

Opis propozycji terapii dziecka głęboko upośledzonego z zaburzeniami połykania – dysfagia

Ogólna charakterystyka dziecka

Chłopiec urodzony 20 września 1998 r. W chwili trafienia do logopedy ma 18 lat. Urodzony siłami natury o czasie. Matka chłopca w trakcie ciąży miała wypadek drogowy, który nie wywołał wówczas komplikacji w przebiegu ciąży, ale prawdopodobnie miał wpływ na niedorozwój dziecka. Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze względu na upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim. Jest objęte zajęciami indywidualnymi i grupowymi w ośrodku dla osób z upośledzeniem umysłowym. Oprócz zajęć grupowych ma terapię logopedyczną, rehabilitację, opiekę psychologiczną, zajęcia w Sali Doświadczenia Świata.

Lubi przebywać w towarzystwie innych osób, być w centrum zainteresowania. Często doprasza się kontaktu. Kontakt nawiązany z chłopcem jest krótkotrwały i powierzchowny. Większość czynności chłopiec wykonuje biernie, ale odnosi się do nich pozytywnie. Aktywność własna jest mocno ograniczona z powodu niepełnosprawności ruchowej. W codziennym funkcjonowaniu opiera się na pamięci mechanicznej. Uwaga chłopca jest labilna, reaguje on na większość bodźców z otoczenia, co utrudnia zdolność koncentracji. Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, jest pampersowany. Chłopiec podczas czynności higienicznych wymaga pomocy osób drugih. Ze względu na słaby wzrok poznaje świat za pomocą słuchu, węchu i smaku.

Problemy medyczne:

- mózgowe porażenie dziecięce,
- niedowład spastyczny czterokończynowy,
- padaczka,
- zanik nerwów wzrokowych,
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim,
- zaburzenia żucia i połykania.

Poruszanie się

Podczas poruszania się i wykonywania czynności samoobsługowych chłopiec wymaga pomocy osób drugih. Dziecko nie porusza się i nie przemieszcza samodzielnie. Siedzi na wózku stabilizowany pasami. Siedzenie sprawia mu dyskomfort, sam po chwili domaga się położenia. Najczęściej leży na plecach z podporem klinów i na brzuchu. Nie potrafi samodzielnie zmienić pozycji z pleców na brzuch, potrafi przewrócić się z pleców na bok. Ma problemy z chwytaniem przedmiotów oraz manipulowaniem ze względu na spastykę ciała.

Komunikowanie się

Mową werbalną posługuje się w ograniczonym zakresie, używając słów: lala (jako tata), mama, doda, nie. Słownik bierny przewyższa słownik czynny. Komunikuje się używając dźwięków nieartykułowanych, mimiki oraz napięcia całego ciała. Nie przejawia zbyt dużej aktywności głosowej, musi być mobilizowany. Reaguje na swoje imię. Rozumie proste polecenia odnoszące się do codziennych, systematycznie powtarzających się sytuacji. Próbuje wtórować w artykułowaniu samogłosek podczas wspólnej zabawy, najczęściej związanej z muzyką i śpiewem. Prawidłowo zwraca głowę w stronę źródła dźwięku. Komunikuje się niewerbalnie, swoje zadowolenie wyraża poprzez uśmiech, a niezadowolenie poprzez płacz, mimikę lub duże napięcie mięśniowe. Na zadane pytania odpowiada skinieniem głowy lub klaskaniem języka na potwierdzenie. Zaprzecza mówiąc „nie”. Kiedy jest głodny lub spragniony wyciąga język. Szczególne zainteresowanie wykazuje wobec przedmiotów wydających dźwięk. Uważnie przysłuchuje się dźwiękom z otoczenia, lubi rozmowy na temat dnia codziennego, żywo reaguje na wzmianki o rodzinie i czasie spędzonym w domu. Źle znosi hałas, denerwuje się i płacze, kiedy w jego otoczeniu słychać wiele przedmiotów wydających dźwięk. Szuka wokół siebie przedmiotów, dotyka je dłońmi, przesuwa do siebie, czasami bierze do ust.

Jedzenie/opis zaobserwowanej funkcji połykania

Podczas jedzenia i picia wymaga pomocy osób drugih ze względu na brak możliwości chwytania łyżeczki i wkładania jej do ust. Jest karmiony. W ośrodku nie pije. Spożywa pokarmy stałe oraz półpłynne. Nie potrafi odgryzać, podany pokarm rozciera o podniebienie. Występuje problem z połykaniem śliny. W pozycji leżącej na brzuchu i na boku nie ma zupełnie połykania śliny. W pozycji półleżącej i siedzącej występuje niewielki wyciek śliny.

Połykanie zaburzone jest we wszystkich fazach.

I faza – preoralna

Ze względu na zanik nerwu wzrokowego dziecko widzi tylko intensywne bodźce, w chwili obecnej jest to reakcja na światło, dlatego nie ma postrzegania pokarmu. Ze względu na mózgowie porażenie dziecięce nie jest możliwe przyjęcie odpowiedniej pozycji. Do jedzenia terapeuci czasem sadzają dziecko, ale pozycja siedząca jest znacznym dyskomfortem. Bardzo często dziecko jest karmione w pozycji leżącej. Chłopiec ogólnie nie ma apetytu, więc w tej fazie nie występuje zwiększone wydzielanie śliny. Reasumując w tej fazie nie ma spełnionego żadnego warunku, który sprzyjałby właściwemu połykaniu.

II faza – ustno-przygotowawcza

Dziecko dostaje od osób karmiących niewielkie porcje jedzenia. Chłopiec nie jest w stanie samodzielnie odgryźć pokarmu. Nie tu prawidłowej pracy mięśni policzkowych, warg, języka i żuchwy, a pokarm jest rozcierany językiem o podniebienie. Przy tej czynności język stale

jest wypychany z jamy ustnej, często też z jedzeniem. Wielokrotnie jedzenie wydostaje się na zewnątrz jamy ustnej i ponownie przez terapeutów jest wkładane.

III faza – ustna właściwa (transportowa)

W tej fazie dziecko ma ogromne trudności z przesunięciem jedzenia w głąb jamy ustnej, w kierunku gardła. Bolus jest wielokrotnie przesuwany do przodu jamy ustnej. Często musi być ponownie wkładany do ust przez osoby karmiące.

IV faza – gardłowa (faryngealna)

W tej fazie często dochodzi do zakrztuszeń. Dziecko ma jednak dobry odruch kaszlowy i wykrztusza. Najczęściej dochodzi do tego typu reakcji w pozycji półleżącej. Czasem jest odruch wymiotny, ale nie ma wymiotów. Nie ma więc dobrze synchronizowanych elementów tej fazy połykania, tj. uniesienia krtani, domknięcia podniebienia i jego obniżenia, domknięcia nagłości, otwarcia górnego zwieracza przełyku. W pozycji siedzącej dziecko raczej się nie krztusi, ale słysząc, że próbuje połknąć kilkakrotnie.

V faza – przełykowa

W tej fazie nie ma problemów. Bez kłopotów bolus jest transportowany przez przełyk, następuje prawidłowe otwarcie dolnego zwieracza przełyku i przesunięcie kęsa do żołądka.

Powyższa analiza funkcji połykania wskazuje na dysfagię ustno-gardłową neurogeną wywołaną mózgowym porażeniem dziecięcym (postać przewlekła, statyczna).

Nie jest możliwe wykonanie przesiewowego badania połykania ze względu na brak możliwości rozumienia przez chłopca poleceń typu "zakaszłaj", „przełknij ślinę” itp. W związku z bardzo niskimi możliwościami dziecka nie można zastosować technik połykania: połykanie nadgłośniowe, połykanie nad-nadgłośniowe czy Manewr Mendelсона.

Zalecone postępowanie terapeutyczne

- 1. Terapia adaptacyjna**, której celem jest zwiększenie możliwości połykania oraz dopasowanie otoczenia do zaburzeń połykania poprzez:
 - zmianę diety – rodzaju i konsystencji pokarmów,
 - zmianę sposobu podawania pokarmu,
 - pomoc w trakcie jedzenia.

W związku z występowaniem u dziecka dysfagii oraz konieczności karmienia przez terapeutów i rodziców zalecono przestrzeganie podstawowych zasad karmienia. Przede wszystkim należy każdorazowo do karmienia sadzać dziecko, w wyniku obserwacji stwierdzono, że w tej pozycji połykanie pokarmu odbywa się najlepiej. Chłopiec powinien siedzieć prosto, z głową ustawioną na wprost. Osoba, która karmi powinna siedzieć, aby nie

prowokować unoszenia głowy do góry. Jedzenie należy podawać do ust na wprost. Pokarm powinien być podawany małymi porcjami, następne porcje dopiero po przełknięciu poprzedniej. Po posiłku osoba karmiona powinna pozostać w pozycji siedzącej lub półleżącej około 30 minut, w przypadku tego chłopca, tyle, ile jest w stanie wytrzymać, zapobiegnie to cofnięciu się treści żołądkowej do przełyku i gardła, co ma znaczenie w profilaktyce zachłystowych zapaleń płucnych. W związku z dużym problemem w koncentracji uwagi należy zapewnić przy karmieniu ciszę i spokój, a bodźce zewnętrzne ograniczyć do minimum. Jedzenie powinno się odbywać w spokojnym tempie, a nie w pośpiechu, tak jak to było do tej pory. W diecie powinny dominować pokarmy o jednolitej konsystencji, tak żeby dziecko samo mogło je przełykać. Widać wyraźnie, że produkty półpłynne są przyjmowane bez większych kłopotów (jogurty, kisiele), wobec tego taka konsystencja jest najbardziej wskazana dla dziecka. W przypadku wystąpienia kaszlu należy przerwać posiłek i pozwolić odpocząć. Po chwili powrócić do karmienia. Można próbować stosować chwyt terapeutyczne wspomagające stabilizację głowy i pracę żuchwy: terapeuta znajdujący się z przodu lub z boku dziecka kładzie palec wskazujący na brodzie – otwiera żuchwę, palec środkowy zgięty pod brodą, podbiera on dno jamy ustnej – domyka żuchwę, kciuk na żuchwie – kontroluje napięcie mięśni. Podczas połykania można lekko odchylić głowę dziecka do tyłu, co pomoże, dzięki wzmożonej sile grawitacji i naciskowi języka, przetransportować bolus do gardła. Należy uważać żeby nie nastąpiła penetracja lub aspiracja. Trzeba zniwelować ruchy języka wypychające pokarm poprzez umieszczanie pokarmu na środku języka. Poprzez takie podanie pokarmu (półpłynnego) pomija się oralny etap przygotowawczy oraz transportowy.

2. Masaże bierne wszystkich narządów artykulacyjnych wg dr E. Stecko.

Celem masażu jest poprawa funkcjonowania poszczególnych mięśni w obrębie narządów artykulacyjnych zewnętrznych i wewnętrznych. W związku z tym, że dziecko nie jest w stanie samo wykonywać ćwiczeń muszą to być masaże bierne. Masaże powinien wykonywać logopeda, przeszkolony rodzic lub terapeuta. Masaż zewnętrzny należy wykonywać raz dziennie, np. przy kąpieli, a masaż wewnętrzny przed karmieniem.

Masaże zewnętrzne

- Masaż czoła, policzków i brody. Rozpoczyna się od barków stopniowo przechodząc poprzez szyję, skronie, czoło, policzki i brodę. Podczas masowania należy wykonywać okrężne ruchy od linii środkowej twarzy ku stawom żuchwowym. Lekko oszczypywać i oklepywać masowaną okolicę. Od kątek oczu palcami wskazującymi i środkowymi, uciskać robiąc „łezki” do kości żuchwy.
- Masaż żuchwy. Kości żuchwy należy ująć kciukami i palcami wskazującymi ruchem ciągłym, płynnym masować zaczynając od środka brody w kierunku uszu.
- Masaż warg. Kciuki ułożone są pod brodą (podpierają żuchwę), a palcami wskazującymi i środkowymi należy rozciągać i ściągać wargi, oszczypywać, układać

jak przy cmokaniu. Na koniec uciskać punkty pod brodą oraz 3 punkty nad górną i dolną wargą.

Masaże wewnętrzne

- Masaż języka. Należy rozpocząć od czubka języka przesuwając palce ruchami kolistymi, najpierw po prawej, a następnie po lewej stronie bruzdy w kierunku gardła, aż do wystąpienia odruchu wymiotnego. Następnie masować powierzchnię podjęzykową stymulując czubek języka do unoszenia się ku górze.
- Masaż podniebienia. Podniebienie należy masować tak jak język w kierunku od przodu ku tyłowi, aż do wystąpienia odruchu zwracania.
- Masaż dziąseł. Dziąsła należy masować ruchem kolistym obciągając w kierunku przeciwnym do wyrastania zębów (dolne - od góry ku dołowi, górne - od dołu ku górze). Masaż dziąseł pobudza odruch żucia.

3. Poprawa wrażliwości czuciowej i odbudowa odruchów

Stymulacja termiczno-dotykowa podniebienia miękkiego, hamowanie odruchów.

Stymulację powinien wykonywać logopeda. Chłodnym lusterkiem laryngologicznym lub „zimnym paluchem” należy dotykać podniebienia miękkiego 5 razy z dołu do góry. Takie postępowanie wykonuje się na lewym i prawym łuku podniebiennym. Po tym należy podjąć próbę przełknięcia śliny. Najlepiej, jeśli stymulacja odbywa się 3-5 razy dziennie po kilka minut. Przy hamowaniu odruchów (szukania, ssania, kłaniania, zwracania) należy bodźcować okolice ust, powoli je zwiększając, przechodząc w głąb jamy ustnej. Do tego typu zabiegów należy użyć małego palca lub miękkiej szczoteczki do zębów. Aby hamować odruch kłaniania należy stosować naczynia odporne na pękaniem i miękkich, zaokrąglonych i gładkich krawędziach. Brzeg kubka opierać trzeba na wargach, a nie na zębach. Jeśli łyżeczka zostanie przygryziona, należy poczekać na rozluźnienie, a nie gwałtownie ją wyciągać. Wygórowany odruch wymiotny, który występuje u chłopca nawet przy spokojnym jedzeniu należy hamować przez stymulację dotykową: stymulację przedniej części jamy ustnej, jednolity ucisk (3-5 sekund) szpatułką na środku tylnej części języka do granicy odruchu, 5-7 razy gładząca stymulacja na środku języka w głąb, aż do granicy odruchu, manualne gładzące bodźcowanie okolicy zębów, języka, podniebienia.

Wyniki wdrożonego postępowania terapeutycznego (po 5 miesiącach)

Po szczegółowej instrukcji oraz demonstracji przez logopedę terapeuci pracujący z dzieckiem wdrożyli zalecane elementy do codziennego karmienia. Początkowo największą trudnością było sadzanie chłopca do karmienia, bo wcześniej nie był on do tego przystosowany. Po tygodniu nie było już problemu, żeby utrzymać pozycję siedzącą podczas posiłku. Po

miesiącu chłopiec pozostawał w tej pozycji nawet podczas zajęć terapeutycznych. Dzięki temu znacznie poprawił się komfort jedzenia. Osoba karmiąca stosowała się do zaleceń związanych z pozycją karmiącej oraz zachowaniem warunków (ciszy, ograniczenia bodźców).

Dostosowano też konsystencję pokarmu. Sam pokarm nakładano na środek języka. Pomimo kłopotów na początku wdrożenia tych zmian, obecnie chłopiec jest w stanie dość dobrze połykać. Z jamy ustnej nie wydostaje się duża ilość jedzenia, a procedury wkładania jedzenia nie trzeba kilkakrotnie powtarzać, bo przy nakładaniu na środek języka jest on sporadycznie wypychany. Bardzo rzadko w pozycji siedzącej zdarzają się zakrztuszenia. Jeżeli dziecko ma w danym dniu mniejsze możliwości to karmiący stosuje pomoc w postaci stabilizacji głowy i wspomagania pracy żuchwy.

Dobre efekty dały masaże wykonywane przez logopedę. Wykonywane były one systematycznie, na każdych zajęciach indywidualnych oraz w miarę możliwości częściej. Średnio chłopiec wykonywane masaże miał minimum 4 razy w tygodniu. Masowana jamę ustną na zewnątrz i wewnątrz oraz stymulowano podniebienie miękkie oraz wygaszano odruchy. Widać wyraźnie znaczną poprawę w wyglądzie twarzy, zmniejszenie się ślinienia w pozycji siedzącej i leżącej oraz poprawę komfortu jedzenia.

Zaleca się kontynuowanie wdrożonych działań i wprowadzenie ich na stałe do planu pracy terapeutycznej chłopca.

Bibliografia:

1. Materiały z wykładów dr n. Anny Żebryk-Stopy, „Mowa osób po operacji całkowitego usunięcia krtani. Diagnoza i terapia zaburzeń połykania na skutek chorób lub uszkodzeń neurologicznych”, 17 stycznia 2016 r.
2. Stecka Elżbieta, „Masaż logopedyczny”, Wydawnictwo ES, 2012.
3. http://polykanie.reisspartners.pl/images/pdf/zasady_bezpiecznego_karmienia.pdf.
4. [http://polykanie.reisspartners.pl/images/pdf/Zestaw ćwiczeń - dysfagia.pdf](http://polykanie.reisspartners.pl/images/pdf/Zestaw_cwiczen_-_dysfagia.pdf).
5. <http://neurologopedka.blogspot.com/2012/08/fazy-poykania.html>.