

Бурдина Надежда Николаевна

логопед

Корпорация «Little Achievers» Early intervention

г. Нью-Йорк, США

Овсепян Оксана Андреевна

логопед

Отдел образования г. Нью-Йорк

г. Нью-Йорк, США

Требушенкова Олеся Юрьевна

аспирант, преподаватель

ФГБОУ ВО «Тульский государственный

педагогический университет им. Л.Н. Толстого»

г. Тула, Тульская область

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ДИСФАГИИ

И ДРУГИХ РАССТРОЙСТВАХ ГЛОТАНИЯ (FEEDING)

Аннотация: в статье содержится информация о расстройствах кормления и глотания у младенцев, дошкольников и детей школьного возраста до 21 года. Она охватывает детскую дисфагию и детское расстройство питания. Это отдельные диагнозы, но они могут встречаться одновременно.

Ключевые слова: расстройства глотания, расстройства кормления, детская дисфагия, дети дошкольного возраста, feeding.

В настоящее время логопеды (речевые патологи-SLP) являются предпочтительными поставщиками услуг по коррекции дисфагии, а также детского расстройства пищевого поведения и являются неотъемлемыми членами межпрофессиональной команды специалистов в данной области в США.

Речевые патологи (SLP) работают совместно со специалистами других дисциплин (например, гастроэнтерологами, эрготерапевтами, отоларингологами, диетологами, радиологами). SLP имеют уникальную подготовку в области коррекции расстройств глотания. Общие знания и навыки,

полученные SLP в ходе профессиональной подготовки, обеспечивают образцовую и необходимую основу для успешной оценки и лечения дисфагии у детей и взрослых, вызванной любой этиологией [3].

Профессиональные стандарты начального уровня образования для сертифицированных ASHA SLP, установленные Советом по клинической сертификации в области аудиологии и патологии речи и языка (CFCC), указывают, что все практикующие SLP должны обладать знаниями о «глотании/кормлении, такими как знание о структуре и функции орофациальной миологии, а так же функции полости рта, глотки, гортани, легких, пищевода, желудочно-кишечного тракта».

Кормление (Feeding) – это термин, обозначающий предоставление кому-либо питания. Термин «кормление» включает все аспекты еды или питья, включая сбор и подготовку пищи и жидкости для приема, сосание или жевание, а также глотание.

Кормление также может осуществляться неоральными путями (например, эндоскопия при помощи гастрономической трубки) [4].

Глотание – сложный физиологический процесс, во время которого слюна, жидкости и пища транспортируются изо рта в желудок, при этом дыхательные пути защищены. Интеграция шести черепных нервов и более 30 мышц, отвечающих за глотание, обеспечивает точную координацию, необходимую для безопасной и эффективной транспортировки пищи и жидкостей (Steele & Miller, 2010). Глотание обычно делится на следующие четыре фазы (Arvedson & Brodsky, 2002; Logemann, 1998).

1. Оральная подготовка – это произвольная фаза, во время которой пища или жидкости манипулируются во рту для формирования связного комка, что включает сосание жидкостей, манипулирование мягкими комками и пережевывание твердой пищи.

2. Оральный транзит – это произвольная фаза, которая начинается с продвижения пищевого комка языком назад и заканчивается началом фарингеального глотания.

2 <https://phsreda.com>

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

3. Глоточная – эта фаза начинается с произвольной глотательной фазы, которая, в свою очередь, продвигает пищевой комок через глотку посредством непроизвольного сокращения мышц-констрикторов глотки.

4. Пищеводная фаза – это непроизвольная фаза, во время которой пищевой комок перемещается в желудок посредством перистальтики пищевода [7].

Чем же отличаются расстройства кормления от расстройства избегающего/ограничительного приема пищи (ARFID)?

Нарушения питания можно разделить на две большие группы.

1. Расстройства кормления.

2. Расстройства избегающего/ограничительного приема пищи.

Термин «Расстройство кормления» описывает ряд видов деятельности и поведения, связанных с едой, которые могут включать или не включать проблемы с глотанием. Годей и др. отмечают следующее:

Расстройство кормления у детей – это любые трудности, с которыми сталкивается ребенок при приеме пищи через рот по сравнению со сверстниками. Расстройство кормления связано с медицинскими, пищевыми навыками приема пищи и/или психосоциальными дисфункциями.

Расстройство кормления следует отличать от расстройства, избегающего/ограничительного приема пищи, которое является ментальным расстройством [2].

Теперь рассмотрим понятие «Расстройство избегающего/ограничительного приема пищи (ARFID)».

Согласно DSM-5, люди с ARFID ограничивают объем и/или разнообразие потребляемой пищи, но в отличие от других расстройств пищевого поведения, ограничения не связаны со страхом набора веса или дисморфией тела. Вместо этого ограничительное питание при ARFID является результатом отсутствия интереса к еде или пище; сенсорной чувствительности ко вкусу, текстуре или запаху; и/или страха неприятных последствий во время еды, таких как рвота или удышье [6].

Речевые патологи (SLP) не диагностируют и не лечат ARFID. Однако SLP могут распознавать признаки расстройства избегающего приема пищи,

проводить скрининг на наличие заболевания, оценивать расстройство пищевого поведения и при необходимости направлять пациентов в группу по конкретному нарушению [4].

Важное примечание о РИПП: расстройство избегания/ограничения приема пищи считается нарушением психического здоровья и выходит за рамки практики SLP. Хотя SLP могут проводить скрининг или давать направления на РИПП, но они не диагностируют и не корректируют его [3].

Информация об РИПП в этой статье предназначена как информационный ресурс для SLP – хотя они не работают с данным нарушением, им все равно необходимо знать об этом в контексте клинического ухода за пациентами.

Далее рассмотрим расстройства кормления и глотания:

- дисфагия: затрудненное глотание, которое может привести к удушью, аспирации или недостаточному питанию;
- отвращение к еде: отказ от определенных текстур или типов пищи, часто наблюдается у младенцев или детей с проблемами сенсорной обработки;
- придирчивое питание: ограниченное разнообразие пищи и нежелание пробовать новые продукты, что может привести к дефициту питательных веществ [1].

Причины, приводящие к проблемам формирования навыка кормления.

1. Нарушения оральной чувствительности, в том числе:

- ограниченная переносимость соответствующих возрасту текстур и вязкостей, что может быть связано с определенными вкусами, температурами, размерами блюсов или внешним видом;
- отсутствие осознания наличия пищи во рту, плохое формирование пищевого комка, утечка пищи/ жидкостей изо рта из-за неспособности поддерживать закрытие губ, большие размеры пищевого комка, рвотные позывы или отказ от жидкости и пищевых текстур, которые не обеспечивают адекватной сенсорной информации.

2. Нарушения оральной моторики, в том числе:

4 <https://phsreda.com>

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

– плохой контроль и манипуляция болюсом, приводящие к потере пищи или рвоте и кашлю;

– нескоординированная последовательность сосания-глотания-дыхания и др.

3. Нарушения фарингиальной (глоточной) фазы глотания.

Работа логопеда с нарушениями кормления. Диагностика и терапия.

1. Оценка (диагностика):

– клиническая оценка: логопеды проводят тщательную клиническую оценку, чтобы наблюдать за поведением младенца при кормлении, оценивать оральные моторные навыки и выявлять любые признаки дисфагии;

– модифицированное исследование глотания с барием (MBSS): этот метод визуализации позволяет врачам визуализировать процесс глотания в режиме реального времени, выявляя любые отклонения в фазах глотания.

2. Орально-моторная терапия:

– укрепляющие упражнения: упражнения, направленные на укрепление оральных и глоточных мышц, могут помочь улучшить способность младенца управлять пищей и жидкостями.

3. Модификация текстуры еды:

– постепенное введение текстур: специалисты по грудному вскармливанию могут направлять лиц, осуществляющих уход, о том, как постепенно вводить различные текстуры по мере того, как у младенца развиваются навыки глотания.

4. Стратегии позиционирования:

– оптимальное положение для кормления.

5. Поведенческие вмешательства:

– положительное подкрепление: поощрение младенцев пробовать новые продукты питания с помощью положительного подкрепления и моделирования может помочь снизить отвращение к еде;

– методы десенсибилизации: постепенное знакомство с новыми текстурами и вкусами может помочь младенцам преодолеть сенсорное отвращение к определенным продуктам.

6. Обучение и поддержка родителей:

- обучение лиц, осуществляющих уход;
- эмоциональная поддержка лиц, осуществляющих уход [3].

Пример из практики:

Имя изменено: Ваня Иванов – 13-месячный мальчик русского происхождения, был направлен на оценку речи и языка из-за опасений, высказанных матерью относительно его навыков кормления.

Мать обеспокоена тем, что Ивана нужно развлекать во время еды, он не пытается жевать, легко давится и рвет, когда ему предлагаются даже самые маленькие кусочки.

Чувствителен к текстуре и вкусу пищи, не будет прикасаться к кашицеобразной или размятой пище и есть ее. Имеет гиперчувствительный рвотный рефлекс.

Оценка проводилась на русском и английском языках в их доме, чтобы определить соответствие требованиям и необходимость речевой и языковой/фидинг-терапии для предотвращения дальнейших задержек и устранения текущих дефицитов Ивана.

Цели, включенные в Индивидуальный План Обслуживания Семьи (IFSP/ИПСЗ):

Увеличить способность принимать твердую пищу путем постепенной десенсибилизации гиперчувствительности и чередования консистенции пищи.

Для увеличения перорального приема пищи:

- улучшить орально-моторную функцию и повысить мышечный тонус;
- пищевое поведение будет соответствовать возрасту ребенка.

Логопед посещает ребенка 2 раза в неделю, проводит сессию и делает отчет о прогрессе и достижении поставленных целей.

Таким образом, расстройства кормления и глотания у младенцев и детей требуют тщательной оценки и целенаправленных вмешательств для обеспечения безопасных и эффективных методов кормления.

Логопеды (речевые патологи) играют важную роль в диагностике и лечении этих расстройств, применяя различные методы, адаптированные к уникальным

потребностям каждого ребенка. Обращаясь как к физическим, так и к поведенческим аспектам кормления, SLP могут значительно улучшить качество жизни детей и их семей.

References

1. Adams-Chapman I., Bann C., Carter S.L., Stoll B.J., Network N.N.R. Language outcomes among ELBW infants in early childhood // Early Hum Dev. – 2015. – Vol. 91 (6). – P. 373–379.
2. Buswell C.A., Leslie P., Embleton N.D., Drinnan M.J. Oral-motor dysfunction at 10 months corrected gestational age in infants born less than 37 weeks preterm // Dysphagia. – 2009. – Vol. 24 (1). – P. 20–25. – DOI 10.1007/s00455-008-9161-4. – EDN TRZSHS
3. Johnson S., Matthews R., Draper E.S. et al. Eating difficulties in children born late and moderately preterm at 2 y of age: a prospective population-based cohort study // Am J Clin Nutr. – 2016. – Vol. 103 (2). – P. 406–414.
4. Park J., Thoyre S.M., Pados B.F., Gregas M. Symptoms of feeding problems in preterm-born children at 6 months to 7 years old // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2019. – Vol. 68 (3). – P. 416–421.
5. Pados B.F., Thoyre S.M., Estrem H.H., Park J., McComish C. Factor structure and psychometric properties of the neonatal eating assessment tool-bottle-feeding (Ne-oEAT-bottle-feeding) // Adv Neonatal Care. – 2018. – Vol. 18 (3). – P. 232–242.
6. Sanchez K., Spittle A.J., Slattery J.M., Morgan A.T. Oromotor feeding in children born before 30 Weeks' gestation and term-born peers at 12 Months' corrected age // J Pediatr. – 2016. – Vol. 178. – P. 113–118.
7. Thoyre S.M., Pados B.F., Park J., Estrem H., McComish C., Hodges E.A. The pediatric eating assessment tool: factor structure and psychometric properties // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2018. – Vol. 66 (2). – P. 299–305.