym przebadanym zjawiskiem było ograniczenie codziennej aktywności (wykres 1).

Odpowiedzi wskazują, że większość przebadanych osób po radioterapii (8 kobiet i 12 mężczyzn) ogranicza swoją codzienną aktywność z powodu problemów związanych z połykaniem.

Kolejnym aspektem samooceny jakości życia u osób z zaburzeniami połykania były czynniki emocjonalne (tabela 18 i 19).

Analiza odpowiedzi wskazuje, że 5 kobiet ma niską samoocenę z powodu zaburzeń połykania; 6 twierdzi, że innych ludzi nie drażnią ich problemy związane z jedzeniem; 7 nie wychodzi z domu z powodu zaburzeń połykania, aż 10

martwi się swoimi zaburzeniami połykania; 12 niecałkowicie kontroluje swoje połykanie; 10 krępują nowe nawyki żywieniowe.

Wyk. 1. Ograniczenie codziennej aktywności



Tab. 18. Ocena czynników emocjonalnych kobiet z zaburzeniami połykania

Czynniki emocjonalne towarzyszące przyjmowaniu pokarmów / kobiety	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Krępują mnie moje nawyki żywieniowe	0	10	0	3	0
Niecałkowicie kontroluję połykanie	4	8	0	1	0
Martwię się moimi zaburzeniami połykania	2	10	1	0	0
Często nie wychodzę z domu z powodu zaburzeń połykania	0	7	2	4	0
Innych ludzi drażnią moje problemy z jedzeniem	0	3	0	6	4
Odczuwam niską samoocенę z powodu zaburzeń połykania	0	5	4	3	1

Tab. 19. Ocena czynników emocjonalnych mężczyzn z zaburzeniami połykania

Czynniki emocjonalne towarzyszące przyjmowaniu pokarmów / mężczyźni	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Krępują mnie moje nawyki żywieniowe	3	8	0	5	1
Niecałkowicie kontroluję połykanie	6	10	0	1	0
Martwię się moimi zaburzeniami połykania	4	12	1	0	0
Często nie wychodzę z domu z powodu zaburzeń połykania	0	6	3	8	0
Innych ludzi drażnią moje problemy z jedzeniem	0	0	0	10	7
Odczuwam niską samoocенę z powodu zaburzeń połykania	0	7	3	5	2

Analiza odpowiedzi wykazuje, że 7 mężczyzn ma niską samoocenę z powodu zaburzeń połykania; 17 twierdzi, że innych ludzi nie drażnią ich problemy związane z jedzeniem; 8 nie ma problemów związanych z wychodzeniem z domu z powodu zaburzeń połykania, aż 12 martwi się swoimi zaburzeniami połykania; 16 częściowo kontroluje połykanie; ponad 11 krępują nowe nawyki żywieniowe.

Następnie sprawdzono poziom czynników funkcjonalnych z zakresu subiektywnej oceny dysfagii (tabela 20 i 21).

Analiza odpowiedzi wykazała, że większość kobiet (10) nie czuje się wykluczona z powodu swoich nowych nawyków żywieniowych; 6 twierdzi, że nie czuje skrępowania, gdy nie może wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji; 8 uważa, że problemy z połykaniem nie ograniczają ich kontaktów osobistych i towarzyskich, aż 9 uważa, że zaburzenia połykania nie spowodowały spadku ich dochodów, ponad 7 uważa, iż bliscy nie mają problemu z przyrządzaniem dla nich posiłków.

Tab. 20. Czynniki funkcjonalne oceniające wpływ zaburzeń połykania w codziennej aktywności – kobiety

Czynniki funkcjonalne oceniające wpływ zaburzeń połykania na codzienną aktywność / kobiety	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Kłopoty z połykaniem ograniczają moją codzienną aktywność	2	8	1	2	0
Bliscy mają problem z przyrządzaniem dla mnie posiłków	0	0	6	7	0
Problemy z połykaniem spowodowały utratę moich dochodów	0	4	0	9	0
Problemy z połykaniem ograniczają moje kontakty osobiste i towarzyskie	0	4	1	6	2
Nie czuję się swobodnie, nie mogąc wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji	0	7	1	4	1
Czuję się poza nawiasem, wykluczony z powodu moich nawyków żywieniowych	0	1	2	5	5

Tab. 21. Czynniki funkcjonalne oceniające wpływ zaburzeń połykania w codziennej aktywności – mężczyźni

Czynniki funkcjonalne oceniające wpływ zaburzeń połykania na codzienną aktywność / mężczyźni	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Kłopoty z połykaniem ograniczają moją codzienną aktywność	3	12	0	2	0
Bliscy mają problem z przyrządzaniem dla mnie posiłków	0	0	0	13	4
Problemy z połykaniem spowodowały utratę moich dochodów	0	3	0	14	0

Problemy z połykaniem ograniczają moje kontakty osobiste i towarzyskie	0	2	2	12	1
Nie czuję się swobodnie, nie mogę wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji	1	9	1	5	1
Czuję się poza nawiasem, wykluczony z powodu moich nawyków żywieniowych	0	1	2	11	3

Analiza wykazała, że większość mężczyzn (14) nie czuje się wykluczona z powodu swoich nowych nawyków żywieniowych; 6 twierdzi, że nie czuje skrępowania, gdy nie może wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji; 13 uważa, że problemy z połykaniem nie ograniczają ich kontaktów osobistych i towarzyskich, aż 14 uważa, że zaburzenia połykania nie spowodowały spadku ich dochodów, ponad 17 uważa, iż bliscy nie mają problemu z przyrządzaniem dla nich posiłków.

Trzecim aspektem wchodzącym w skład samooceny jakości życia osób z zaburzeniami połykania były czynniki anatomiczne (tabela 22 i 23).

Tab. 22. Ocena czynników anatomicznych związanych z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu – kobiety

Czynniki anatomiczne związane z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu / kobiety	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Połykanie jest trudniejsze pod koniec dnia	3	9	1	0	0
Połykanie kosztuje mnie wiele wysiłku	5	6	1	1	0
Z powodu zaburzeń połykania moje posiłki trwają dłużej	7	3	1	2	0
Ludzie pytają mnie: „Dlaczego nie możesz tego jeść?”	0	3	0	9	1
Kaszlę, gdy usiłuję pić płyny	2	10	1	0	0
Ograniczam ilość spożywanych posiłków z powodu problemów z połykaniem	0	5	2	6	0
Nie mogę utrzymać masy ciała na stałym poziomie z powodu problemów z połykaniem	0	4	4	5	0
Podczas połykania mam uczucie, jakbym połykał ogromny kęs pokarmu	5	7	1	0	0

Analiza odpowiedzi badanych kobiet wykazała, że większość z nich (13) w trakcie połykania ma uczucie, jakby połykała ogromny kęs pokarmu; 4 twierdzą, że masa ich ciała znajduje się na stałym poziomie; 5 uważa, że nie ogranicza ilości posiłków z powodu zaburzeń połykania, aż 12 uważa, że kaszle w sytuacji, gdy usiłuje pić płyny, 9 nie jest pytana „Dlaczego nie możesz tego jeść?”, u ponad 10 posiłki z powodu zaburzeń połykania trwają dłużej, 11 uważa, że połykanie kosztuje je wiele wysiłku, 12 twierdzi, że połykanie jest zdecydowanie trudniejsze pod koniec dnia.

Tab. 23. Ocena czynników anatomicznych związanych z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu – mężczyźni

Czynniki anatomiczne związane z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu / mężczyźni	Zdecydowanie tak	Tak	Nie mam zdania	Nie	Zdecydowanie nie
Połykanie jest trudniejsze pod koniec dnia	4	9	2	2	0
Połykanie kosztuje mnie wiele wysiłku	6	4	5	2	0
Z powodu zaburzeń połykania moje posiłki trwają dłużej	8	9	0	0	0
Ludzie pytają mnie: „Dlaczego nie możesz tego jeść?”	0	3	0	13	1
Kaszlę, gdy usiłuję pić płyny	6	9	0	2	0
Ograniczam ilość spożywanych posiłków z powodu problemów z połykaniem	0	6	3	8	0
Nie mogę utrzymać masy ciała na stałym poziomie z powodu problemów z połykaniem	0	7	7	3	0
Podczas połykania mam uczucie, jakbym połykał ogromny kęs pokarmu	6	10	0	1	0

Odpowiedzi ukazują, że większość mężczyzn (16) w trakcie połykania ma uczucie, jakby połykała ogromny kęs pokarmu; 7 twierdzi, że masa ich ciała znajduje się na stałym poziomie; 6 twierdzi, że nie ogranicza ilości spożywanych posiłków ze względu na występujące zaburzenia połykania, aż 15 kaszle w sytuacji, gdy usiłuje pić płyny, 14 nie jest zamęczona pytaniami „Dlaczego nie możesz tego jeść?”, u wszystkich przebadanych posiłki z powodu zaburzeń połykania trwają dłużej, 10 uważa, że połykanie kosztuje ich wiele wysiłku, większość (13) twierdzi, że połykanie jest zdecydowanie trudniejsze pod koniec dnia.

Wnioski i podsumowanie

Obecnie diagnostyka chorób krtani odbywa się dużo szybciej, a dzięki postępom medycyny przeżywalność osób po laryngektomii całkowitej zwiększa się. Laryngektomia całkowita ratuje życie. Pacjenci muszą sprostać nowym wyzwaniom, są to m.in nauka mowy, pielęgnacja rurki tracheostomijnej. Dużym wyzwaniem jest opanowanie umiejętności połykania, które, jak się okazuje na podstawie przeprowadzonych badań, szczególnie po radioterapii, jest zaburzone.

Można wysunąć następujące wnioski:

1. Zastosowanie radioterapii u osób po usunięciu krtani wywołuje zaburzenia połykania.

2. Jakość zaburzeń połykania jest różnorodna. U większości pacjentów po usunięciu krtani poddawanych radioterapii występuje:
 - zmiana przyzwyczajęń jedzenia;
 - unikanie produktów o konkretnej konsystencji;
 - spożywanie mniejszej ilości jedzenia;
 - wydłużenie czasu spożywania posiłków;
 - zmienianie pozycji ciała podczas jedzenia;
 - trudności z żuciem;
 - problemy z przesuwaniem pokarmu;
 - mniejsze odczuwanie temperatury pokarmów;
 - zaleganie pokarmu w jamie ustnej;
 - potrzeba kilkukrotnego przełykania kęsa;
 - wydostawanie się pokarmu na zewnątrz jamy ustnej;
 - przedostawanie się pokarmu do nosa;
 - duszności w trakcie jedzenia;
 - potrzeba odchrząkiwania;
 - suchość w jamie ustnej.
3. Nie istnieje związek pomiędzy płcią a występowaniem dysfagii u osób po usunięciu krtani poddawanych radioterapii.
4. Subiektywna ocena jakości życia u osób po usunięciu krtani po radioterapii jest różnorodna:
 - najbardziej zaniżona jest sfera emocjonalna: badani przeżywają swoje trudności i martwią się ich utrzymywaniem;
 - w sferze funkcjonalnej można stwierdzić, że większość badanych radzi sobie ze swoimi zaburzeniami w połykaniu w taki sposób, że nie unikają wspólnych posiłków z bliskimi, bliscy nie mają problemów z przygotowaniem posiłków, ale badani unikają jedzenia w miejscach publicznych;
 - zaniżona jest także ocena sfery anatomicznej – większość badanych odczuwa dyskomfort przy jedzeniu, czują jakby mieli ciało obce w jamie ustnej, objawy nasilają się wieczorem.

Jedzenie spełnia wiele funkcji: odżywia, jest przyjemne, jest formą wspólnego spędzania czasu z bliskimi. Osoby z zaburzeniami połykania wymagają wsparcia logopedycznego, psychologicznego i dietetycznego. Logopeda dostrzeże objawy i wskaże, jak usprawnić czynność, by była efektywna, psycholog udzieli wsparcia psychicznego, a dietetyk odpowiednio dopasuje dietę.

Bibliografia

- Bruzgielewicz A. 2002, *Leczenie chirurgiczne*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 143–174.
- Buczyńska I. 2018, *Odczyn popromienny u chorych na nowotwory regionu głowy i szyi w diagnostyce i terapii logopedycznej*, „Logopaedica Lodziensa”, 2, s. 35–49.
- Bujko K. 2010, *Podstawy radioterapii*, „Gastroenterologia kliniczna”, 4, s. 121–126.
- Gadowska-Cicha A. 2004, *Dysfagia – objaw alarmujący*, „Chirurgia Polska”, 2, s. 101–107.
- Groher M.E., Crary M.A. 2010, *Dysphagia. Clinical management in adults and children*, Missouri.
- Hamerlińska-Latecka A. 2015, *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz.
- Hamerlińska-Latecka A. 2013, *Dysfagia u pacjenta z chorobą nowotworową – pomoc onkologopedy*, „Forum Logopedyczne”, 21, s. 124–130.
- Hamerlińska-Latecka A., Wójcik A., Pyszora A. 2013, *Dysfagia*, [w:] *Fizjoterapia w medycynie paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, Warszawa, s. 129–142.
- Kamuda-Lewtak J.M. 2012, *Typologia zaburzeń mowy w chorobach nowotworowych krtani*, [w:] *Logopedia – Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 515–524.
- Pfeiffer R. 2006, *Zaburzenia połykania pochodzenia neurogennego*, [w:] *Neurologia w praktyce klinicznej*, t. 1: *Zasady diagnostyki i postępowania*, red. W. Bradley, R.B. Daroff, G. Fenichel, J. Jankovic, Lublin, s. 199.
- Sinkiewicz A. 2005, *Głos i mowa po operacji całkowitego usunięcia krtani*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, Opole, s. 534–553.
- Sinkiewicz A., Mackiewicz-Nartowicz H. 2009, *Zmiany funkcjonowania narządów po laryngektomii całkowitej*, [w:] *Pacjent po operacji krtani*, red. A. Sinkiewicz, Bydgoszcz, s. 51–59.
- Skowrońska-Gardas A., Kułakowski A. 2002, *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa.
- Stręk P. i in. 2005, *Jakość życia a dysfagia chorych po operacji raka krtani*, „Otolaryngologia”, 4(3), s. 142–146.
- Sullivan P., Hartig K. 2001, *Dysphagia after total laryngectomy*, „Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery”, 9(3), s. 139–146.
- Terlikiewicz J., Makarewicz R. 2003, *Dysfagia*, „Polska Medycyna Paliatywna”, 2(1), s. 31–38.
- Agnieszka Hamerlińska
Katedra Logopedii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
 - Milena Lemańczyk
Zakład Pedagogiki Specjalnej i Logopedii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy