

JOANNA JAŚKIEWICZ

Fundacja Pomocy Dzieciom „Kolorowy Świat”, Łódź

ZABURZENIA FUNKCJI ORALNYCH ZWIĄZANYCH Z POBOREM POKARMU U DZIECI Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

NEUROLOGOPEDA, FUNDACJA „KOLOROWY ŚWIAT”

Podstawą jest uświadomienie, że aparat artykulacyjny ściśle współpracuje z układem pokarmowym i oddechowym. Przyjmowanie pokarmu jest pierwszą biologiczną potrzebą człowieka. Dlatego nie warto odkładać terapii jakości przyjmowania pokarmu do momentu choćby nawet pojawienia się mowy czy pionizacji dziecka.

Dla bardzo dużej grupy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przyjmowanie pokarmu stanowi ogromny problem nie tylko od urodzenia, ale przez całe lata. Odpowiedni sposób przyjmowania posiłków ma nie lada znaczenie, nie tylko dla prawidłowego rozwoju funkcji psychicznych, ale i emocjonalnych i przede wszystkim społecznych.

Pierwotnym sposobem przyjmowania pokarmu jest ssanie, realizowane jako karmienie naturalne, piersią matki bądź sztuczne – butelką. Karmienie nie tylko wpływa na wzmocnienie odporności dziecka, ale, co ważne, zapewnia prawidłowy rozwój żuchwy, angażując szeroką grupę mięśni twarzy i jamy ustnej, wpływając tym samym na jakość połykania. Po około 6 miesiącach życia dziecko powoli zaczyna unosić się do góry, w początkowych etapach siadania zaczynamy terapię przyjmowania przez niemowlę płynów i wprowadzamy pokarm podawany łyżeczką, który dziecko ściąga wargami i połyka. Powyższy etap powinien trwać około miesiąca, w niektórych przypadkach niekiedy dłużej. Po pełnym opanowaniu przez dziecko opisywanych czynności zaczyna ono przesuwac pokarm językiem, odgryzać małe kawałki i żuć (pokarm stały). Sporadycznie może występować tendencja do wymiotów, a nadmierna produkcja śliny występuje

wyłącznie w okresie wzmożonego żąbkowania, co jest wynikiem prawidłowej kontroli sfery oro-facialnej „przez dziecko”. Końcowym efektem jest przygotowanie nie tyle dziecka, co jego aparatu artykulacyjnego do przyjmowania płynów ze szklanki w pozycji siedzącej (M. Borkowska, 1989, 90–94). Powyższy opis przedstawia poszczególne etapy rozwoju prawidłowo rozwijającego się dziecka. Jednak nie tak prosto i łatwo przebiega on u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Zaspokojenie tych prymarnych potrzeb, jak przyjmowanie pokarmu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, utrudnione jest w wyniku „uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego, dochodzi do swoistych zaburzeń w napięciu mięśni twarzy, podniebienia miękkiego, gardła, krtani i języka” (M. Borkowska, 1989, 94). Anomalie w funkcjonowaniu poszczególnych narządów artykulacyjnych nasilają się wraz z wiekiem dziecka, a rozpoczynają się od nieprawidłowości „ssania i połykania, później mięśni twarzy, żwaczy i języka, utrudniając tym gryzienie i żucie oraz prawidłową mimikę twarzy” (M. Borkowska, 1989, 95).

Niedostatecznie rozwinięty odruch ssania u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wynika przede wszystkim z niemożności domknięcia warg i automatycznego ich skurczu, jak również z powodu dużej spastyczności języka poprzez upośledzenie ruchów w pozycji wertykalnej i horyzontalnej. W wyniku niespójności dotyczącej otwierania warg do przyjęcia pokarmu a ruchami języka dochodzi do wypadania treści pokarmowej z jamy ustnej, co często wiąże się ze wzmożonym napięciem całego ciała.

Następnym fizjologicznym etapem po ssaniu jest żucie, które swój początek bierze z chwilą zahamowania odruchu ssania, pochodzącego z pnia mózgu, i zamiany na odruch odbywający się na płaszczyźnie kory mózgowej. „Dziecko zaczyna wtedy posługiwać się językiem w sposób bardziej skoordynowany niż dotychczas, dotykając językiem wszystkich punktów artykulacyjnych w jamie ustnej” (Borkowska, 1989, 111). Niestety takie bezwiedne przejście w mózgowym porażeniu często nie występuje. Większość dzieci zatrzymuje się na przetrwałym, patologicznym odruchu ssania. Wpływają na to nie tylko upośledzony rozwój ruchowy dziecka, ale również złe nawyki podawania i forma pokarmu. Strukturę pokarmu zmieniamy, przechodząc powoli od zmiksowanego do konsystencji rozdrobnionej widelcem i mniej słodkiej. Ogólnie przyjmujemy się, iż wraz z wyrzynaniem się zębów mlecznych stopniowo przechodzimy do podawania pokarmów stałych. Początki żucia polegają na ruchach żuchwy w górę i w dół, po dostatecznym opanowaniu ich dochodzi do ruchów rota-

cyjnych żuchwy. Przedłużające się karmienie papkami hamuje rozwój żuchwy, zwiększając hipotonię mięśni (Rocławski, Fedorowicz, Wardowska, 1997, 53).

Często u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zauważa się przetrwały odruch kąsania, który prawidłowo powinien zaniknąć do 7 miesiąca życia wraz z wygaśnięciem odruchu ssania a uruchomieniem odruchu żucia. Hamowanie odruchu kąsania, czyli zwierania zębów dolnych i górnych podczas karmienia polega przede wszystkim „na próbach wyzwalania tego ruchu bez dotykania warg i dziąseł lub zębów przy zamkniętych ustach w ten sposób, aby dziecko nie mogło wykonywać ruchów szczękami” (Borkowska, 1989, 103). Czynności te powtarzamy do skutku, aż odruch całkowicie wygaśnie, pomocne tu może stać się pobudzenie żuchwy, prowokujące ją do wykonywania ruchów żucia, a tym samym zmniejszenia napięcia w sferze oro-facjalnej. Przetrwanie kąsania doprowadza do znacznego obniżenia sprawności aparatu artykulacyjnego, a przede wszystkim rozwoju żucia, które jest priorytetem w zapoczątkowaniu etapu prawidłowego przyjmowania posiłków. Występowanie wzmożonych napięć u dzieci z porażeniem powoduje niedomykanie warg, które jest podstawą w rozwoju prawidłowego odruchu połykania.

Połykanie jest bardzo szybkim procesem, w którym wyróżniamy: fazę wstępną (decydującą), ustną, gardłową i przełykową. Wszystkie wymienione fazy wzajemnie się przenikają. Do fazy wstępnej należy uformowanie stosownej konsystencji pokarmu z udziałem śliny ze ścisłą współpracą narządów oralnych. Faza ustna, zwana również przez wielu logopedów właściwą, skupia się przede wszystkim na przenoszeniu substancji pokarmowej z jamy ustnej do jamy gardłowej, w której to fazie niezbędne są równorzędne ruchy języka. Faza gardłowa natomiast, jak sama nazwa wskazuje, ma znaczącą funkcję odcinka gardłowego, który ma odpowiadać za pewne przekazywanie pokarmu, przy jednoczesnym zamknięciu jamy nosowej i tchawicy. Możliwe to jest tylko dzięki współdziałaniu wszystkich mięśni odpowiedzialnych za transport pokarmu w fazie gardłowej, aby prawidłowo móc przejść do fazy przełykowej. Faza ta odpowiada za prawidłowe dostarczenie kęsa do żołądka. Najważniejszą rolę na tym etapie odgrywają mięśnie przełyku, bo dzięki nim odbywa się prawidłowy przebieg końcowego etapu połykania.

Powyższy model poszczególnych faz połykania przedstawia prawidłowe wzorce, jednak u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie występują one tak poprawnie. Niekiedy dochodzi do tego, że ich w większości nie ma, że podawanie pokarmu odbywa się automatycznie, bez udziału poszczególnych mięśni na danym etapie. Pierwsza faza połykania u dzieci porażonych może zostać

zaburzona, bo nie we wszystkich przypadkach wygaś oddech ssania. Wynika to z paraliżu przede wszystkim mięśni języka i warg, które odgrywają tu główną rolę, oraz nadwrażliwości jamy ustnej, czego wynikiem jest silny ślinotok. Przyczyną zaburzenia drugiego etapu jest zbyt małe napięcie podniebienia miękkiego oraz gardła, które to osłabienie powoduje niemożność wytworzenia odpowiedniego ciśnienia, aby treść pokarmowa przeszła dalej do jamy gardła. Trzeci etap połykania zostaje zaburzony przez nieprawidłową motorykę przełyku, hamując tym samym czas transportu pokarmu (Borkowska, 1989, 96).

Najczęstszymi objawami zaburzenia połykania są zaburzenia podczas czynności żucia pokarmów o różnych konsystencjach i rodzajach, wypadanie treści pokarmowej z jamy ustnej, silny ślinotok, ciągle zakrzuszczenie się podczas jedzenia, zmiany w sposobie oddychania w trakcie przyjmowania posiłków, wydłużony czas karmienia, problem w początkowej fazie połykania oraz wielokrotne połykanie w celu przetransportowania pokarmu do jamy gardłowej. Efektem tego jest spadek masy ciała, odwodnienie organizmu, częste, nawrotowe infekcje górnych dróg oddechowych, aspiracyjne zapalenie płuc, spowodowane częstym zachłystywaniem się, problem z kosztowaniem pokarmów oraz odynofagia, czyli ból przy połykaniu (Lisiecka, 2011, 10).

U większości dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym występuje patologiczne połykanie o charakterze niemowlęcym, charakteryzujące się brakiem napięcia mięśni okrężnych warg oraz wypychaniem języka na czerwień warg. W okresie prawidłowego napięcia dziecko kompensuje i napięcie mięśni okrężnych warg, i napięcie języka, uniemożliwiając mu wypadanie z jamy ustnej, kładąc dolną wargę na zębach górnych, w wyniku czego dochodzi do licznych deformacji zębów i szczęk (Borkowska, 1989, 96).

Ważnym krokiem w przyjmowaniu pokarmu przez dzieci z mózgowym porażeniem jest podawanie go za pomocą łyżeczki. Z mojej pracy terapeutycznej już wiem, że jest to bardzo trudny etap, który wiąże się z systematyczną i żmudną pracą logopedy i rodzica dziecka. Karmienie łyżeczką wiąże się z wieloma dylematami, czym karmić, jak karmić i jak radzić sobie z przewyciężeniem przez dziecko niechęci. Priorytetem staje się zniesienie dorosłego do pozycji karmionego tak, aby ręka osoby karmiącej znajdowała się na tym samym poziomie co usta dziecka w celu uzyskania kąta prostego, a tym samym nie prowokowała odchylenia głowy dziecka ku tyłowi, kontrolując tym samym napięcie mięśni języka i warg, niezbędnych w zbieraniu podawanego pokarmu. Trzymana łyżeczka przed ustami ma stymulować do samodzielnego, aktywnego

go zbierania pokarmu wargami. Należy wystrzegać się biernego wpychania pokarmu do jamy ustnej dziecka. Łyżeczkę z pokarmem układamy na części środkowej języka, gdzie lekki ucisk spowoduje jego uniesienie ku podniebieniu, co jest warunkiem przejścia kęsa w kierunku przełyku i jego połknięcia. Po ułożeniu łyżki i ucisku oczekujemy na zamknięcie ust na łyżeczce, po czym ruchem w linii prostej wyciągamy ją z ust dziecka. Ważne jest, aby pokarm zbierany był górną wargą, a nie zębami. Jeśli dziecko nie zamyka samodzielnie ust na łyżeczce, wspomagamy tę czynność, podciągając żuchwę ku górze, ale bez dodatkowego ruchu głowy, aby doprowadzić do zwarcia warg. Równocześnie przez ucisk stymulujemy mięsień bródkowo-językowy, pobudzając w ten sposób język do pionizacji, a więc do skierowania, uniesienia go ku podniebieniu. Oczekujemy na przełknięcie. Jeśli akt połykania wymaga dodatkowego wspomaganie, pobudzamy obszar przełyku. W tym celu przesuwamy palcem wzdłuż przełyku, zakreślając kierunek przejścia pokarmu. Innym sposobem jest lekkie skłonienie brody w kierunku klatki piersiowej (Borkowska, 1989, 104–106; Frohlich, 1998, 122–128).

Mięśnie warg, języka, żwaczy i podniebienia, które nie biorą udziału w żadnych czynnościach, nie rozwijają się prawidłowo, a tylko przyczyniają się do powstawania licznych anomalii w obrębie narządu żucia, jak na przykład wad zgryzu, co powoduje, że dziecko nie radzi sobie z przyjmowaniem pokarmu. Główną przyczyną patologicznego połykania jest przedłużone podawanie pokarmu płynnego przez smoczek.

Wiele dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym od momentu narodzin było karmionych alternatywnie, co w późniejszym czasie skutkowało niechęcią do jedzenia oraz lękiem przed wszystkim, co podawane było do ust. Pierwszą metodą zastępczą może być sonda nosowo-gardłowa, czyli rurka wkładana dziecku przez nos do gardła i przez przełyk do żołądka. Główne jej zalety to łatwość założenia i podawanie pokarmu bezpośrednio po założeniu, które odbywa się bez znieczulenia ogólnego dziecka. Jest jednak opcja karmienia krótkotrwałego, gdzie efektem ubocznym może być zwiększenie aspiracji i refluksu żołądkowego. Najczęściej stosowaną metodą alternatywnego karmienia jest przezskórna Endoskopowa Gastrostomia – PEG. Polega ona na zewnętrznym otwarciu brzucha, gdzie rurka doprowadzana jest do żołądka. Jest to opcja karmienia długoterminowego, mało widoczna i jak najbardziej odwracalna. Jednak jest to zabieg chirurgiczny o wzmożonym ryzyku infekcji.

BIBLIOGRAFIA

- Banaszek G., 2004, *Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty*, Bielsko-Biała.
- Borkowska M., 1989, *ABC rehabilitacji*, Warszawa.
- Cieśliński A., 1995, *Usprawnienie ruchowe dzieci z porażeniem mózgowym – Poradnik dla rodziców opracowany na podstawie materiałów zebranych i własnych*.
- Czochońska J., Łosiowski Z., 1985, *Mózgowe porażenie dziecięce*, [w:] *Neurologia dziecięca*, Warszawa.
- Czochońska J., 1999, *Zapadalność na mózgowe porażenie dziecięce, jego przyczyny i możliwości przeciwdziałania*, „Rehabilitacja Medyczna” 3, 4, s. 7–10.
- Frohlich A., 1998, *Stymulacja od podstaw*, Warszawa.
- Goddard S., 2004, *Odruchy, uczenie i zachowanie*, Warszawa.
- Masgutowa-Hawryluk S., Wojciechowska H., 2006, *Kynoterapia w integracji odruchów*, Warszawa–Bydgoszcz.
- Michałowicz R., 1986, *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa.
- Michalik M. (red.), 2011, *Nowa logopedia*, t. II, Kraków.
- Jastrzębowska G., Gałkowski T. (red.), 2003, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, t. I i II, Opole.
- Jastrzębowska G., Gałkowski T., Szeląg E. (red.), 2005, *Podstawy neurologopedii*, Opole.
- Skorek E. M., 2005, *Z logopedią na ty*, Kraków.
- Stecko E., 2002, *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Synder M., 2002, *Dziecko z porażeniem mózgowym*, Łódź.
- Szumska J., 1982, *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa.
- Odowska-Szlachcic B., 2010, *Metoda integracji sensorycznej*, Gdańsk.
- Piszczek M., 2006, *Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnostyka, zasady terapii i ocena efektów zajęć*, Warszawa.
- Pruszewicz A., 1992, *Foniatryka kliniczna*, PZWL, Warszawa.
- Zaleski T., 1993, *Obwodowe mechanizmy mowy*, [w:] *Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy*, Lublin.