

Zaburzenia karmienia u dzieci

Feeding disorders in children

Anna Rybak, Piotr Socha, Anna Stolarczyk, Violetta Wikeł, Jerzy Socha

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Streszczenie

Zaburzenia karmienia u dzieci to złożony problem, wymagający wielodyscyplinarnego podejścia diagnostycznego. Etiologia zaburzeń karmienia u dzieci jest różnorodna, przy czym często spotykamy się z nakładaniem się choroby organicznej (podstawowej) na zaburzenia zachowania związane z karmieniem. Z tego względu pacjent powinien być oceniony każdorazowo przez dietetyka, psychologa, logopedę oraz lekarza pediatrę. Jedynie holistyczne podejście do pacjenta zaowocuje zastosowaniem optymalnego doboru preparatów żywieniowych, leczenia farmakologicznego czy chirurgicznego, a także odpowiedniej opieki psychologicznej.

Abstract

Feeding disorders in children are a complex problem that require a broad diagnostic approach. The etiology of feeding disorders is diverse and most often organic disease or basic neurological disorders appear together with behavioral issues. Every patient should be assessed by a nutritionist, psychologist, speech pathologist, pediatrician and occupational therapist. This way of a complex medical approach will result in an optimal nutritional, pharmacological and psychological care.

SŁOWA KLUCZOWE:

■ ZABURZENIA KARMIENTA ■ NIEDOŻYWIENIE ■ KLASYFIKACJA
■ TERAPIA BEHAVIORALNA

KEY WORDS:

■ FEEDING DISORDERS ■ FAILURE TO THRIVE ■ CLASSIFICATION
■ BEHAVIORAL THERAPY

Wstęp

Zaburzenia karmienia to temat szeroki i multidyscyplinarny. W odróżnieniu od zaburzeń odżywiania (*eating disorders*), tj. jadłowstrętu psychicznego i bulimii, które odnoszą się do zachowań wynikających ze świadomej decyzji o ograniczaniu się w przyjmowaniu pokarmów i dotyczących głównie młodzieży w wieku dojrzewania i pacjentów dorosłych, zaburzenia karmienia (*feeding disorders*) dotyczą niemowląt i małych dzieci wymagających karmienia, tj. podawania posiłku przez rodziców lub opiekunów i odnoszą się do sytuacji, kiedy niemowlę lub małe dziecko odmawia przyjmowania pokarmu, jest niezdolne do jedzenia lub ma trudności w jedzeniu. Problem zaburzeń karmienia u dzieci jest niezwykle złożony,

choćby ze względu na jego różnorodną etiologię. Jego wstępne rozpoznanie leży jednak w zasięgu każdego pediatry i lekarza medycyny rodzinnej, monitorującego regularnie stan odżywienia pacjentów. W znaczącej większości problem ten dotyczy niemowląt i małych dzieci. Ocenia się, że (w zależności od opracowania) 25–40% ogółu pacjentów do 3. r.ż. zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej właśnie z powodu problemów z karmieniem, głównie z powodów kolki, wymiotów, zbyt wolnego karmienia czy odmawiania przyjmowania pokarmów¹. Dla porównania, problem ten dotyczy ponad 80% pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi.

Część problemów z karmieniem jest zjawiskiem przemijającym, jednakże istnieje duża grupa zabu-

Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego

omegamed™

zdrowie w najczystszej postaci

NOWOŚĆ

Pierwsze i jedyne LC-PUFA w otwieranych kapsułkach twist-off przeznaczone dla niemowląt i dzieci!



Omegamed™ dla niemowląt i dzieci.

Omegamed™ dla kobiet w ciąży i matek karmiących.



DHA

pochodzenia roślinnego



**wolny od metali szkodliwych
i zanieczyszczeń***

**dawki o działaniu potwierdzonym
w badaniach klinicznych***

Pozytywna opinia Instytutu Matki i Dziecka Nr ZZ 910-23-3/09

Omegamed™ zawiera Life's DHA™ – czysty DHA (kwas dokozaheksaenowy) pochodzenia roślinnego.

Life's DHA™ został wyprodukowany z alg według najnowszych standardów technologicznych, co odróżnia go od kwasów tłuszczowych Omega-3 pozyskiwanych z ryb.

Life's DHA™ jest wolny od ryzyka zanieczyszczenia metalami szkodliwymi dla zdrowia (takimi jak rtęć, kadm, ołów, arsen czy miedź), które są szczególnie niebezpieczne dla niemowląt, dzieci oraz kobiet w ciąży (ryzyko dla rozwijającego się płodu).*

Life's DHA™ jest najlepiej poznany i przebadany kwasem tłuszczowym z całej rodziny kwasów tłuszczowych LC-PUFA (Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids, czyli długolącuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe).

Korzystny wpływ Life's DHA™ na zdrowie został potwierdzony w licznych badaniach klinicznych.*

Dawkowanie: niemowlęta powyżej 6. miesiąca życia i dzieci do 2. roku życia: zawartość 1 kapsułki twist-off dziennie (150 mg DHA), dzieci powyżej 2. roku życia: zawartość 2 kapsułek twist-off dziennie (300 mg DHA), kobiety w ciąży i matki karmiące: 2 kapsułki dziennie (500 mg DHA) dorośli: 1-2 kapsułki dziennie (250-500 mg DHA).

www.sequoia.pl

* Więcej informacji o produktach Omegamed™ i badaniach naukowych znajdziesz na stronie: www.omegamed.pl
Podmiot odpowiedzialny: Sequoia sp. z o.o., ul. Ostródzka 74 N, 03-289 Warszawa • biuro@sequoia.pl • www.sequoia.pl

TABELA 1. Podział zaburzeń karmienia.

NIEPRAWIDŁOWOŚCI STRUKTURALNE	
■	anomalie jamy nosowo-gardłowej: – atrezja nozdrzy tylnych – rozszczep wargi i/lub podniebienia – sekwencja Pierre-Robin – przerost języka (macroglossia) – zbyt krótkie wędzidełko języka (ankyloglossia)
■	anomalie krtani i tchawicy: – rozszczep krtani – torbiel krtani – podgłośniowe zwężenie krtani – rozmiękanie krtani i/lub tchawicy (laryngo-tracheomalacia)
■	anomalie przełyku: – przetoka tchawiczowo-przełykowa – wrodzona niedrożność przełyku – wrodzone/nabyte zwężenie przełyku – ring naczyńniowy.
ZABURZENIA NEUROLOGICZNE	
■	mózgowe porażenie dziecięce
■	malformacja Arnolda-Chiariego
■	rozszczep kręgosłupa i przepuklina oponowo-rdzeniowa
■	dysautonomia rodzinna (zaburzenia układu wegetatywnego)
■	dystrofie mięśniowe i miopatie
■	zespół Möbiusa
■	wrodzona dystrofia miotoniczna
■	miastenia gravis
■	dystrofia oczno-gardłowa.
ZABURZENIA ZACHOWANIA	
■	anoreksja dziecięca (6. m.ż.–3. r.ż. dziecka)
■	brak odpowiedniej stymulacji
■	dysfunkcyjna interakcja rodzic/opiekun–dziecko
■	sensoryczne awersje pokarmowe
■	problemy emocjonalne (fobie, depresja, pourazowe zaburzenia karmienia).
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA I ODDECHOWEGO	
zaburzenia koordynacji ssanie–połykanie–oddychanie (np. z powodu tachypnoe w dysplazji oskrzelowo-płucnej).	
ZABURZENIA METABOLICZNE	
■	dziedziczna nietolerancja fruktozy
■	zaburzenia cyklu mocznikowego
■	kwasice organiczne.

zeń karmienia, która wymaga szerszej diagnostyki i leczenia.

W praktyce klinicznej należy uwzględnić kilka elementów w trakcie oceny zaburzeń karmienia: jak problem jest manifestowany, czy pacjent ma rozpoznaną chorobę podstawową, czy problem wiąże się ze spadkiem masy ciała lub zaburzeniem rozwoju, jaka atmosfera panuje w otoczeniu dziecka podczas karmienia, jak długo trwa jedno karmienie, jak zachowują się rodzice (kontakt wzrokowy, pochwały, wzajemna komunikacja, dotyk, negatywne interakcje, straszenie, przekupstwo). Tak naprawdę, posi-

łek, który przeciąga się ponad pół godziny, może już świadczyć o zaburzonym procesie karmienia dziecka.

Zdrowe niemowlę, urodzone o czasie, powinno w ciągu 20–30 minut zostać efektywnie nakarmione, bez stresu zarówno dla niego, jak i karmiącego. Oczekuje się, że okres między początkiem jednego karmienia, a początkiem następnego powinien wynosić przynajmniej 2–3 godziny. Jest to niezwykle istotne, gdyż odpowiednie przerwy między kolejnymi karmieniami „uczą” niemowlę rozpoznawania uczucia głodu i sytości, co jest w dalszej kolejności niezbędne do ustalenia prawidłowego rytmu karmienia.

Klasyfikacja zaburzeń karmienia

Ze względu na różnorodną etiologię, w piśmiennictwie istnieje wiele klasyfikacji zaburzeń karmienia u dzieci. Najprostszy i zarazem najbardziej przejrzysty podział wychodzi od choroby podstawowej i obejmuje pięć głównych grup zaburzeń: nieprawidłowości strukturalne górnego odcinka przewodu pokarmowego, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia behawioralne, choroby układu krążenia i układu oddechowego oraz zaburzenia metaboliczne (Tabela 1.). Niezależnie od przyczyny pacjent powinien być otoczony opieką zespołu terapeutycznego obejmującego dietetyka, psychologa, logopedę i pediatrę.

Zaburzenia karmienia, w których u podstawy leżą choroby neurologiczne, stanowią jedną z większych grup. Przyczyną zaburzeń w tej grupie chorych najczęściej jest dysfagia – w literaturze możemy znaleźć dane mówiące o tym, że nawet 99% pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz) i/lub upośledzonym rozwojem umysłowym (IQ <55) może cierpieć na dysfagię². Wielu pacjentów z MPDz czy upośledzeniem umysłowym o różnej etiologii, oprócz swojej choroby podstawowej, ma wiele innych problemów zdrowotnych. Dysfagia, zaburzenia motoryczne w ustno-gardłowej i przełykowej fazie połykania, anomalie anatomiczne (np. rozszczep podniebienia), gastropareza (opóźnione opróżnianie żołądka), refluks żołądkowo-przełykowy to tylko część problemów współwystępujących z zaburzeniami neurologicznymi.

W grupie pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi są również dzieci po urazach ośrodkowego układu nerwowego, z dysfunkcją nerwów czaszkowych, dystrofią mięśniową, lekooporną padaczką i inne (tab. 1.). Niezwykle ważne wydaje się w tej



grupie zbilansowanie odpowiednio większego zapotrzebowania kalorycznego (m.in. w chorobach z komponentą spastyczności).

Ze względu na częste w tej grupie chorych zaburzenia motoryki, często w diecie należy uwzględnić odpowiednią ilość błonnika i płynów. Należy jednak wziąć pod uwagę, że opieka nad pacjentem nieruchomym, z nadwagą, będzie znacznie utrudniona i rodzić może kolejne komplikacje.

Grupa zaburzeń zachowania związanych z karmieniem jest najbardziej zróżnicowana. Przez pierwsze 2–3 miesiące życia noworodek, a następnie niemowlę, przystosowuje się do środowiska i otoczenia, reguluje okresy snu i czuwania, adaptuje się do schematu karmienia oraz przywiązuje się emocjonalnie do swoich opiekunów. 4–6. miesiąc to okres gotowości niemowlęcia do przejścia na nowy sposób karmienia i nowe pokarmy. Tak jak w rozwoju psychoruchowym ważne są tzw. „kamienie milowe”, czyli osiągnięte przez dziecko określone umiejętności nabywane w określonych okresach życia, tak samo w procesie rozwoju karmienia istnieją pewne zdolności, które dziecko powinno posiadać w konkretnym wieku, a zakłócenia w tych krytycznych okresach mogą później skutkować zaburzeniami karmienia (**Tabela 2.**). Przykładem może tu być nabywanie umiejętności gryzienia. Brak lub ograniczenie wprowadzenia stałych pokarmów w jednym z „krytycznych okresów” (dla rozwoju gryzienia oznacza to 6–8. m.ż.), może skutkować odmową próbowania lub nawet wymiotami przy próbie podania twardych pokarmów.

Innym przykładem może być akceptacja nowych smaków. Substancje smakowe z diety matki przenoszone są do płynu owodniowego. Wykazano, że dzieci, których matki miały zróżnicowaną dietę podczas ciąży, chętniej akceptowały nowe smaki w okresie odstawiania od piersi³. Podobnie pokarm kobiecy zawiera kombinację smaków, odpowiadającą spożywanym przez matkę pokarmom, które niemowlę wyczuwa, reagując zmianami zachowania. Wszystkie niemowlęta preferują smak słodki, natomiast unikają gorzkiego, dlatego też wczesne doznania smakowe mogą wpłynąć na lepszą akceptację w przyszłości pokarmów o różnych walorach smakowych. Rozszerzenie diety o nowe smaki przypada na 4–6. m.ż. dziecka i, tak jak w przypadku rozwoju umiejętności gryzienia, opóźnione wprowadzanie soków, przecierów owocowych czy zupiek może skutkować niechęcią dziecka do nowych produktów.

Jedną z łagodnych form zaburzeń karmienia, występującą u 3–10% dzieci, jest unikanie określonych pokarmów z powodu smaku, stanu rozdrobnienia pokarmu (tekstury), wyglądu czy zapachu. Najczęściej jest to zaburzenie przejściowe, niewymagające żadnych interwencji⁴. U niektórych pacjentów – w tym przypadku częściej dotyczy to pacjentów z opóźnionym rozwojem umysłowym – zaburzenie może przyjmować skrajną formę pod postacią ograniczania przyjmowania większości pokarmów i wymagać dłuższej hospitalizacji oraz terapii behawioralnej z udziałem multidyscyplinarnego zespołu⁵.

Niemowlęta, które z różnych przyczyn nie były karmione doustnie (np. z powodu przejściowego całkowitego żywienia pozajelitowego lub żywienia przez sondę nosowo-żołądkową) mogą mieć potem trudności w przestawieniu na żywienie drogą naturalną i wytworzeniu nawyku nowego sposobu karmienia. Dzieci te często cierpią na zespół nadwrażliwości jamy ustnej, z którym można uporać się dzięki odpowiednim ćwiczeniom logopedycznym.

Oddzielnym zagadnieniem jest dysfunkcja w relacji rodzic/opiekun–dziecko (nazywane również zaburzeniami karmienia związanymi z brakiem więzi). Przyczyny zaburzeń karmienia na tym tle wynikają z następujących nieprawidłowości:

- rodzice są surowi, „sztywni” i mają swój własny plan na to, jak dziecko powinno jeść i rosnąć; podważają zdolność dziecka do określania swojego zapotrzebowania, jednocześnie wpływają negatywnie na rozwój psychosocjalny dziecka;
- rodzice są chaotyczni, prowadzą nieprzemyślaną, nieodpowiednią dietę lub nie dają dziecku odpowiedniego wsparcia, struktury i możliwości nauki różnorodności pokarmów i tzw. wzorców zachowań związanych z jedzeniem (np. siedzenie razem przy stole podczas posiłków);
- zaburzeń zachowania rodziców, które wynikają z ich ograniczeń psychosocjalnych lub/i zaburzeń psychiatrycznych;
- posiłki są nieprawidłowo zbilansowane pod względem energetycznym, odżywczym lub nieodpowiedniej konsystencji w stosunku do wieku dziecka lub jego możliwości (np. stanu neurologicznego);
- część socjalna związana z karmieniem jest nieprawidłowa: zbyt duża kontrola albo przeciwnie – brak odpowiedniego wsparcia ze strony rodziców;
- ograniczone są zdolności poznawcze rodziców.

TABELA 2. „Kamienie milowe” w rozwoju fizycznym i umiejętności karmienia u dzieci.

WIEK	UMIEJĘTNOŚCI RUCHOWE	UMIEJĘTNOŚCI JEDZENIA
1. m.ż.	Wymaga podtrzymywania główki. Ma nieskoordynowane ruchy kończyn.	Wykształcony zostaje sposób oddychania dostosowany do odruchów ssania i potykania podczas karmienia piersią lub butelką.
2–4. m.ż.	Coraz sprawniej unosi główkę, kontrolując jej ruchy Odruchowo wkłada do ust ręce i zabawki.	W czasie ssania porusza językiem do przodu i do tyłu. Odruchowo szuka pokarmu. Kiedy jest nasycone, przestaje ssać. Czasami zasypia w trakcie karmienia.
4–6. m.ż.	Siedzi podtrzymywane. Leżąc na brzuszku, unosi się na wyprostowanych ramionach.	Może wypychać jedzenie z buzi za pomocą języka. Potykając, używa języka do przesuwania pokarmu do przodu i do tyłu. Otwiera usta przy zbliżaniu łyżki. Sięga w kierunku łyżeczki (w razie głodu). Trzyma pokarm w ustach.
6–8. m.ż.	Siedzi samodzielnie. Umie podnosić i trzymać małe przedmioty w ręczce. Przechyla się w kierunku jedzenia lub łyżeczki. Pełza przy pomocy rąk i kolan, obraca górną część ciała przy zmianie pozycji z siedzącej do pełzania.	Pozycja bardziej pionowa. Uczy się utrzymywać papkowate pokarmy w ustach (posiłki gęste, papkowate, karmienie łyżeczką). Obie ręczki trzyma na butelce, preferuje karmienie przez rodziców. Schyla główkę i naciska górną wargę, aby zebrać pokarm z łyżki. Stara się rączką zgarniać pokarm w swoją stronę – do piąstki. Umie przełożyć jedzenie z jednej rączki do drugiej. Potrafi pić z kubeczka trzymanego przez karmiącego. Samodzielnie, zje np. sucharek, biszkopt. Je przekąski bez wzbudzania odruchu wymiotnego. Wkłada palce do ust. Je pokarmy z drobnymi grudkami.
8–10. m.ż.	Uczy się raczkować. Próbuje podciągać się do pozycji stojącej.	Pije z kubeczka, żuje pojedyncze pokarmy, potrafi jeść palcem. Uczy się używać języka do przesuwania pokarmu w buzi, żeby go rozdrobnić. Zaczyna używać języka i szczęki do rozdrabniania pokarmu. W czasie jedzenia bawi się łyżką, ale nie używa jej jeszcze do samodzielnego jedzenia. Umie utrzymać małe kawałki jedzenia między palcem wskazującym a kciukiem.
10–11. m.ż.	Podciąga się do pozycji stojącej. Stoi samo. Stawia pierwsze kroki.	Trzyma łyżeczkę całą dłonią. Trzyma kubek obiema rączkami. Pije nieprzerwanie z 4-5 połknięciami. Samo trzyma butelkę. Pije przez słomkę. Potrafi samo jeść rączką. Coraz sprawniej żuje. Zanurza łyżkę w jedzeniu. Chce samo jeść łyżką. Gryzie pokarmy o różnej konsystencji.
11–12. m.ż.	Pewnie chodzi. Biega.	Sprawnie przeżuwa i potyka jedzenie. Uczy się używać widelca, coraz sprawniej używa łyżki. Potrafi utrzymać kubeczek w jednej ręczce i umiejętnie go odstawić. Potrafi jeść pokarmy o różnej konsystencji, umie gryźć zarówno miękkie, jak i twarde, a także chrupiące kawałki jedzenia zanim skończy 2 lata.

Należy podkreślić, że 80% pacjentów z zaburzeniami karmienia ma komponentę zaburzeń na tle behawioralnym. Zaburzenia zachowania związane z karmieniem można sklasyfikować dodatkowo jako:

- ograniczone przyjmowanie posiłków (ang. *restrictive eating*), charakteryzujące się słabym apety-

tem, prawidłowym stanem odżywienia, przyjmowaniem małych ilości pokarmów;

- selektywne jedzenie, czyli niewielka ilość akceptowanych pokarmów, ekstremalna wybredność;
- odmawianie jedzenia (ang. *food refusal*) – epizodyczna, funkcjonalna dysfagia, czasami również wymioty;

kiedy dziecko
potrzebuje
specjalnego
żywienia



dla dzieci z ograniczonym
funkcjonowaniem przewodu pokarmowego

wskazania do stosowania

- choroby przebiegające z zaburzeniami trawienia i wchłaniania
- zapobieganie i leczenie niedożywienia
- przewlekłe biegunki
- inne choroby, w których przebiegu ograniczone jest prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego

- doskonała tolerancja ze strony przewodu pokarmowego
- przyjemny waniliowy smak



dla dzieci z prawidłowymi
funkcjami przewodu pokarmowego

wskazania do stosowania

- zapobieganie i leczenie niedożywienia
- zaburzenia rozwoju i/lub wzrostu
- utrata masy ciała
- inne choroby utrudniające odpowiednią podaż składników pokarmowych

**Pierwsze i jedyne kompletne diety w proszku
do leczenia żywieniowego dzieci w wieku 1-10 lat**



Dostępne w aptekach bez recepty

Dalszych informacji udziela: Centrum Informacji dla Rodziców Nestlé Nutrition, ul. Łódzka 153, 62-800 Kalisz, tel. 0 801 333 000, www.nestle.pl/dziecko

- fobia związana z przyjmowaniem posiłków – polega na unikaniu jedzenia, funkcjonalnej dysfagii, prowokowanych wymiotach;
- niewłaściwa w stosunku do wieku konsystencja pokarmu – dziecko toleruje wyłącznie pokarmy płynne lub papkowate, ale przyjmuje różnorodne posiłki;
- *picky eating*, czyli przyjmowanie ograniczonej liczby pokarmów i rodzajów pokarmów, z dużym przywiązaniem do jakości i odpowiedniej prezentacji posiłków.

W zależności od choroby podstawowej możemy mieć do czynienia z różnymi, specyficznymi zaburzeniami zachowania związanymi z karmieniem. Na przykład u dzieci z zaburzeniami autystycznymi najczęściej występuje *pica* (zjadanie niejadalnych przedmiotów i substancji), przejadanie się lub zachowania anorektyczne, całkowita odmowa spożywania posiłków, niespotykane preferencje smakowe lub ograniczenia pokarmów, odmowa samodzielnego jedzenia, nadmierne picie, przywiązanie do ściśle określonych marek spożywanych produktów. Zachowania te są rozpoznawane już w 1. r.ż. dziecka.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń karmienia u dzieci cierpiących na choroby układu krążenia i/lub układu oddechowego jest zaburzenie koordynacji ssania, połykania i oddychania w trakcie jedzenia. Dzieci te szybciej się męczą w trakcie jedzenia, w związku z tym krócej trwa sam posiłek i otrzymują mniej kalorii i płynów. Ta grupa pacjentów cierpi przede wszystkim z powodu zaburzeń wzrastania. Jest to konsekwencja zwiększonego zapotrzebowania energetycznego, przy ograniczonych możliwościach przyjmowania pokarmów oraz nieefektywnym wykorzystaniu składników odżywczych (z powodu kwasicy, hipoksji, nadciśnienia płucnego). Największą grupę wśród tych chorych stanowią pacjenci z wrodzonymi wadami serca.

Ostatnia grupa to choroby i zaburzenia metaboliczne. Mogą one powodować z jednej strony zaburzenie rozwoju dziecka, z drugiej – ograniczenie stosowania zwykłej diety i konieczność wprowadzenia diet eliminacyjnych. Dzieci z zaburzeniami metabolicznymi częściej wymagają żywienia enteralnego w początkowym okresie życia, w celu utrzymania stabilności metabolicznej, glikemicznej, odżywienia oraz prewencji deficytu witamin i minerałów. Zaburzenia karmienia w tej grupie nie wynikają za-

wyczaj z anomalii strukturalnych, ale są wtórne do uszkodzenia neurologicznego⁶.

Diagnostyka i leczenie zaburzeń karmienia

Zaburzenia karmienia w znaczącej większości mają mieszaną etiologię. Z tego względu w diagnostyce musi wziąć udział zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi dietetyk, psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy oraz lekarz (pediatra, gastrolog). Ideą takiego zespołowego postępowania jest z jednej strony szerokie, kompleksowe podejście diagnostyczne do problemu, a z drugiej wytworzenie wspólnej filozofii holistycznego traktowania i leczenia dziecka z zaburzeniami karmienia.

Diagnostykę niemowląt i małych dzieci rozpoczynamy od dokładnego zebrania wywiadu. Wywiad z rodzicami lub opiekunami pacjenta warto zacząć od pytania o ich oczekiwania i cel wizyty, a także o to, co jest ich zdaniem przyczyną zaistniałych problemów. Pomaga to w znacznym stopniu zyskać zaufanie rodziców, a nierzadko również może nasunąć wstępne rozpoznanie. Warto dokładnie przeanalizować dotychczasową dostępną dokumentację medyczną, zebrać wywiad od lekarza podstawowej opieki medycznej, rodziców i od innych opiekunów dziecka. Duże znaczenie ma wywiad prenatalny, informacje dotyczące porodu oraz okresu noworodkowego. W następnym etapie należy zwrócić uwagę na aktualne problemy medyczne, ze szczególnym uwzględnieniem takich zaburzeń, jak: ulewania, wymioty, wzdęcia brzuszka, zaparcia, alergie pokarmowe, nawracające zapalenie płuc, aspiracje, stridor, chrapanie czy specyficzne awersje pokarmowe. W wywiadzie trzeba też uwzględnić historię medyczną pacjenta: przebyte operacje i zabiegi, inne towarzyszące choroby, prowadzone terapie zajęciowe czy rehabilitację. Zawsze należy wypytać o aktualnie przyjmowane leki. Każdy z członków zespołu terapeutycznego powinien uczestniczyć w wywiadzie i uzupełniać go pytaniami z własnej dziedziny koniecznymi do pełnej oceny pacjenta.

Już podczas prowadzenia wywiadu medycznego należy zwrócić uwagę na nieprawidłowości mogące mieć istotny wpływ na właściwy proces karmienia dziecka, a w szczególności: interakcję między dzieckiem a rodzicem/opiekunem, stopień rozwoju psychoruchowego dziecka, temperament i zachowanie dziecka w nowym otoczeniu czy zainteresowanie zabawkami.



W badaniu przedmiotowym oceniamy stan odżywienia dziecka oraz dodatkowo zwracamy uwagę na napięcie mięśniowe i postawę dziecka, symetrię mięśni twarzy, nieprawidłowości anatomiczne jamy ustnej (krótkie wędzidełko, gotyckie podniebienia, duży język, rozszczep podniebienia), nadwrażliwość jamy ustnej podczas badania (wzmoczony odruch wymiotny), ruchy języka i szczęki, unoszenie krtani oraz oddychanie (częstość oddechów, trudności w oddychaniu, obserwacja pracy nozdrzy/ust).

Wywiad i badanie przedmiotowe często wskazują na konieczność pogłębienia diagnostyki gastrologicznej lub niezbędne konsultacje specjalistyczne (np. genetyczną, kardiologiczną, pulmonologiczną, endokrynologiczną czy alergologiczną).

W kolejnym etapie zespół terapeutyczny powinien mieć możliwość obserwacji procesu karmienia, który powinien odbywać się w warunkach jak najbardziej zbliżonych do domowych. Karmienie powinno odbywać z udziałem rodzica/rodziców, ewentualnie opiekuna. Zaleca się obserwację w oddzielnym pokoju, bez udziału dodatkowych osób, a najlepiej jeśli obserwację można prowadzić w sposób niezauważalny dla dziecka i osoby karmiącej (np. w pomieszczeniu z lustrami weneckimi lub kamerą). W obserwacji procesu karmienia specjaliści z zespołu terapeutycznego zwracają uwagę na poszczególne aspekty w procesie karmienia:

- interakcję między dzieckiem a osobą karmiącą (zachowanie rodziców, kontakt wzrokowy, pochwały, wzajemną komunikację, dotyk, negatywne interakcje, straszenie, przekupstwo);
- zachowanie i motywację dziecka (odwracanie głowy, rzucanie jedzeniem, sposób jedzenia, przetrzymywanie jedzenia w ustach, wybieranie poszczególnych pokarmów);
- rodzaj pokarmu (płynny czy stały);
- krztuszenie się, odruchy wymiotne;
- umiejętność gryzienia.

Na tym etapie zespół powinien móc odpowiedzieć na pytanie, czy należy zaplanować przyjęcie do szpitala w celu pogłębienia diagnostyki, czy pacjent może być prowadzony w trybie poradni/przychodni, czy należy rozpatrzyć szybką hospitalizację (np. ze względu na niedożywienie lub podejrzenie aspiracji).

Poziom rozwoju neurologicznego każdego dziecka musi być dokładnie ustalony, gdyż plany interwencji w procesy karmienia i połykania wymagają dosto-

sowania do rozwojowego poziomu funkcji dziecka, a nie do jego wieku kalendarzowego. Należy ocenić umiejętności sensoryczne i motoryczne, uwzględniając różnicowanie, który z komponentów zaburzenia jest pierwotny (czuciowy czy ruchowy). Dzieci z zaburzeniami rozwoju neurologicznego mają skłonność do przejawiania obu deficytów: zarówno motorycznych, jak i sensorycznych.

Zaburzenia porozumiewania się oraz opóźnienie umysłowe stanowią czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń karmienia na tle behawioralnym oraz utrzymywania się takich wadliwych zachowań przystosowawczych po okresie choroby.

Pacjenci z zaburzeniami rozwojowymi są szczególnie grupą ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywienia. W aspekcie zaburzeń karmienia należy odpowiedzieć na następujące pytania: czy pacjent może być bezpiecznie żywiony drogą doustną, czy wymaga dodatkowej drogi żywienia (sonda, gastrostomia odżywcza) oraz jakie jest aktualne zapotrzebowanie kaloryczne. Do oceny rozwoju fizycznego można użyć specjalnych siatek percentylowych przygotowanych przez *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dla pacjentów z MPDz i porażeniem czterokończynowym, dla dzieci z zespołem Downa, Prader-Willi, Marfana, Williamsa, Noonan, Turnera oraz pacjentów z anemią sierpowatokrwinkową. U pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi, również ze względu na przyjmowane leki, należy zwrócić uwagę na niedobór żelaza, witamin A, C, D, kwasu foliowego oraz wapnia.

Pacjenci kierowani do diagnostyki kardiologicznej to najczęściej dzieci prezentujące zaburzenia koordynacji ssanie–połykanie–oddychanie. Charakteryzuje ich większa męczliwość, bezdech, epizody bradykardii, trudności w dokończeniu posiłku, sinienie i zasypianie w trakcie karmienia.

Z drugiej strony – pacjenci z rozpoznanymi i leczonymi problemami kardiologicznymi (np. wrodzonymi wadami serca czy kardiomiopatią) również będą pacjentami zespołu zajmującego się zaburzeniami karmienia, ze względu na powikłania wynikające z wielokrotnych hospitalizacji oraz samej choroby podstawowej. Wymagają oni przede wszystkim dostosowania diety do stanu klinicznego oraz zapewnienia odpowiedniej ilości kalorii.

Prawidłowa anatomia i funkcjonowanie dróg oddechowych jest warunkiem wstępnym prawidłowego karmienia doustnego. Badania kardiologiczne i pul-

monologiczne mogą ujawnić przyczyny dysfagii, ale również skutki aspiracji. Złożoność przypadków pacjentów obciążonych ryzykiem aspiracji wymaga oceny interdyscyplinarnej. Trudno jest określić rokowanie i ryzyko rozwoju przewlekłej choroby dolnych dróg oddechowych u pacjentów z epizodami aspiracji. Jeśli podczas videofluoroskopowego obrazowania aktu połykania wykazano obecność pojedynczych aspiracji z następowym odruchowym oczyszczeniem dróg oddechowych, a dziecko w wywiadzie nie miało epizodów zapalenia płuc, można rozważyć dalsze karmienie drogą doustną. Należy jednak pamiętać o regularnej kontroli pulmonologicznej (ocena płuc w tomografii komputerowej klatki piersiowej).

Ważne jest także oddzielenie przewlekłych (tzn. trwających co najmniej 4 tygodnie) objawów oddechowych od epizodycznych wydarzeń powiązanych bezpośrednio z procesem karmienia.

Pacjenci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego i nakładającymi się na to zaburzeniami w karmieniu mogą wymagać rozważenia innej niż doustna drogi karmienia. Należy też pamiętać, że dzieci z założoną tracheostomią wykazują nie tylko różnego stopnia trudności w połykaniu, ale mają również większe zapotrzebowanie na płyny i energię.

W ramach diagnostyki zaburzeń karmienia ważne jest wykluczenie choroby organicznej przewodu pokarmowego lub zaburzeń motorycznych. Refluks żołądkowo-przełykowy jest zjawiskiem powszechnym u zdrowych niemowląt. Przyczyny zjawiska są głównie natury anatomicznej (długość części podprzeponowej przełyku) i stopniowego dojrzewania motoryki układu pokarmowego, ale także determinuje je rodzaj diety (płynna) oraz pozycja leżąca na plecach. Refluks w wieku niemowlęcym rzadko skutkuje zapaleniem przełyku lub podrażnieniem dróg oddechowych, gdyż zarzucany wstecznie pokarm, czyli mleko matki lub mieszanki nie mają kwaśnego odczynu. Niemniej jednak niemowlęta i dzieci cierpiące na zarzucanie wsteczne treści żołądkowej mogą prezentować objawy wynikające z bólu, podrażnienia dróg oddechowych lub zaburzeń karmienia.

Niezwykle istotna w diagnostyce i leczeniu zaburzeń karmienia u niemowląt i pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi jest rola logopedy. Przede wszystkim, zadaniem logopedy jest określenie, czy pacjent może być bezpiecznie karmiony drogą doustną oraz określenie możliwości poprawy karmienia

w zależności od konsystencji pokarmów lub sposobu karmienia.

Wywiad logopedyczny powinien uwzględniać dokładną ocenę wieku dziecka (szczególnie ważne u dzieci przedwcześnie urodzonych), stopień rozwoju psychoruchowego, czyli osiągnięcie „kamieni milowych” (pozwala to na ocenę możliwości dziecka w zakresie karmienia, przyjmowania pokarmów o różnej konsystencji, umiejętności picia z otwartego kubeczka itp.), rozwój mowy, używanie smoczka uspokajającego, historię medyczną (operacje, konieczność karmienia przez sondę nosowo-żołądkową, całkowite żywienie pozajelitowe, częste infekcje górnych dróg oddechowych, obecnie stosowane leki, alergie, wymioty), stosowane do tej pory terapie (logopedyczne, zajęciowe, ruchowe), ocenę karmienia (jak długo dziecko karmione było piersią, kiedy rozpoczęto karmienie łyżeczką, czy je samodzielnie rączką, czy pije z kubeczka, ile trwa posiłek, jaka jest konsystencja pokarmów), problemów występujących podczas karmienia (kaszel, krztuszenie, dławienie, odruchy wymiotne, wymioty, inne zachowania), nadwrażliwości (np. na dotyk serwetki wokół ust, mycie zębów, mycie twarzy, hałas) lub przeciwnie – obniżonej wrażliwości (np. upodobanie do wyrazistych smaków). W dalszym etapie ocena logopedyczna powinna uwzględniać ocenę narządu mowy i głosu.

Badanie przedmiotowe powinno obejmować ocenę oddychania (ciche, słyszalne, stridor, chrapliwe), symetrię i napięcie mięśni twarzy, ułożenia spoczynkowego warg (zamknięte/otwarte, ślinienie) oraz ocenę napięcia i położenia języka.

Takie objawy, jak kaszel, krztuszenie czy dławienie sugerujące zaburzenia połykania, skłaniają do wykonania oceny krtani (videolaryngoskopia) oraz radiologicznej oceny aktu połykania (videofluoroskopowa ocena połykania, ang. *videofluoroscopic swallow study* – VSS). Badanie to polega na podaniu dziecku pokarmów z dodatkiem barytu i obserwacji aktu połykania pod skopią w ułożeniu bocznym. VSS pozwala na dokładną ocenę poszczególnych faz aktu połykania (oralnej, gardłowej, ewentualnie przełykowej) podczas karmienia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na stosunek odruchów ssania do połykania (w warunkach prawidłowych powinien wynosić 1:1), refluks gardłowo-nosowy, penetrację nagłośni i krtani, zaburzenie w inicjowaniu aktu połykania, czas trwania gardłowej fazy połykania, efektywność aktu



połykania (oczyszczanie gardła i krtani z treści pokarmowej), aspirację treści pokarmowej do tchawicy, odpowiedź na aspirację (brak – „cicha aspiracja”, kaszel), zdolność do oczyszczenia dróg oddechowych, obecność zalegań po połyknięciu oraz pasaż treści przez przełyk.

W trakcie badania można próbować między innymi modyfikować sposób karmienia (łyżeczką, kubeczkiem), pozycję dziecka (np. przygięcie główki), zmieniać konsystencję pokarmów (np. zagęszczanie mieszanek mlecznych), zmniejszać podawaną objętość lub robić przerwy podczas karmienia jednocześnie oceniając skutek takich interwencji.

Obecność niewielkich, rzadkich aspiracji do dróg oddechowych, które są następnie skutecznie oczyszczane w odruchu kaszlowym, przy braku infekcji dolnych dróg oddechowych w wywiadzie, nie wyklucza dalszego, bezpiecznego karmienia drogą doustną. Jednak występowanie częstych, „cichych” aspiracji może wymagać czasowej lub stałej (w zależności od stanu neurologicznego i rokowania) zmiany sposobu karmienia z doustnego na dożołądkowe lub dojelitowe.

Ocena dietetyczna

U wszystkich pacjentów z zaburzeniami karmienia na wstępie konieczna jest pełna ocena dietetyczna (*nutritional assessment*) dotycząca dynamiki stanu odżywienia, a także aktualnego spożycia i wartości odżywczej diety oraz historii żywienia.

Wywiad dietetyczny powinien uwzględniać:

- dane podstawowe: wiek pacjenta, aktualną masę ciała i wzrost, BMI (dla dzieci >4. r.ż.) – w odniesieniu do siatek centylowych; stosowaną dietę; kto zajmuje się karmieniem dziecka; ewentualne problemy gastrologiczne czy zaburzenia oromotoryczne;
- wstępny opis zgłaszanego problemu (np. odmawianie jedzenia, brak łaknienia, przedłużający się czas posiłków, wymioty, krztuszenie, odmawianie jedzenia określonych produktów, a preferowanie innych, brak umiejętności gryzienia lub połykania posiłków o zagęszczonej konsystencji, niechęć do picia lub brak umiejętności zatrzymania i połykania napojów, niewłaściwe zachowania w trakcie karmienia, „wędrawanie” w trakcie jedzenia lub picia itp.);
- apetyt – czy jest zmienny, pogarszający się czy coraz lepszy; jak dziecko komunikuje głód lub

sytość; od czego zależy apetyt; jak długo trwa typowy posiłek;

- historię rozwoju w okresie niemowlęcym i moment pojawienia się odchył w tempie rozwoju fizycznego (w odniesieniu do „kamieni milowych”);
- historię karmienia (karmienie piersią, karmienie sztuczne, etapy rozszerzania diety, zagęszczanie posiłków, podawane płyny, modyfikacja tekstury posiłków, sposób przygotowywania posiłków uzupełniających – gotowe posiłki w słoiczkach/posiłki domowe, czas wprowadzenia karmienia łyżeczką i picia z kubeczka, wprowadzenie glutenu;
- czy dziecko jada posiłki o różnych smakach, czy preferuje tylko jeden i jak to komunikuje;
- temperaturę posiłku – czy jada posiłki o różnej temperaturze;
- teksturę pokarmu – czy stopień rozdrobnienia jest odpowiedni do wieku i umiejętności dziecka, czy stymuluje rozwój umiejętności oromotorycznych, czy akceptowana tekstura jedzonego produktu zależy od jego smaku;
- układ posiłków w ciągu dnia (doby), miejsce posiłków, czy dziecko karmione jest przez sen;
- produkty/dania i napoje preferowane i odrzucone przez dziecko i w jaki sposób dziecko okazuje „swoją wybór”;
- ocenę akcesoriów używanych do karmienia (sztućce, butelki, smoczki, kubeczki, miseczki, odpowiednie krzeselko) i sposób prezentacji posiłku dziecku; czy dziecko potrafi samodzielnie jeść za pomocą rączek, dwóch palców, łyżeczki lub widelca;
- ocenę wartości odżywczej diety w oparciu o 3–7-dniowy jadłospis oraz wywiad 24-godzinny (z ostatniej doby).

Ocena spożycia powinna uwzględniać także: rodzaj pokarmu (mleko, posiłki stałe, posiłki homogenizowane, zagęszczane lub rozcieńczane), płyny – ile dziecko wypija i w jakiej postaci (przez smoczek, kubek-niekapek); czy pije tylko płyny słodkie, wodę; ilość płynu w kubku; jak często dziecko sięga po napoje; czy dopomina się picia; jak często podawane są napoje.

Kolejnym istotnym etapem jest obserwowanie zachowań dziecka i rodziców w trakcie karmienia, by ocenić, czy właściwy jest dobór pokarmów, ich smak, konsystencja i temperatura, używane naczynia i sztućce do karmienia, pozycja dziecka w czasie karmienia, technika karmienia oraz zachowania

TABELA 3. Zalecenia dla rodziców dzieci z zaburzeniami karmienia.

Planowanie posiłków	■ regularne posiłki (3–5 na dobę) – o określonych porach i względnie stała ich liczba w ciągu dnia; ■ zakaz podjadania drobnych przekąsek i picia soków między posiłkami (zwykła woda do przepajania, nawet w małych ilościach) ■ czas posiłku nie dłuższy niż 20–30 minut; nie należy zmuszać dziecka do jedzenia, „póki talerz nie będzie pusty” ■ należy unikać mieszania wszystkich składników posiłku na talerzu, bo to prowadzi do wzajemnego „maskowania” się smaków każdego ze składników i zaburza odczucia smakowe dziecka
Otoczenie	■ neutralna atmosfera (bez zmuszania do jedzenia) ■ w czasie posiłku dziecko nie bawi się, nie ogląda telewizji lub bajek na video ■ nie wolno dziecku wędrować po mieszkaniu z jedzeniem lub pić; posiłek powinien odbywać się przy stole, a dziecko powinno siedzieć na odpowiednim krzesetku ■ cerata rozłożona pod krzesetkiem dziecka, by uniknąć irytującego i kłopotliwego zabrudzenia podłogi
Zachowania podczas posiłku	■ przygotowane małe porcje ■ posiłki stałe są podawane na początku, napoje – na końcu, a karmienie doustne przed dokarmianiem przez sondę ■ posiłki nie mogą być zbyt gorące ■ jeśli karmimy dziecko, podajemy małe kęsy ■ zachęcamy dziecko do samodzielnego jedzenia ■ po 10–15 minutach zabawy zamiast jedzenia – zabieramy talerz ■ lepiej zakończyć posiłek w poczuciu „sukcesu”, np. pochwałą za ostatni kęs lub tyk napoju ■ posiłek kończymy, zanim dziecko zacznie się złościć i rozrzucać jedzenie ■ wycieranie buzi i sprzątanie rozrzuconego posiłku – dopiero po jego zakończeniu.

i wyrażanie emocji tak przez dziecko, jak i rodziców. Obserwacja pacjenta może być pomocna w bardziej precyzyjnym rozpoznaniu uwarunkowań medycznych zaburzeń karmienia. Najmniej stresujące dla dziecka jest wykorzystanie nagrań video. Szczegółowy wywiad i obserwacja są podstawą do opracowania kompleksowego programu wychodzenia z zaburzeń karmienia.

U pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi i brakiem możliwości pełnego karmienia drogą doustną, na wstępie konieczna jest ocena aktualnego spożycia. Jeśli nie ma możliwości pokrycia co najmniej 75% zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze oraz zapotrzebowania na płyny poprzez podaż drogą doustną, konieczne jest włączenie leczenia żywieniowego, tj. karmienia (lub dokarmiania) przez sondę lub przez gastrostomię odżywczą. W ocenie zapotrzebowania kalorycznego musimy uwzględnić aktualny stan pacjenta, gdyż np. pacjenci z porażeniem spastycznym mają wyższe zapotrzebowanie kaloryczne (około 120% przeciętnego zapotrzebowania), a z drugiej strony – pacjenci z ciężkimi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego mogą mieć zapotrzebowanie jedynie 5 kcal/cm wysokości ciała. Stąd tak istotne jest, w długoterminowej opiece nad tymi pacjentami, regularne monitorowanie masy ciała.

Należy także określić rodzaj diety i dobową dawkę określonego preparatu z szerokiego asortymentu

diet przemysłowych, odpowiednio do wieku i stanu pacjenta. Możliwe jest również podawanie przez sondę lub gastrostomię odpowiednio zbilansowanych, miksowanych posiłków domowych o składzie opracowanym przez dietetyka.

Ocena żywienia jest prowadzona według takich samych zasad, jak dla dzieci zdrowych i w oparciu o te same normy zapotrzebowania, jednak z uwzględnieniem aktualnego stanu odżywienia jako punktu wyjściowego. Wartość odżywcza diety i wielkość porcji powinny być zwiększane stopniowo, odpowiednio do stanu pacjenta i uzyskania zadowalających przyrostów masy ciała. Zapotrzebowanie pacjenta niedożywionego określa się na 120–140% norm zapotrzebowania energetycznego odpowiedniego do wieku, a po osiągnięciu celu wartość odżywcza diety należy stopniowo zredukować do wartości fizjologicznych.

Drugim etapem jest próba nauki przyjmowania pokarmu drogą doustną. Według danych zawartych w literaturze tylko 10–15% pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi wymaga stałego podawania diety przez PEG (lub sondę).

Większości pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi dotyczą powikłania gastrologiczne, takie jak choroba refluksowa, zaparcia, zaburzenia połykania, ryzyko aspiracji czy przedłużający się czas karmienia. Dobór preparatu do podawania przez gastrostomię powinien uwzględniać stan odżywienia



(diety wysokokaloryczne, 1,5 kcal/ml), ryzyko zaparc (wzbogacone w błonnik pokarmowy i płyny) i czas opróżniania żołądka⁷.

W refluksie żołądkowo-przełykowym u niemowląt, których dieta oparta jest głównie na mleku modyfikowanym zalecane są mleka AR (*anti-regurgitation*). W aktualnie dostępnych na rynku mlekach modyfikowanych AR stosowane zagęstniki to mączka chleba świętojańskiego, mączka ryżowa (bogata w amylopektyny) i skrobia ziemniaczana. W przypadku niemowląt karmionych piersią lub małych dzieci, wymagających bardziej urozmaiconej diety, można stosować dodatek do posiłków w postaci specjalnego preparatu na bazie mączki chleba świętojańskiego (Nutriton).

Na szybkość opróżniania żołądka ma wpływ rodzaj białka. Białka serwatkowe oraz hydrolizaty na bazie białek serwatkowych przyspieszają opróżnianie żołądka, przeciwnie do białek kazeinowych. Doniesienia o korzystnym działaniu tłuszczów MCT na przyspieszenie opróżniania żołądka nie zostały potwierdzone w najnowszych obserwacjach klinicznych.

Zalecenia dla rodziców można podzielić na 4 grupy: dotyczące planowania posiłków, otoczenia w trakcie karmienia, zachowań podczas posiłku i kształtowania pozytywnych zachowań dziecka w trakcie posiłku (**Tabela 3**).

Leczenie dietetyczne może być prowadzone według różnych modeli, ale w każdym konieczne jest dokładne obserwowanie reakcji dziecka w trakcie jedzenia i picia. Aby stymulować rozwój umiejętności gryzienia i połykania, tolerancji sensorycznej i samodzielnego jedzenia, powinno się dziecku podawać produkty, które lubi, ale które wymagają pewnego wysiłku przy jedzeniu⁸.

Stosowane są trzy metody rozszerzania diety o nowe pokarmy:

- zaczynając od nowości w chwili, gdy głód jest największy i stopniowo przechodzenie do już znanej postaci posiłku;
- zaczynając od łatwego posiłku (by zaspokoić pierwszy głód i przejść do posiłku nowego);
- zmieniać posiłek „łatwy” (znany) z „trudnym” (nowym); posiłek nie może być tylko trudny, zawsze powinny być wprowadzane elementy łatwe.

Częstym problemem dzieci z zaburzeniami karmienia jest niedostateczne spożycie płynów. Istotna jest ocena sposobu, w jaki dziecko radzi sobie z utrzymaniem płynów w ustach (w rzeczywistości ilość po-

łknięta to tylko część ilości podanej). Rozwiązaniem może być częstsze podawanie i zwiększenie ilości napojów, by efektywna ilość była wystarczająca, jednak wydłuża to czas karmienia. Konieczna jest pomoc dziecka w rozwijaniu umiejętności zamykania ust, zatrzymywania płynnej zawartości jamy ustnej i przełykania śliny. Dla niektórych dzieci pomocne może być zagęszczanie płynów do konsystencji gęstego koktajlu lub sosu. Napoje o rzadkiej konsystencji są bardzo trudne do „manipulowania” w jamie ustnej i stwarza to większe ryzyko aspiracji niż w przypadku napojów zagęszczonych. Dostępne są zagęstniki (np. Nutriton), które można dodawać do mleka, herbatki i innych napojów. Skuteczną metodą zwiększenia spożycia płynów jest podawanie między posiłkami pokarmów o dużej zawartości wody, np. przecierów owocowych, jogurtów pitnych, a nawet kostek lodu). Galaretki nie są dobrym rozwiązaniem, bo szybko rozpuszczają się w ustach. Dobrym wskaźnikiem zwiększonej ilości przyjmowanych płynów będzie większa liczba zmoczonych pieluszek, rzadsze zapalenia układu moczowego, bardziej regularne wypróżnienia.

Aby zwiększyć spożycie energii, dziecku należy podawać pokarmy o dużej gęstości energetycznej i odpowiedniej konsystencji przez cały dzień. Zalecenia podawania pełnotłustego mleka, śmietany, dodatku tłuszczu do posiłków i kalorycznych deserów dla rodziców mogą wydawać się sprzeczne z zasadami racjonalnego żywienia, dlatego konieczna jest właściwa edukacja rodziców odnośnie wyższego zapotrzebowania kalorycznego dziecka w okresie rozwoju, a szczególnie dziecka z niedożywieniem. Stosuje się też dodatek polimerów glukozy (Fantomalt) lub odpowiednie wysokokaloryczne odżywki.

Łyżeczka powinna być anatomiczna, miękka, ale stabilna, dość elastyczna i niełamliwa. Płytkie zagłębienie w łyżeczce ułatwia naukę zgarniania pokarmu wargami, a mały rozmiar pozwala na podanie pokarmu na bok jamy ustnej, co ułatwia jego żucie. Łyżeczka metalowa lub źle wyprofilowana mogą stymulować odruch jej zagryzania i zatrzymywania lub powodować dyskomfort. Miseczka stymulująca naukę samodzielnego jedzenia powinna mieć podwyższone brzegi, z przestrzenią na gorącą wodę zapewniającą utrzymanie właściwej temperatury posiłku, z antypoślizgowym spodem i z przedziałami na różne składniki posiłku, co zapewnia lepszą prezentację posiłku i zachowanie odpowiedniej temperatury.

Pozycja w czasie karmienia powinna być bezpieczna i symetryczna, zapewniająca optymalną kontrolę pleców, kończyn, głowy i jamy ustnej. Dziecko może siedzieć na kolanach opiekuna lub swoim profilowanym krzeselku.

System „podpowiedzi” może przygotować dziecko do jedzenia lub picia i pomagać mu w zrozumieniu, czego od niego oczekujemy. Obserwowanie innych jedzących osób, odczuwanie zapachów, drażnienie łyżeczką dolnej wargi i podanie na początek minimalnej ilości dania, by dziecko spokojnie zapoznało się z jego smakiem, konsystencją i temperaturą, może je zachęcić do jedzenia. Bardzo ważne jest mówienie do dziecka i nazywanie kolejnych czynności wykonywanych w trakcie posiłku, np. „otwieramy buzię”, „gryziemy”, „połykamy”. Wielokrotne powtarzanie tych samych fraz pozwala dziecku poznać i kojarzyć kolejne czynności⁹.

Ocena psychologiczna

Od lat w literaturze medycznej badającej temat zaburzeń karmienia u dzieci dominują poglądy, że zastosowanie leczenia behawioralnego przez wielospecjalistyczny zespół jest najbardziej efektywne¹⁰.

Zarówno w Europie, jak i w USA istnieje kilkadziesiąt klinik zajmujących się leczeniem zaburzeń karmienia. Wielospecjalistyczny zespół takiego ośrodka proponuje rodzicom pobyt stacjonarny (około 6–9 tygodni, w niektórych ośrodkach intensywny program trwa 2 tygodnie) lub spotkania w trybie ambulatoryjnym, np. 12 spotkań co dwa tygodnie w przypadku mniej nasilonych problemów z karmieniem.

Behawioralne strategie interwencyjne zawsze dotyczą:

- składu posiłków (ilości, rodzaju i pory spożywania);
- interwencji żywieniowych (dobór przez dietetyka niezbędnych składników);
- terapii neurologopedycznej (właściwa stymulacja oralna, by zmniejszyć nadwrażliwość lub wyrównać nieprawidłowe napięcie narządów uczestniczących w procesie ssania, żucia, gryzienia i połykania);
- zachowań (interakcje rodzice–dziecko);
- specjalnych procedur medycznych w przypadku bardziej złożonych przyczyn zaburzeń karmienia w różnych jednostkach chorobowych (autyzm, MPDz, wcześniactwo itp.).

Rodzice nie karmią dziecka, obserwują proces karmienia go przez terapeutę zajęciowego w taki

sposób, że są przez dziecko niezauważeni. Sesje jedzeniowe są często nagrywane i potem szczegółowo analizowane.

Pomocne w ocenie behawioralnej mogą być specjalistyczne kwestionariusze oceniające zachowanie podczas posiłków, stopień rozwoju psychomotorycznego dziecka, a także uwzględniające poziom stresu u rodziców.

Pola interwencji terapii behawioralnej można podzielić w następujący sposób:

- otoczenie związane z sytuacją karmienia;
- należy zawsze zachować równowagę między potrzebami odżywczymi pacjenta a celami terapii behawioralnej;
- zachowanie struktury głównych posiłków i przekąsek (wyeliminowanie dokarmiania przez cały dzień, typowego „biegania” z posiłkiem za dzieckiem);
- zachowanie stałego czasu trwania posiłku (15–20 minut; maksymalnie 30 minut);
- odpowiednia pozycja dziecka podczas karmienia (stolik dziecięcy, krzeselko do karmienia; dziecko powinno widzieć przygotowany posiłek);
- różnorodność przedstawianych pokarmów i posiłków;
- ograniczenie dystraktorów (telewizja, zabawki, książki);
- zachowania związane z karmieniem:
- identyfikacja zachowań, które powinny być wyeliminowane i tych, które należy wzmocnić;
- ustalenie planu postępowania: pozytywne i negatywne wzmocnianie, kary i nagrody.

W przypadku terapii behawioralnej pacjentów pediatrycznych wzmocnianie pozytywnych zachowań (jak wzięcie łyżeczki do buzi, smakowanie pokarmu, wypicie przygotowanego mleka czy wody) opiera się na wyraźnej zmianie postawy karmiącego – uśmiech, głośne pochwalenie z nazwaniem pozytywnego zachowania, „przybijanie piątki”, nagradzanie naklejkami lub podaniem kęsa preferowanego pokarmu. Osłabianie negatywnych zachowań polega na natychmiastowym wycofaniu wszelkich pozytywnych bodźców (brak nagrody) przy wystąpieniu negatywnej reakcji na karmienie. Terapia behawioralna wymaga żelaznej konsekwencji. Jako karę, poza brakiem pozytywnych reakcji, można zastosować chwilowe odwrócenie dziecka tyłem do karmiącego (szybkie przerwanie negatywnych zachowań) lub przerwanie jakiegokolwiek uwagi przez karmiącego (odwrócenie

się tyłem, czytanie gazety, unikanie kontaktu wzrokowego). Za każdym razem należy się starać, aby posiłek nie trwał dłużej niż 20 minut i kończył się pozytywną reakcją dziecka i karmiącego oraz pozytywną atmosferą (nawet jeśli wymaga to wcześniejszego zakończenia karmienia). Do czasu kolejnego posiłku dziecko powinno mieć dostęp do wody, ale nie może mieć możliwości „podjadania” przed następnym posiłkiem. Cały ten proces ma na celu uświadomienie dziecku, że to z jego dobrych lub złych decyzji wynikają odpowiednie konsekwencje.

Rodzicom należy zaproponować grupy wsparcia i psychoedukację. Czasami niezbędny jest ich udział w terapii grupowej lub indywidualnej w celu np. odreagowania nagromadzonego napięcia emocjonalnego i odbarczenia z często nieuzasadnionego, a zawsze ogromnego poczucia winy i uczucia bycia niekompetentnym opiekunem. Rodzice nie muszą być jedynym źródłem wsparcia i idealnym modelem w czasie powstawania preferencji i nawyków jedzeniowych u dzieci i często potrzebują wsparcia. Powinien je zapewnić pediatra, który może i powinien uczestniczyć we wspieraniu rodzin, przede wszystkim okazując swoje zainteresowanie, szacunek i niosąc oczekiwaną pomoc, by mogły one maksymalnie rozwinąć swój wewnętrzny potencjał. Do zadań pediatry lub lekarza rodzinnego należy wykrywanie nieprawidłowości i rozpoznanie zaburzeń na możliwie wczesnym etapie, a także odpowiednia reakcja i dalsza pomoc rodzinie.

Podsumowanie

Pacjenci z zaburzeniami karmienia to tak różnorodna i trudna grupa pacjentów, że stworzenie wielodyscyplinarnego zespołu, szerokiego podejścia i odpowiedniego przygotowania diagnostycznego wydaje się niezbędne, by zapewnić im odpowiednią, specjalistyczną opiekę medyczną. Wstępne rozpoznanie problemu leży w zasięgu każdego pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej monitorującego regularnie stan odżywienia pacjentów.

Grupa terapeutyczna, złożona z wykwalifikowanych dietetyków, psychologów, logopedów, opiekunów zajęciowych i lekarzy, gwarantuje całościową ocenę pacjenta, uwzględniającą ocenę sposobu żywienia, zapotrzebowania kalorycznego, stanu odżywienia, funkcji motorycznych przewodu pokarmowego wraz z oceną aktu połykania, ocenę zachowań związanych z procesem karmienia. Multidyscyplinarne podejście do pacjenta skutkuje zastosowaniem optymalnego doboru prepa-

ratów żywieniowych, leczenia farmakologicznego czy chirurgicznego, a także odpowiedniej opieki psychologicznej. Rokowanie w zaburzeniach karmienia u dzieci w dużej mierze zależy od choroby wiodącej, leżącej u podstaw zaburzeń. W przypadku zaburzeń związanych z nieprawidłowym zachowaniem dziecka w procesie karmienia prosta terapia behawioralna może być skuteczna nawet w 90%. Należy również pamiętać, że terapią niejednokrotnie obejmujemy całą rodzinę, a nie tylko naszego pacjenta. W przypadku pacjentów z zaburzeniami na tle postępujących chorób neurologicznych czy MPDz nasze postępowanie dotyczy zapewnienia optymalnej i bezpiecznej drogi karmienia dziecka oraz zapobiegania stanom niedożywienia. ■

lek. Anna Rybak

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

✉ anna.rybak@standardy.pl

Uwagi

Anna Rybak jest stypendystką Fundacji Badawczej Nutricia.

Piśmiennictwo

- 1 Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. the Pediatric Practise Research Group. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:149-153
- 2 Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR i wsp. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27(2): 143-147
- 3 Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics* 2001;107:E88.
- 4 Fishbein M, Cox S, Swenny C i wsp. Food Changing: A systematic approach for The treatment of children with food aversion. *Nutr Clin Prac* 2006;21;2: 182-185
- 5 Sullivan PB, Lambert B, Rose M i wsp. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment. Oxford feeding study, *Dev Med Child Neurol* 2000;42:674-680
- 6 Cooper-Brown L, Copeland S, Dailey S i wsp. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:147-157
- 7 Staiano A, Simeone D, Del Giudice E i wsp. Effect of the dietary fiber glucomannan on chronic constipation in neurologically impaired children. *J Pediatr* 2000; 136: 41-5
- 8 Blossfield I, Collins A, Kiely i wsp. Texture preferences of 12-month-old infants and the role of early experiences. *Food Quality and Preference* 2007; 18;396-404
- 9 Galloway A, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. „finish your soup”. Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite* 2006; 46(3):318-23
- 10 Kerwin ME. Empirically supported treatments severe feeding problems in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3); 193-214.