

Нарушения на храненето – прояви и терапевтична намеса

Настоящият доклад има за цел да представи една малка част от особеностите в развитието на уменията за хранене и пиене при децата с проблеми в развитието, на какво да обърнем внимание при наблюдение, както и някои терапевтични стратегии. Той е свързан с необходимостта от извършване на ранен скрининг за възможни комуникативни нарушения на база на установените затруднения в областта на оро-фациалната моторика.

Уменията за хранене и пиене са важна част от живота на детето и неговото семейство. При децата с проблеми в развитието е необходимо по-детайлното им проучване в контекста на цялостната клинична картина. В тези случаи се налага извършването на прецизна оценка на наличните умения и съотнасянето им спрямо установените критерии. Дискусионен е въпросът дали диагностиката и евентуалните терапевтични интервенции са в компетенциите на логопеда и какъв е смисълът да се интересува от тях. Нашият опит в работата с деца с церебрална парализа и проследяването на отделните случаи във времето ни дават основание да мислим, че съществува корелация между нарушенията на хранене и последващите затруднения при говор. Считаме, че дисфункцията в уменията за хранене и пиене е индикатор за възможни комуникативни нарушения, ето защо в настоящия доклад ще разгледаме по-обстойно механизмите на нормално и абнормно преглъщане, възможностите за оценка на оралната моторика и уменията хранене, както и някои терапевтични техники.

Какво представлява преглъщането?

1. Преминаване на храната през оралната кухина и фаринкса, преминаване зад пръстеновидния хрущял на ларинкса. Това е действие, което се инициира волево, но винаги се изпълнява рефлексорно. Може да се раздели на 3 фази, които са разгледани детайлно по-долу.

2. Комплексна двигателна последователност, която включва координация на голям брой мускули на устата, фаринкса, ларинкса и езофагус. Осигурява механизма по който храната преминава отвън към храносмилателния тракт, необходима за оцеляването на индивида.

Какво е нарушено преглъщане/дисфагия?

Нарушеното преглъщане/дисфагия е проблем, в която и да е от фазите на преглъщане – дефицит при приемането и преминаването на поетата храна през устната кухина, преминаваща през фаринкса, езофагуса, към стомаха. В резултат се намалява способността на индивида адекватно да получава храна и се увеличава опасността от аспирация на твърда храна или течности в белите дробове.

Къде се среща дисфагия?

- деца родени преди термин;
- деца с неврологична симптоматика;
- деца с церебрална парализа;
- деца с генетични синдроми;
- деца с деца със закъсняващо развитие;
- деца със структурни увреди в областта на лицево-челюстния апарат;
- деца с различни сензорни дефицити;
- деца със сърдечни заболявания.

Симптоми на нарушено хранене и преглъщане:

1. Късна поява и/или слабост на сукателно-гълтателния рефлекс при част от недоносените деца и тези с неврологична симптоматика;
2. Трудности при постигане на контрол и координация на дишането;

3. Проблеми при изграждане на координация между сукане, дишане и преглъщане;
4. Налични нарушения на мускулния тонус на oro-фациалната мускулатура;
5. Ограничена подвижност на органите, ангажирани с процесите на хранене и пиене;
6. Трудности при постигане контрол на мускулите, активиращи движенията на устните и челюстите;
7. Затруднения при изграждането на координация между респираторната дейност и трансфериране на поетата храна;
8. Късна поява и/или слаба ефикасност на дъвкателните умения.

Гълтане. Механизми на нормално преглъщане.

Оценка на оромоторни способности и умения за хранене

Преглъщането при деца с множество увреждания.

За да се разберат причините и механизмите на задавяне при децата с проблеми в развитието, а също и за да се опитае да намалим честотата му е необходимо да познаваме нормалното протичане на приемане и преглъщане на храна.

Нормално преглъщане. Фази на преглъщането.

Нормалното приемане и преглъщане на храната преминава през няколко фази:

- орална (включваща процеси на орална подготовка и на орален трансфер);
- фарингеална;
- езофагеална.

Храната, попаднала в устата най-напред бива сдъвквана. Дъвкането като двигателен акт представлява съвкупност от волеви движения: от една страна работа на челюстите, активирани от дъвкателните мускули с цел смачкване на хранителните частици и от друга-работа на бузите, устните(които са затворени) и на езика, който трябва да смеси хранителните частици със слюнка, така че да се получи компактна смес/ зальък, събран на гърба на езика. Докато трае дъвкането, което може да бъде удължено във времето ларинксът остава отворен, т.е. позицията е респираторна. Дъвкането се осъществява изключително в устната кухина, като сфинктерът, който се намира зад нея(изграден от основата на езика и от мекото небце) възпрепятства навлизането на храна във фаринкса. След това, зальъкът се изпраща към фаринкса, за да бъде преглътнат. Тук се включва насочена аспирация, произведена чрез волево движение на затворените устни, на бузите и чрез повдигане на езика нагоре и назад, докато мекото небце препречва попадането на храна в кухината.

Преглъщането е рефлекторно действие, т.е. двигателна реакция, активирана от мозъка в отговор на сензитивна стимулация извън волеви интервенции.

Тази сензитивна стимулация се изпраща най-малко от две от трите рефлексни зони, които са: основа на езика; меко небце; задна стена на фаринкса.

Достатъчно е една от трите зони да влезе в контакт с другите, за да се задейства от мозъка рефлекс за преглъщане. Двигателната реакция, която е отговор на тази стимулация е рязко слизание надоду на хиоидната кост, която повлича след себе си ларинкса и адамовата ябълка и накланя епиглотиса назад, така че той запущва трахеята. Фаринкса се съкращава и зальъкът слиза към горния сфинктер на хранопровода, който се отваря, докато мекото небце отива назад, за да затвори носната кухина, за да не се получи назално задавяне.

Тази фарингеална контракция се предава на хранопровода, през който преминава перисталтична вълна, придружаваща залька към стомаха. Тук е важно да се отбележи, че издигането на хиоидната кост, което позволява затварянето на ларинкса, може да се извърши само ако мускулите на свода на устата са абсолютно отпуснати, тъй като те участват в това движение (като мускули агонисти). Хиоидната кост не може да се издигне ако вратни

мускули не бъдат в абсолютен покой, защото тяхното контрактиране би попречило (мускули антагонисти).

При децата с увреди на централната нервна система мускулите, извършващи описаните по-горе движения могат да бъдат засегнати също както мускулите на крайниците. Патологичните изменения на мускулния тонус могат да засегнат уменията за дъвкане и трансфериране на поетата храна, които са волеви двигателни механизми, както и преглъщането, което е рефлекторен механизъм.

Ако парезите на оро-фациалната мускулатура са тежки и преглъщането е невъзможно, се налага асистирано хранене със сонда.

При повечето увреди на ЦДН са налице парези на мускулатурата по спаситичен тип, често непълни. Те позволяват извършването на движения, макар и бавни, непълни и експлозивни. Спаситично повишеният мускулен тонус и насилствените движения пречат на преработката на храната и дъвкането. Храната се плъзга върху езика, спаситичната контракция на мускулите на устните и езика изпраща внезапно залька във фаринкса, докато той е в дихателна позиция. Преглъщането е възможно, но е несинхронизирано, тъй като не е подготвено поради недостатъчно дъвкане и поради бързото препращане. Преглъщането не става в подходящия момент и това води до задавяне.

При децата с ЦП могат да се наблюдават следните типове задавяне

1. Директно: когато храната е изпратена много бързо към фаринкса или плъзгайки пасивно или активно при спаситично движение на езика. Преглъщането не е подготвено и не може да се извърши. Храната попада в дихателните пътища. “Плъзгането” на храната често е улеснено от хиперекстензията на главата, което възпрепятства издигането на хиоидната кост.

2. Индиректно: улеснено е от факта, че някои хранителни частици, което не са хомогенизирани чрез дъвкане се разпръскват в устната кухина. При преглъщане не се поема целият зальк, и когато то приключи, ларинкса се връща в дихателна позиция, хранителните частици, останали на основата на езика или по стените на фаринкса навлизат в дихателните пътища.

3. Задавяне при “преливане”: дължи се на същите механизми като при индиректното задавяне, но е свързано със слюнката, която се натрупва в резервоарите между две преглъщания. Когато тези резервоари са пълни, слюнката изтича извън устата; когато тези фарингеални резервоари прелеят е налице задавяне.

4. Задавяне при връщане на храната в устата след преглъщане: получава се, когато фаринкса е зает от хранителна маса, идваща от стомаха при повръщане или при рефлукс.

Оценка на оралната моторика и уменията за хранене

1. Постурална оценка/Постурално изследване

- Оценяват се тези постурални реакции, които имат пряко отношение към уменията за хранене:

а) качество на контрол на главата, контрол на тялото/трупа и стабилност на раменния пояс

б) тонус и влияние на патологичните рефлексии;

Описва се в каква позиция се намират главата, раменете и таза и как това се отразява на оралната и лицева поза. Тук се прави интервю за процеса на хранене и затрудненията. Важно е да се знае в каква позиция се храни детето, вида на храната и приблизителното количество, което детето изяжда, а също така и колко време продължава едно хранене.

2. Наблюдение на моделите на хранене

- **Позиция**

Терапевта оценява позицията на детето по време на хранене и възможните нарушения на оралната функция.

Следи се за седежа, линията на главата, трупа и таза и видимата стегнатост на раменете и врата, дали се наблюдава абнормална екстензия на мускулите, асиметрия, каква подкрепа се дава на детето и дали е достатъчна.

- **Сукане**

Модела на сукане като един от етапите в развитието на уменията за хранене на детето, се оценява от гледна точка на способност за сукане, загуба на течност и координация между сукателни движения, преглъщане и дишане. Наблюдават се движенията на челюстта, езика и устните.

Характерно е абнормно овладяване на моделите на сукане, което се наблюдава в по-продължителен период от време. Това е комбинирано с абнормни модели на преглъщане, при които езика отива напред между зъбите и избутва течността навън.

- **Пиене от чаша**

Оценява се модела на пиене, вида на чашата и течността.

Абнормното развитие на този етап при децата често се проявява с примитивни или абнормни модели на пиене. Често чашата се поставя прекалено навътре към устата, утежнявайки ретракцията на устните и /или захвапане на чашата.

- **Хранене с лъжица**

Терапевта оценява процеса на хранене, формата и вида на лъжицата, както и храната, която се дава на детето.

Примитивното и абнормно сукане влияе върху успешното хранене с лъжица. Наблюдават се различни абнормни модели, които се вземат под внимание при изграждането на подходяща стратегия за работа.

- **Отхапване и дъвкане**

Развитието на уменията за отхапване и дъвкане започва преди появата на кътниците, на около 6-7 месечна възраст. На тази възраст детето би трябвало да има добър контрол на главата и известна стабилност на тялото.

По време на оценката на отхапване и сдъвкване на храната, терапевтът се фокусира върху наличието на зрели дисоциирани орални движения и следи за наличието на рефлекторно поведение и абнормни модели на преглъщане. Повръщането по време или веднага след хранене е друг проблем, който изисква внимание, представлява реална опасност, поради възможна аспирация.

- **Самостоятелно хранене**

Между 15-18 месечна възраст малките деца са способни вече да пият от чаша и да се хранят с лъжица с известна помощ. До 2 годишна възраст имат добре развитие умения за самостоятелно хранене.

Децата с нарушение в ЦНС могат да имат сензорни затруднения или забавяне в развитието на това умение. Липсата на стабилен контрол на главата, тялото и раменния пояс изисква използването на ръцете за подкрепа. При оценяване на самостоятелното хранене трябва да се наблюдава за абнормен лицев или орален тонус, в следствие от усилията, които детето прави. Наблюденията на храненето дава и обща информация за интеракцията между родителя и детето, степента на напрежение и техния начин за справяне със затрудненията.

3. Изследване на оралната моторика.

Поза, тонус и структура

- Оценката се прави на спонтанната моторика и на предизвиканата; в спокойно положение и по време на различни етапи на възбуда.

Следи се за всички възможни движения на орофациалната структура.

- Прави се оценка на тонуса при лицеви или орални движения

Следи се за прояви на хипертонус, хипотонус или променлив тонус

- Оценка на орофациалната структура.

Оценяват се захапката, състоянието на венците, състоянието и формата на зъбите. Обследват се също и твърдото и мекото небце. Грубите отклонения при тях могат да повлияят приема на храна.

Сензитивност

• Пълноценното поведение при хранене зависи и се регулира от адекватна орално –сензорна обратна връзка. Липсата на сензорна обратна връзка засяга оралната функция и се нуждае от обстойно изследване. Наблюдението на храненето показва реакцията на детето към различни стимули.

Хиперсензитивното дете реагира на стимули от допир, вкус, миризма и температура, изключително силно, с напрежение в устните, бузите и езика. Може да последва и ретракция на главата и абнормна екстензия на тялото.

Рефлекси

- Търсещ рефлекс/ рефлекс на Кусмаул (появява се с раждането и позволява на детето да движи главата си в търсене на храна още преди да е развит контрол на главата)

При децата с нарушения в ЦНС този рефлекс може да бъде частично изявен, потискайки движенията на устната и води до асиметрия на устните, челюстта и езика

- Сукателно-гълтателен рефлекс (проявява се когато към устата се поднесе биберон)

Тук терапевта оценява дали сукането е волево или рефлексно поведение

- Рефлекс на захапване

При абнормално развитие този рефлекс се активира лесно и може да персистира, което влияе на развитието на зрели способности за отхапване и дъвкане. При децата с нарушения в ЦНС докосването на повърхността на зъбите може да доведе до тонично и неконтролирано захапване.

- Рефлекс за повръщане

Често при децата с ЦП и други нарушения на ЦНС, този рефлекс е хиперактивен, особено в комбинация с проблеми в преглъщането. Отсъствието на тази предпазна реакция също се свързва с дисфункция в ЦНС.

Модели на дишане

Правилното хранене изисква координация между храненето и дишането. Преглъщането е алтернативно и доминантно на дишането.

При деца с неврологични проблеми, взаимодействието между сукане, дишане и преглъщане е дезорганизирано, което може да доведе до задавяне и аспирация. Често при такива нарушения доминира устното дишане, което е допълнително фактор за риск от аспирация. Наблюдават се и абнормни модели в дишането през носа, поради изискващата се координация между езика и мекото небце.

Терапия

Терапията включва няколко основни техники:

1. Вибрационни въздействия

Тази техника се използва за външно и вътрешно въздействие върху оро-фациалната мускулатура. Чрез вибрациите се стимулира и проприорецепцията .

2. Въздействие с ортодонтски душ

Това е начин за активиране и подобряване на способностите за преглъщане на течности, както и за повлияване на моториката на езика.

3. Хранителна терапия – състои се от следните етапи:

I етап – стимулиране на възможностите за приемане на течни храни – включва упражнения с капкомер и упражнения с пластмасова лъжица. Тук е много важно да се постигне правилната поза за детето. Упражненията се извършват преди хранене.

II етап – стимулиране на възможностите за приемане на полутвърди храни – тук се преминава към “страничното хранене”, при което се редуват двете страни, както при хемипарези се започва от здравата страна.

III етап – стимулиране на възможностите за приемане на твърди храни.

4. Рефлекторно преизвикване/локомоция (по Войта) с цел стимулиране координацията между орална(фациална, букална, устнена и гълтателна) и дихателна(диафрагмална и интеркостална) мускулатура.

Библиография:

1. Cot, F. et coll.:”La dysphagie oro-pharyngee chez l’adulte”. Quebec:Edisem-Maloine, 1996
2. Finnie, N. R.:” Education a domicile de l’enfant infirme moteur cerebrale”. Abrege Masson, Paris, 1979
3. Lespargot, A.:”Les fausses routes tracheales chez l’enfant IMC ou polyhandicape”. Motricite Cerebrale, 1989, 10
4. Morris, Suzanne E.: “ Development of oral- motor skills in the neurologically impaired child receiving non- oral feedings”, dysphagia 3:135-154,1989
5. Morris, Suzanne E.: ”Facilitation of learning, in Langley, Beth and Lombardino, Linda Eds: Neurodevelopmental Strategies for Managing Communication Disorders in Children with Severe Motor Dysfunction, Pro- Ed: Austin, TX”, 1991
6. Vogel, S.: ”Oral Motor and Feeding Problems in the Fed Infant: suggested treatment strategies for the Occupational Therapy for People with Eating Dysfunction”. Howorth Press, 1986
7. Wilson, J. M.(ed.): “Oral Motor Function And Dysfunction In Children.Proceeding” ,May 1977.Chapel Hill, N.C., Division of Physical Therapy, University of North Carolina, Chapel Hill, 1978

Ирена Крумова, логопед, СБДПЛРДЦП ”Св. София”

Милена Макавеева, логопед, СБДПЛРДЦП ”Св. София”

Д-р Иван Чавдаров, дм, СБДПЛРДЦП ”Св. София”