

Pregledni članek / Review article

HRANJENJE BOLNEGA OTROKA**FEEDING A SICK CHILD**

L. Skočir

*Enota za fizioterapijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana***IZVLEČEK**

V prispevku želimo poudariti pomen dobrega sodelovanja zdravstvenih delavcev pri obravnavi otroka z motnjami hranjenja. Opredeljujemo znake in reakcije, ki se lahko začasno ali za daljši čas pojavijo pri otroku s kronično ali z akutno boleznijo. Prav tako pa tudi iščemo načine za premoščanje težav pri vzpostavljanju bolj normalnih vzorcev hranjenja, s tem, da otroka polagamo v varne položaje za hranjenje ter izboljšujemo delovanje orofacialnih struktur za sprejemanje hrane. Opredeljujemo, kaj je nehranilni oralni nadzor in spodbujanje v času, ko je naravno hranjenje nemogoče ali zaradi medicinske kontraindikacije ukinjeno. Prav tako pa ima velik pomen postopno prehajanje z umetnega na naravno prehranjevanje, ki lahko temelji izključno na dobri analizi otrokovih težav, časovno pa je lahko dolgotrajno. Za vzpostavljanje dobrih pogojev za hranjenje je potrebno s pomočjo razvojnofizioterapevtske obravnave okrepiti občutek za primerno poravnavo telesa, ramenskega obroča in glave. Starši otrok z motnjami hranjenja potrebujejo svetovanje in vodenje.

Ključne besede: bolan otrok, patološki znaki in odzivi, nehranilna stimulacija, položaji, orofacialna stimulacija.

ABSTRACT

In the article we desire to emphasise the importance of good cooperation between health workers in the management of the child with feeding problems. The signs and reactions, which can arise temporarily or for a longer period in a child with a chronic or acute illness, are defined. Ways are sought to overcome difficulties in re-establishing more normal feeding patterns. The child at risk should be fed in the position that minimises the possibilities of these problems and the function of orofacial structures improved. Non-feeding oral control and stimulation are stipulated when natural feeding is impossible or ceased because of medical contraindications. It is very important to move slowly from artificial to natural feeding, based exclusively on a thorough analysis of the child's difficulties; timewise this may be prolonged. For re-establishing good conditions for feeding it is necessary through developmental physiotherapy treatment to reinforce the sensation of good alignment of the body, shoulder girdle and head. Parents of children with feeding problems require advice and direction.

Key words: ill child, pathological signs and reactions, non-feeding stimulation, positions, orofacial stimulation.

UVOD

Za normalni razvoj otroka je zelo pomemben tudi razvoj funkcije hranjenja. To pogosto ocenjujemo že kmalu po rojstvu, ko se šele pričnejo vzpostavljati procesi hranjenja, od sesanja, požiranja, sproščanja ob hranjenju zajetega zraka do prebavljanja hrane. Ti mehanizmi so se na nek prilagojen način vzpostavljali že v intrauterinemu življenju, kar pomeni, da se je otrok refleksno pripravljal na sprejem novih pomembnih funkcij v zvezi s hranjenjem.

Pogosto smo povsem prevzeti, ko ti procesi potekajo lepo in usklajeno, otrok pa je ob tem umirjen in zadovoljen, njegova teža pa se postopno povečuje.

Ko pa otrok zboli, se otrokovi odzivi ob hranjenju pogosto popolnoma spremenijo.

Otroku se hrana pogosto zaletava: pije v majhnih požirkih, pogosto hlastno in zelo nestrpno, ker je že zelo lačen. Čeprav se zelo trudi, pogosto ne zmore usklajevati pitja, požiranja in dihanja. Včasih se tem pojavom zaradi slabe usklajenosti teh procesov pridružijo še drugi patološki odzivi: pitje v zelo kratkih ciklikih sesanja, dolgotrajno počivanje med posameznimi požirki, hlastno pitje in zaletavanje ob hranjenju, zadrževanje hrane v ustih, vreščeč jok ob pogledu na stekleničko oz. žličko s hrano. Majhen otrok, ki še ni dobro razvil usklajenega hranjenja in mu zmanjkuje moči zaradi raznih akutnih oz. kroničnih bolezni, je pri tem še posebej izpostavljen.

Problem pogosto lahko predstavlja tudi žvečenje, pri večjem otroku pa tudi nesposobnost, da bi s krožnika pobral hrano in jo nesel k ustom ali pa nezmožnost popolnega zapretja ust, zaradi česar hrana pogosto pada iz ust in potrebuje pomoč pri hranjenju s strani odgovorne odrasle osebe. Motnje požiranja se lahko pojavijo na kateri koli stopnji v procesu požiranja.

Oralna faza vključuje sesanje, žvečenje, prepojitev hrane s slino ter premik tekočine ali hrane proti žrelu. Ta faza je pod vplivom naše volje. To pomeni, da imamo nadzor nad žvečenjem in začetkom požiranja.

Faringealna faza pomeni začetek požiranja in pre-

hajanja hrane v bolusih skozi žrelo. Epiglotis zapira vhod v sapnik, kar je preventiva pred vdihanjem hrane v pljuča in preventiva pred zaletavanjem hrane. Hrana in tekočine hitro stečejo skozi žrelo v požiralnik. Potem se epiglotis odpre, da spet lahko dihamo.

Ezofagealna faza pomeni prehajanje hrane v peristaltičnih valovih vzdolž požiralnika, pri čemer se aktivirajo mišice, ki iztisnejo hrano v želodec v trenutku, ko se spodnji sfinkter požiralnika sprosti. Ta pojav je tudi pod močnim vplivom gravitacije in ni pod vplivom naše volje.

Prepoznavanje patoloških odzivov pri otroku je bistveno za analiziranje otrokovih izvornih težav. V analizi hranjenja, ki je lahko enkratna ali pa še bolj večkratna, ko želimo slediti otrokovemu razvoju daljši čas, pogosto uporabljamo opisno testiranje za manjše otroke ali pa točkovno testiranje po dr. Justine Sheppard, ki je bolj primerno za večje otroke.

Otroci s problemi hranjenja in požiranja imajo več znakov slabo usklajenega hranjenja, vendar niso vsi znaki prisotni pri vsakem otroku. Včasih se nekateri od znakov pojavijo le začasno med akutno pljučno boleznijo, spet drugič pa se težave stopnjujejo ali trajajo daljši čas, kar moramo opredeliti s pomočjo bolj poglobljene analize.

Pri zelo mlademu otroku pogosto najdemo naslednje znake:

- iztezanje telesa v ekstenzijskem vzorcu, zvijanje v lateralni smeri ali zakrčenost telesa;
- razdražljivost ali pomanjkanje pozornosti med hranjenjem (pije samo v spanju);
- občutek, da se je hrana oz. tekočina zaletela v žrelo ali požiralniku ali občutek draženja v tem predelu;
- občutek neugodja v žrelu in prsnem košu;
- zavračanje hrane ali tekočine;
- težave pri sprejemanju različne hrane (samo pire, samo sadje, samo sladko itd.);
- zelo dolg čas hranjenja, več kot 30 minut;
- težave pri dojenju;
- kašelj in pogosto zaletavanje med obrokom;
- pretirano slinjenje in iztekanje hrane ali tekočine iz ust;
- polivanje odvečne hrane in tekočine skozi usta

- in nos;
- težko usklajevanje dihanja s hranjenjem in požiranjem;
- povečana zakrčenost med obroki;
- občutek napetosti v trebušni votlini in meteorizem po hranjenju;
- hropeče dihanje, prisotnost dihalnih fenomenov nad pljuči;
- utrujenost in/ali tahidispneja po hranjenju ali pitju;
- pogost pojav piskanja nad pljuči po hranjenju ali pitju;
- pogosto bruhanje;
- ponavljajoče se pljučnice in okužbe dihal;
- počasno pridobivanje na telesni teži.

Ti dejavniki močno povečujejo tveganje za:

- dehidracijo in slabo prehranjenost oz. čezmerno pridobivanje na telesni teži;
- aspiranje;
- ponavljajoče se okužbe zgornjih dihal in pljučnice, ki lahko vodijo v kronično pljučno bolezen;
- izolacija v socialnih situacijah, ki vključujejo hranjenje.

KLINIČNI PREGLED OTROKA S TEŽAVAMI HRANJENJA IN POŽIRANJA

Klinični pregled obsega anamnestične podatke glede otrokovih razvojnih posebnosti, osebne značilnosti in znake. Pregledamo moč in gibanje mišic, ki sodelujejo pri hranjenju. Ocenimo otrokov mišični tonus, usklajenost razvoja in njegove starosti ter vpliv teh posebnosti na otrokovo držo. Ocenjujemo prilagoditve pri hranjenju, navade ob hranjenju, usklajenost dejavnosti ust ob hranjenju.

TIM, KI OBRAVNAVA OTROKA S TEŽAVAMI PRI HRANJENJU

Vključuje lahko delovnega terapevta, fizioterapevta, logopeda, medicinsko sestro, dietetika in razvojnega specialista s področja nevrologije in gastrologije. Pomemben član tima so otrokovi starši, ki skušajo dobiti odgovore na svoja vprašanja in pogosto odpirajo dileme, ki se jim porajajo ob hranjenju. Želijo tudi razumevanje in podporo v primeru, če težko

zmorejo hranjenje ali pa tudi ustrezne prilagoditve, če otrok ne more pojesti ustrezne količine hrane, ki bi še zadostovala za zadosten dnevni vnos in razvoj. Staršem je tudi potrebno razložiti pomen naravnega hranjenja v primeru, ko je uvedeno hranjenje po sondi ali po gastrostomi. Prav tako pa tudi upoštevanje kontraindikacij za kakršnokoli naravno dohranjevanje. V takih primerih sta še posebej pomembna nehranilni oralni nadzor in spodbujanje. To pomeni namestitev otroka v dvignjen položaj z dobrim nadzorom nad položajem glave in telesa, masaža obraznih mišic in osvežitev ustne votline s čistilnimi palčkami. V primeru hipersenzibilnosti to izvedemo zelo previdno, vedno v smeri od sprednjih zob in dlesni proti bolj stranskim predelom ustne votline. Če nismo prepričani, kako se bo otrok odzval, ravnamo zelo previdno s postopnimi majhnimi krožnimi gibanji. Nazadnje obrišemo tudi jezik ob robu in šele, ko vidimo da naš varovanec to zlahka zmore, tudi po sredini. Ob tem pa moramo vseskozi paziti na ohranjanje lepe poravnane glave in telesa. Enako storimo ob umivanju z zobno ščetko. To je tudi hiter in uporaben test za testiranje funkcije požiranja na nehranilen način.

Vsekakor pa moramo upoštevati tudi otrokove želje glede temperature hrane, saj je toplejša hrana okusnejša, otrokovo psihofizično toleranco za hranjenje in za zadrževanje položaja med hranjenjem, saj se bolni otrok lahko hitro utruji. Pogosto hudo bolnega otroka ne nameščamo v sedeč položaj, saj ga še za kratek čas pogosto ne zmore. Tako lahko vidimo, kako otrok po preboleli okužbi, počasi požira hrano in tekočine, tudi samo po en požirek ali grižljaj, tako hranjenje komaj zadostuje in da s intravenskim zdravljenjem komajda vnesemo dovolj tekočine za ustrezno hidriranost otroka, medtem ko je kalorični vnos pri običajno že tako podhranjenem otroku veliko premajhen. Ob hudem poslabšanju bolezni zato otrok pogosto naredi korak nazaj tudi glede kakovosti hranjenja.

Cilji zdravljenja pri motnjah hranjenja so:
krepitev mišic obraza in ustnega dna;

- povečanje gibalnih aktivnosti jezika;
- izboljšanje žvečenja;
- večja sprejemljivost za različne vrste hrane in tekočin;
- izboljšanje sesanja in/ali sposobnosti za pitje;

- koordinacija sesanja-požiranja-dihanja, še posebej pri dojenčkih;
- spreminjanje gostote hrane in zgoščevanje tekočin za varno požiranje.

Težave s hranjenjem so najbolj zaskrbljujoče, če otrok aspirira hrano v pljuča, kar povzroča aspiracijske pljučnice in/ali druge resne pljučne bolezni. Otroci z motnjami hranjenja so pogosto podhranjeni, kar onemogoča primerno pridobivanje telesne teže, pa tudi rast in razvoj.

Dojenčki in majhni otroci s težavami pri hranjenju pogosto lažje požirajo goste tekočine in mehko, kot so različni zelenjavni pireji in sadne kaše, medtem ko so redke tekočine pogosto vzrok za to, da se tekočina otroku zaleti. Pri nekaterih otrocih se stanje znatno izboljša, ko začnemo uvajati gostejšo hrano, vendar priporočamo, da začnemo gostejšo otroško hrano uvajati po četrtem mesecu otrokovega življenja, ko otrok že začne bolj zavestno koordinirati hranjenje, dihanje in požiranje.

Nekateri otroci zaradi dolgotrajnega težkega zdravstvenega stanja, umetnega hranjenja po sondi in umetni ventilaciji razvijejo odpor do hrane. Pri teh otrocih je zelo pomembno postopno uvajanje v razvojno-fizioterapevtsko obravnavo, ki otroku pomaga razviti tiste sposobnosti, ki kasneje podpirajo otrokov celostni razvoj, vključno s kakovostnim hranjenjem. Pogosto je zato za uvajanje hranjenja potreben daljši čas. Dalj časa je potrebnega za prehajanje z umetne prehrane na naravno prehrano, za vzpostavljanje dobro koordiniranih in usklajenih poravnav v telesu in doseganje drugih razvojnih smernic in ciljev.

NORMALEN RAZVOJ USTNO-ŽRELNIH ŽIVČNO-MIŠIČNIH STRUKTUR PRI DOJENČKU

Pri novorojenčku je ustna votlina majhna, jezik je dokaj velik, tako da s svojim obsegom zapolnjuje ustno votlino. Istočasno se dotika neba in stranskega dela dlesni. Jezik se večinoma giblje v smeri v levo in desno, vendar v omejenem obsegu. Maščobne blazinice v predelu obraza dajejo stabilnost obratnim mišicam in s tem vsem strukturam, ki sode-

lujejo pri hranjenju oz. omogočajo razvoj različnih, vedno bolj zrelih načinov hranjenja. Novorojenček diha skozi nos. Spodnja čeljust je majhna in nekoliko retrahirana. Epiglotis in mehko nebo se dotikata in delujeta kot zaščitni mehanizem pred vstopom tekočin v sapnik. Grlo je položeno višje v vratu kot pri večjih otrocih in pri odraslih, kar zmanjšuje potrebo za zapiranje grla med požiranjem tekočin. Normalno se strukturne spremembe v tem predelu dogajajo od 2 – 4 meseca otrokovega življenja, ko otrok refleksno sesa in je grlo je v višini C4, dihalna pot se med požiranjem zapira. Razvoj ustno-žrelnih struktur se nato nadaljuje v prvem letu življenja, kar omogoča razvoj vedno bolj zrelih načinov sesanja, požiranja, žvečenja, grizenja. V obdobju od 4 – 8 mesecev se zmanjšuje refleksna ustna dejavnost, postopno se podaljšujejo žrelne strukture in začnemo lahko z uvajanjem hranjenja po žlički. Po 8. mesecu starosti se postopno razvija žvečenje, otrok se uči piti iz skodelice, grlo se spušča na raven C6, medtem ko se bolj gotovo požiranje razvija še naprej do 5. leta otrokove starosti.

Nekateri avtorji navajajo, da ima 25 % celotne otroške populacije težave s hranjenjem, od tega je 80 % otrok s posebnimi potrebami. Zavedati se moramo kompleksnosti razvoja ustnih motoričnih veščin tako pri zdravem otroku, še bolj pa pri otroku z nevrološko okvaro, kar pogosto pripelje do motenj pri koordinaciji struktur, ki sodelujejo v procesu požiranja. Še bolj pa je potrebno paziti v primeru, ko ti otroci zbolijo za hudo in akutno boleznijo, ki jih življenjsko ogroža, zaradi česar je hranjenje pogosto močno zmanjšano ali začasno celo ukinjeno ali pa preidemo na umetni način hranjenja. Pogosto ti otroci tudi kasneje, v fazi okrevanja, le počasi in postopno napredujejo, da spet zmorejo zaužiti količinsko ustrezne obroke in doseči ustrezno prehranjenost.

POMOČ OTROKU Z MOTNJAMI HRANJENJA

Otroci s cerebralno paralizo in z drugimi nevrološkimi motnjami imajo pogosto slabši nadzor nad položajem telesa zaradi neusklajenega mišičičnega tonusa, kar poslabšuje težave, povezane s hranjenjem in požiranjem. Podobne težave imajo otroci,

ki so preutrujeni zaradi akutne bolezni oz drugih sistemskih motenj. Pravilna poravnava telesa pa je izjemnega pomena pri normalnem hranjenju in požiranju. Pri otroku s slabo poravnavo in s slabim nadzorom nad ramenskim obročem sta pogosta slab nadzor in obvladovanje ustnih predelov, predvsem zaradi nenormalnega mišičnega tonusa in nenormalnih gibalnih vzorcev.

Učinkovitejši oralni nadzor ob hranjenju se začne z boljšo stabilnostjo glave, kar izboljša nadzor nad spodnjo čeljustjo. Nadzor nad glavo pa je pod močnim vplivom poravnave v trupu, ki je odvisna od stabilnosti v medeničnem predelu.

To je tudi pomemben razlog za razvoj tehnike terapevtskega sedenja in oralnega nadzora, saj le ta krepi izravnavo v telesu in tudi izboljša delovanje ust za varen vnos hrane. Dokazano je, da položaj glave vpliva na požiranje med hranjenjem in zmanjša tveganje aspiriranja. Priporočeno je, da je glava vzravnanana in na sredi, z malo fleksije v vratu. Brada je ob tem usmerjena rahlo navzdol in navznoter.

Zdrav otrok bo zlahka kompenziral slabšo poravnavo med hranjenjem. Pri otroku z motnjami mišičnega tonusa pa se pogosto razvijejo patološki refleksi in odzive, kar vpliva na težave pri hranjenju in požiranju.

Uspešen proces hranjenja je odvisen od usklajevanja gibanja jezika, ustnic in čeljusti, kar v veliki meri podpirajo grobe motorične osnove nadzor nad glavo in trupom. Pri otrocih s cerebralno paralizo so te osnove pogosto slabše kakovosti, način odzivanja pa celosten v fleksijskih oz. ekstenzijskih vzorcih. To onemogoča neodvisno gibanje glave, kar je najpomembnejši razlog za neustrezno gibanje v oralnem predelu.

POLOŽAJ MED HRANJENJEM

Tipičen položaj za hranjenje dojenčka po steklenički je naročje. Pri tem moramo vzdrževati položaj dojenčka z lepo poravnanimi glavo in vratuom. Priporočljivo je, da je ena terapevtova noga položena višje na pručko ali podložko, tako da je vzpostavljen pravi kot v predelu dojenčkovih kolkov, hiperek-

tenzija pa ni mogoča.

Razvojno primerno je, da 6 – 8 mesecev starega dojenčka posedamo v sedež ali na visok stol. Pri tem je idealen položaj s fleksijo v kolkih in v kolenih ter gležnjih za 90 °. Prav tako je priporočen položaj glave v srednjem položaju, ki omogoča očesni stik z osebo, ki hrani. To omogoča in olajšuje sporazumevanje in naredi hranjenje zaradi tega še bolj prijetno. Pri otrocih, ki kljub temu razvijajo patološke odzive z zvijanjem v stran in nazaj s povišanim mišičnim tonusom, moramo pod nogice v predelu kolen položiti še dodatno blazinico. Otrokovo telo podložimo tako, da ohranjamo stabilnost in lepo poravnavo tudi v telesu. Zato podložimo telo tudi ob strani od medenice do pazduhe. Za to uporabimo blazince, zvitke iz brisač in pleničk. Vzdrževanje blage fleksije v predelu glave lahko dosežemo z malo podloge pod glavo.

Pogost problem je, če otrok ne more zadržati ustne stabilnosti med celim obrokom, kar moramo predvideti in mu omogočiti ustrezne prilagoditve.

ORALNI NADZOR

Pomaga zapirati usta, preprečuje oralne reflekse, omogoča pravilno delovanje spodnje čeljusti, jezika in gibanja ustnic pri hranjenju, prav tako tudi omejuje pretirano gibanje spodnje čeljusti v smislu prevelike protrakcije oz. retrakcije.

Oralni nadzor lahko zagotavljamo tako, da sedimo frontalno pred otrokom, kar omogoča očesni stik. Z roko, ki ne hrani, skušamo preprečiti ekstenzijske reflekse v telesu, tako da položimo roko diagonalno čez sprednji del prsnega koša. Palec je na bradi in tako vpliva na gibanje spodnje čeljusti oz zapira usta. Srednji prst pa je pod brado, kjer vpliva na položaj jezika. To lahko uporabimo pri dojenčku, ki še nima nadzora nad glavo. Prav tako pa tudi pri otroku z dobrim nadzorom nad glavo, ampak s pomanjkljivim senzomotoričnim občutkom za ohranjanje položaja glave in spodnje čeljusti v položaju lepe poravnave.

Še boljši oralni nadzor lahko zagotavljamo z lateralne strani otrokovega telesa in je potreben pri še

težjih motnjah senzomotoričnih občutkov za hranjenje. Na ta način lahko še učinkoviteje vplivamo na hranjenje. Tako terapevt z roko, ki pomaga podpirati oralne strukture, nadzoruje položaj otrokove glave z zadnje strani in s stranske strani, tako da s kazalcem pride na sprednji brade, s sredincem pa na spodnji del čeljusti. Tako kazalec in sredinec pomagata ohranjati ustrezen položaj spodnje čeljusti in jezika. Če je pritisk pod brado premočan, otrok začne odrivati glavo v ekstenzijski položaj, kar lahko preprečimo tako, da položimo mezinec na prsnico. Preveč nadzora lahko zmanjša njegovo učinkovitost, kajti če otrok ne more premikati glave, je lahko tudi užitek pri hranjenju manjši.

RAZPRAVA

Otrok z nevrološko boleznijo, ki zbolí zaradi akutne dihalne bolezni, se pogosto odzove celostno z ekstenzijskim ali fleksijskim vzorcem drže, zato moramo s pomočjo inhibicije ohranjati položaje lepe poravnave telesa. Pravzaprav otroka spodbujamo s pomočjo facilitacije k aktivnemu vzravnavanju telesa, vratu in glave. Za dobro usklajeno samohranjenje pa omogočimo tudi poravnavo v ramenskem obroču. Bolni otroci pogosto oslabijo zaradi dolgotrajnega počitka in nedejavnosti. Pogosto tudi shujšajo, spremenijo način gibanja in drže, kar vse vpliva na kakovost hranjenja. Fizioterapevti v času akutne bolezni delujemo v več smereh: olajšati skušamo počitek v položajih lepe poravnave, asistiramo pri dejavnostih v položajih lepe poravnave, izvajamo nehranilno in kasneje hranilno stimulacijo in kontrolo hranjenja ter uvajamo starše v prilagojeno pomoč otroku. Pogosto se lahko zgodi, da so bolni otroci s kronično pljučno boleznijo podhranjeni že takrat, ko pridejo v bolnišnico. Kljub temu se starši običajno zelo težko sprijaznijo z umetnim načinom hranjenja, ki bi lahko normaliziral težave kronično bolnega otroka, saj mu končno lahko zagotovil primeren kalorični in količinski vnos hrane.

ZAKLJUČEK

Odlična klinična oskrba prezgodaj rojenih otrok v zadnjih dvajsetih letih je imela velik vpliv na njihovo preživetje. Zgodnje vrednotenje in analizira-

nje problemov hranjenja in požiranja je vplivalo na njihovo boljšo obravnavo in omogočilo preživetje otrokom z nizko porodno težo. Otroci s srčno-dihalnimi boleznimi in z nevrološkimi motnjami so v boljšem stanju kot poprej. Pri otrocih s kompleksnimi zdravstvenimi problemi se težave večinoma kažejo kot motnje pomanjkanja požiranja, pogosto pa tudi kot motnje v odnosu do težav pri hranjenju. Tako pogosto opazujemo da so otroci sposobni zaužiti zelo majhne količine hrane, kljub normalnim sposobnostim in spretnostim za hranjenje. Prav tako pa opažamo, zapoznel razvoj oralnih sposobnosti brez pravih motenj požiranja. Razvoj funkcije varnega požiranja in hranjenja je tesno povezan z razvojem komunikacije. Ob srečevanju z otroki s težavami hranjenja, skušamo vplivati na varno požiranje in na sam proces hranjenja glede na potrebe posameznega otroka.

Najbolj ogroženi, prezgodaj rojeni otroci so bili pogosto umetno ventilirani in hranjeni na umeten način, kar tudi kasneje povečuje tveganje za razvoj dihalnih in želodčnih težav. Najpogosteje je vzrok za težave v nezrel vzorec požiranja in dihanja. Kljub temu pa izida po določenih težavah ne moremo napovedovati.

Otroci s kronično dihalno in nevrološko boleznijo pogosto zelo zaostajajo v rasti in razvoju. Pogosto so podhranjeni in niso primerno hidrirani. Starši težko sprejmejo t.i. dohranjevanje na umeten način. Če se motnje v usklajevanju dihanja in požiranja še stopnjujejo, kar se kaže kot povečano tveganje za vdihanje slin, tekočin ali trde hrane, se odločajo za umeten način prehrane. Dražeči kašelj je pogost odgovor na tiho aspiracijo v pljuča. Tveganje za pljučno okužbo pa se poveča, ko se aspiracija pojavlja brez učinkovitega kašlja ali kot posledica čiščenja dihal zaradi draženja aspirata v pljučih.

Hranjenje bolnega otroka je zaradi vseh naštetih dejavnikov pogosto zahtevna in odgovorna naloga. Pri otroku s posebnostmi v razvoju je stopnja in kakovost razvoja hranjenja pogosto pogojena s stopnjo razvojnega napredka, ki jo je dosegel v terapevtski obravnavi. Zato je v terapevtsko obravnavo nujno pritegniti otrokove starše, ki morajo zanj poskrbeti doma.

LITERATURA

1. Finnie N. Postupak s cerebralno paraliziranom djetetom kod kuće. Hranjenje. Beograd: Savez društava defektologa Jugoslavije, 1974: 98-110.
2. Sheppard J. Dysphagia disorders survey and Dysphagia Management Staging Scale. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS. Ljubljana 2010.
3. Ivšac J, Blaži D, Lulič S. Put od hranjenja sondom do peroralne prehrane (logopedski pristup). *Pediatr Croat* 2007; 51:11-7.
4. Radstone F, West JT. The importance of Postural Control for Feeding. *Pediatr Nurs* 2004; 30(2): 97-100.
5. Fung BD, Samson- Fung L, Stallings A et al. Feeding function is associated with poor growth and health status in children with cerebral palsy. *Journal of American Dietetic Association* 2002; 102(3): 361-8.
6. Lefton- Greif MA, Arverdson JC. Schoolchildren With Dysphagia Associated With Medically Complex Conditions. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 2008; 39: 237-48.

Kontaktna oseba/Contact person:

Lidija Skočir, višji fizioterapevt
Enota za fizioterapijo
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Bohoričeva 20
1000 Ljubljana

Prispelo/Received: 20. 4. 2010

Sprejeto/Accepted: 17. 5. 2010