

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----------|
| Предисловие | 17 |
| От составителя | 19 |
| Предисловие к русскому изданию | 21 |
| Глава 1. Анатомия и развитие структур, значимых для глотания | 23 |
| 1.1. Внутриутробное развитие глотания (структуры и функции) | 24 |
| 1.1.1. Эмбриональный период | 24 |
| 1.1.2. Фетальный период | 25 |
| 1.1.3. Итоги: Эмбриональное развитие глотания | 28 |
| 1.2 Анатомия органов, важных для глотания | 28 |
| 1.2.1. Голова | 29 |
| 1.2.2. Нос | 30 |
| 1.2.3. Рот | 31 |
| 1.2.4. Губы | 31 |
| 1.2.5. Щеки | 32 |
| 1.2.6. Ротовая полость | 34 |
| 1.2.7. Челюсть | 36 |
| 1.2.8. Язык | 37 |
| 1.2.9. Нёбо | 39 |
| 1.2.10. Глотка | 41 |
| 1.2.11. Гортань | 44 |
| 1.2.12. Подъязычная кость | 47 |
| 1.2.13. Трахея | 49 |
| 1.2.14. Легкие | 49 |
| 1.2.15. Пищевод | 50 |
| 1.2.16. Желудок | 51 |
| 1.2.17. Резюме | 52 |
| Глава 2. Физиология глотания и приема пищи | 55 |
| 2.1 Сосать — Глотать — Дышать | 56 |
| 2.1.1 Сосание | 57 |
| 2.1.2 Глотание | 59 |
| 2.1.3 Дыхание | 66 |
| 2.2 Рефлекторные реакции у маленьких детей | 67 |
| 2.2.1 Рефлексы новорожденных, непосредственно связанные с глотанием | 67 |

| | |
|--|------------|
| 2.2.2 Безусловные рефлексы, связанные с самостоятельным приемом пищи | 69 |
| 2.3. Становление общей моторики и орофациальных способностей | 70 |
| 2.3.1. Возраст 0–1 месяц | 71 |
| 2.3.2. Возраст 2 месяца | 72 |
| 2.3.3. Возраст 3 месяца | 73 |
| 2.3.4. Возраст 4 месяца | 73 |
| 2.3.5. Возраст 5 месяцев | 74 |
| 2.3.6. Возраст 6 месяцев | 74 |
| 2.3.7. Возраст 7–9 месяцев | 75 |
| 2.3.8. Возраст 10–12 месяцев | 76 |
| 2.3.9. Возраст 13–18 месяцев | 76 |
| 2.3.10. Возраст 19–24 месяцев | 77 |
| 2.3.11. Возраст 24–36 месяцев | 77 |
| 2.4. Пищевые переходы | 77 |
| 2.4.1. Переход от жидкости к каше | 77 |
| 2.4.2. Переход от сосания к питью | 79 |
| 2.4.3. Переход от каши к твердой пище: жевание | 79 |
| 2.4.4. Итог | 80 |
| Глава 3. Грудное вскармливание | 83 |
| 3.1. Грудное вскармливание — это намного больше, чем просто кормление | 83 |
| 3.2. Сосание и глотание — развитие орофациальной области | 87 |
| 3.2.1. Пренатальное развитие | 87 |
| 3.2.2. Значение оральных рефлексов и реакций | 90 |
| 3.2.3. Постнатальное развитие и тактильно-кинестетическое восприятие | 91 |
| 3.3. Практика грудного вскармливания | 95 |
| 3.3.1. Основы | 95 |
| 3.3.2. Развитие связи между матерью и ребенком во время грудного вскармливания | 96 |
| 3.3.3. Контроль грудного вскармливания, целенаправленная стимуляция | 97 |
| 3.3.4. Позы для кормления грудью | 98 |
| 3.3.5. Дети с особыми потребностями | 100 |
| 3.4. Вспомогательные средства для грудного вскармливания | 107 |
| 3.4.1. Альтернативные методы кормления | 107 |
| 3.4.2. Сцеживание молока и молокоотсосы | 108 |
| 3.5. Итоги | 109 |
| Глава 4. Неврологические аспекты глотания | 114 |
| 4.1. Основы нейроанатомии | 114 |

| | |
|--|------------|
| 4.1.1. Строение центральной нервной системы | 114 |
| 4.2. Передний мозг и глотание | 118 |
| 4.2.1. Участки головного мозга, регулирующие глотание . | 118 |
| 4.2.2. Асимметрия акта глотания | 120 |
| 4.2.3. Другие важные для глотания участки переднего мозга | 122 |
| 4.2.4. Роль центра глотания | 124 |
| 4.3. Ствол головного мозга и глотание | 125 |
| 4.3.1. Локализация и функции центров глотания | 125 |
| 4.3.2. Роль ствола головного мозга в акте глотания | 127 |
| 4.4. Потеря функций черепно-мозговых нервов | 129 |
| 4.4.1. Потеря функций отдельных черепно-мозговых нервов | 129 |
| 4.4.2. Бульбарный синдром | 129 |
| 4.5. Нервно-мышечные соединения и мышцы глотания | 130 |
| 4.5.1. Нервно-мышечные соединения | 130 |
| 4.5.2. Мышцы глотания | 130 |
| 4.6. Чувствительная иннервация лица, носа, ротовой полости, глотки и гортани | 136 |
| 4.6.1. Соматическая чувствительность | 136 |
| 4.6.2. Сенсорная информация: вкус | 137 |
| 4.7. Эмбриология: развитие отделов мозга, отвечающих за глотание | 137 |
| 4.7.1. Нормальное развитие мозга | 137 |
| 4.7.2. Аномалии развития головного мозга | 140 |
| Глава 5. Этиология детской дисфагии | 146 |
| 5.1. Определение и классификация дисфагии | 146 |
| 5.2. Местные или анатомические причины | 148 |
| 5.2.1. Врожденные аномалии | 149 |
| 5.2.2. Опухоли и отеки | 150 |
| 5.2.3. Нарушение сенсорной регуляции | 150 |
| 5.2.4. Ожог или травма ротовой полости, глотки или пищевода | 151 |
| 5.2.5. Воспаления, в том числе средний гнойный отит . . | 151 |
| 5.2.6. Гортань/трахея | 151 |
| 5.3. Гастроэнтерологические причины | 152 |
| 5.3.1. Заболевания пищевода | 152 |
| 5.3.2. Гастроэзофагеальный рефлюкс | 154 |
| 5.3.3. Заболевания желудка и кишечника | 154 |
| 5.4. Нейрогенные причины: центральная и периферическая нервная система | 155 |
| 5.4.1. Острые и хронические воспаления | 157 |
| 5.4.2. Детский церебральный паралич | 157 |

| | |
|--|-----|
| 5.4.3. Пороки развития головного и спинного мозга | 158 |
| 5.4.4. Черепно-мозговая травма и другие | |
| приобретенные повреждения ЦНС | 158 |
| 5.4.5. Повреждения черепных нервов | 159 |
| 5.4.6. Спиноцеребеллярная атаксия | 159 |
| 5.4.7. Прогрессирующий супрануклеарный парез взора . | 160 |
| 5.4.8. Бульбарный синдром | 160 |
| 5.4.9. Псевдобульбарный синдром | 160 |
| 5.4.10. Дискинезия | 161 |
| 5.4.11. Опухоли | 161 |
| 5.4.12. Инъекции ботулотоксина (ботокса) | 162 |
| 5.5. Нервно-мышечные причины | 162 |
| 5.5.1. Спинальная мышечная атрофия | 163 |
| 5.5.2. Бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди | 163 |
| 5.5.3. Наследственная полинейропатия | 163 |
| 5.5.4. Врожденный миастенический синдром | 163 |
| 5.5.5. Мышечная дистрофия | 164 |
| 5.5.6. Поясно-конечноностная мышечная дистрофия . | 164 |
| 5.5.7. Лице-лопаточно-плечевая мышечная дистрофия . | 164 |
| 5.5.8. Врожденная мышечная дистрофия | 164 |
| 5.5.9. Окулофарингеальная мышечная дистрофия | 165 |
| 5.5.10. Врожденная миопатия | 165 |
| 5.5.11. Дистрофическая миотония 1-го типа | 165 |
| 5.5.12. Атаксия Фридрейха | 165 |
| 5.5.13. Ювенильный полимиозит и дерматомиозит | 166 |
| 5.6. Нейрометаболические причины | 166 |
| 5.6.1. Нарушения обмена цикла мочевины | 166 |
| 5.6.2. Нарушения обмена аминокислот | 166 |
| 5.6.3. Органическая ацидемия | 168 |
| 5.6.4. Нарушение обмена пуриновых и пириимидиновых оснований | 169 |
| 5.6.5. Митохондриальные заболевания | 169 |
| 5.6.6. Пероксисомные заболевания | 170 |
| 5.6.7. Лизосомные нарушения | 170 |
| 5.6.8. Наследственные метаболические миопатии | 171 |
| 5.6.9. Болезнь Вильсона, болезнь Менкеса | 172 |
| 5.6.10. Синдром дефицита креатина | 172 |
| 5.6.11. Наследственная непереносимость фруктозы | 172 |
| 5.6.12. Синдром Смита-Лемли-Опица | 172 |
| 5.6.13. Врожденное нарушение гликозилирования | 172 |
| 5.6.14. Биотин-чувствительная болезнь базальных ганглиев | 173 |
| 5.7. Генетические нарушения | 173 |
| 5.7.1. Синдром Мёбиуса | 174 |

| | |
|--|------------|
| 5.7.2. Трисомия 21 | 174 |
| 5.7.3. Синдром Прадера-Вилли | 174 |
| 5.7.4. Синдром Ангельмана | 175 |
| 5.7.5. Синдром Беквита-Видемана | 175 |
| 5.7.6. Секвенция Пьера Робена | 175 |
| 5.7.7. Артрогрипоз | 175 |
| 5.7.8. Синдром Райли-Дея | 175 |
| 5.7.9. Синдром Корнелии де Ланге | 176 |
| 5.7.10. Синдром Вильямса-Бойрена | 176 |
| 5.7.11. Синдром CHARGE | 176 |
| 5.7.12. Факоматозы | 176 |
| 5.7.13. Синдром Рассела-Сильвера | 176 |
| 5.7.14. Синдром Фримена-Шелдона | 177 |
| 5.7.15. Синдром псевдокамптомодактилии тризма | 177 |
| 5.7.16. Синдром Шварца-Джампеля | 177 |
| 5.7.17. Синдром MASA | 177 |
| 5.7.18. Кардио-фацио-кожный синдром | 177 |
| 5.7.19. Синдром Фелан-МакДермид | 178 |
| 5.7.20. Синдром делеции 22q11 | 178 |
| 5.8. Другие заболевания, ведущие к дисфагии | 178 |
| Глава 6. Орофарингеальная дисфагия | 181 |
| 6.1. Нарушение глотания – обобщенное определение | 181 |
| 6.1.1. Клинические случаи: у всех ли этих детей «нарушение глотания»? | 184 |
| 6.2. Ясность в джунглях понятия «нарушение глотания» | 185 |
| 6.2.1. Орофарингеальная дисфагия | 186 |
| 6.2.2. Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте | 186 |
| 6.2.3. Пищеводная дисфагия | 187 |
| 6.3. Основные симптомы орофарингеальной дисфагии | 187 |
| 6.3.1. Аспирационная пневмония | 188 |
| 6.3.2. Повышенная температура тела | 190 |
| 6.3.3. Осипший/«влажный» голос (wet voice) | 191 |
| 6.3.4. Задержка физического развития | 192 |
| 6.3.5. Истерический комок/ощущение комы в горле | 192 |
| 6.3.6. Кашель/откашливание | 193 |
| 6.3.7. Нарушение моторики рта | 195 |
| 6.3.8. Отказ от еды | 196 |
| 6.3.9. Неврологические заболевания | 197 |
| 6.3.10. Слюнотечение | 197 |
| 6.3.11. Рвота | 198 |
| 6.4. Шесть примеров с пояснениями | 200 |

| | |
|---|-----|
| Глава 7. Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте и переход от зондового кормления к питанию через рот | 211 |
| 7.1. Появление и течение расстройства приема пищи и необходимость кормления через зонд | 212 |
| 7.2. Расстройство приема пищи или нарушенный прием пищи у детей? | 214 |
| 7.3. Междисциплинарная диагностика расстройства приема пищи | 217 |
| 7.3.1. Дармштадтские рекомендации | 218 |
| 7.3.2. Необходимость междисциплинарной диагностики | 219 |
| 7.4. Терапия расстройства приема пищи и переход от зондового кормления к питанию через рот | 220 |
| 7.4.1. Этап адаптации | 221 |
| 7.4.2. Этап редукции | 221 |
| 7.4.3. Интенсивный этап и терапия расстройства приема пищи | 221 |
| 7.4.4. Этап стабилизации | 224 |
| 7.4.5. Последующее наблюдение и контроль | 224 |
| 7.5. Оценка результатов | 224 |
| 7.6. Вывод | 225 |
| Глава 8. Клиническая диагностика дисфагии | 230 |
| 8.1. Введение | 230 |
| 8.2. Комплексное обследование ребенка | 231 |
| 8.3. Косвенные и прямые признаки дисфагии | 234 |
| 8.3.1. Косвенные признаки | 234 |
| 8.3.2. Прямые признаки | 236 |
| 8.4. Три основных компонента клинической диагностики дисфагии | 238 |
| 8.4.1. Первый компонент диагностики: анамнез | 239 |
| 8.4.2. Второй компонент диагностики: наблюдение в состоянии покоя и функциональная оценка | 242 |
| 8.4.3. Третий компонент: наблюдение за приемом пищи | 246 |
| 8.5. Клиническая диагностика дисфагии по возрастным группам | 251 |
| 8.5.1. Клиническая диагностика дисфагии у новорожденных и недоношенных детей, находящихся в отделении реанимации | 251 |
| 8.5.2. Клиническая диагностика дисфагии у младенцев | 255 |
| 8.5.3. Клиническая диагностика дисфагии у детей раннего (1–3 года) и более старшего возраста | 257 |

| | |
|---|------------|
| 8.6. Подведение итогов | 260 |
| 8.7. Пример результата обследования | 261 |
| 8.8. Приложение | 264 |
| Глава 9. Менеджмент детской дисфагии | 267 |
| 9.1. Основы менеджмента дисфагии | 268 |
| 9.1.1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) | 269 |
| 9.1.2. Рекомендации в качестве ориентира | 270 |
| 9.2. Междисциплинарная команда | 276 |
| 9.2.1. Междисциплинарная работа | 276 |
| 9.2.2. Междисциплинарные специализации | 279 |
| Глава 10. Эндоскопическая оценка глотания (FEES) у детей | 285 |
| 10.1. Общие требования к проведению обследования | 286 |
| 10.1.1. Врач, проводящий оценку, специалист по дисфагии и родители или помощники | 286 |
| 10.1.2. Анамнез и диагностическая задача | 287 |
| 10.1.3. Эндоскопы и документация | 287 |
| 10.1.4. Осложнения | 288 |
| 10.1.5. Противопоказания | 289 |
| 10.2. Подготовка к эндоскопической оценке глотания | 289 |
| 10.2.1. Аспирационное устройство/готовность к отсасыванию | 289 |
| 10.2.2. Трахеостомические трубы | 290 |
| 10.2.3. Назогастральный зонд | 291 |
| 10.2.4. Анестезия | 291 |
| 10.2.5. Позиционирование пациента | 292 |
| 10.2.6. Расположение врача, проводящего обследование | 293 |
| 10.2.7. Тестируемые продукты | 293 |
| 10.3. Ход обследования | 293 |
| 10.3.1. Осмотр полости рта и глотки | 293 |
| 10.3.2. Эндоскопическая оценка анатомических структур и их функционирования | 294 |
| 10.3.3. Попытки глотания | 299 |
| 10.4. Оценка попыток глотания | 304 |
| 10.4.1. Защита нижних дыхательных путей | 305 |
| 10.4.2. Берлинский индекс дисфагии | 305 |
| 10.4.3. Основы принятия решений | 309 |
| 10.5. Амбулаторная эндоскопическая оценка глотания | 310 |
| 10.6. Стационарная эндоскопическая оценка глотания | 310 |

| | |
|--|------------|
| Глава 11. Видеофлюороскопия глотания (VFSS) у младенцев и детей младшего возраста | 316 |
| 11.1. Общие сведения: что такое видеофлюороскопия? | 316 |
| 11.2. Указания по проведению видеофлюороскопии глотания | 319 |
| 11.3. Общая информация о видеофлюороскопии глотания | 320 |
| 11.3.1. Показания для видеофлюороскопического исследования глотания | 321 |
| 11.3.2. Мнения о безопасности облучения | 323 |
| 11.4. Процесс проведения видеофлюороскопии глотания | 324 |
| 11.4.1. Подготовка | 325 |
| 11.4.2. Оборудование | 327 |
| 11.4.3. Порядок проведения исследования | 328 |
| 11.5. Достоинства и недостатки видеофлюороскопии глотания | 343 |
| 11.5.1. Достоинства | 343 |
| 11.5.2. Недостатки | 343 |
| 11.6. Расшифровка и интерпретация результатов исследования | 344 |
| 11.6.1. Оценка результатов | 344 |
| 11.6.2. Компетентность специалиста, проводящего исследование | 344 |
| 11.6.3. Результаты видеофлюороскопии глотания на отдельных фазах глотания | 345 |
| 11.7. Рекомендации по лечению | 353 |
| 11.8. Степень изученности | 355 |
| 11.9. Заключение | 356 |
| Глава 12. Обзор симптомов | 361 |
| 12.1. Преоральная фаза | 362 |
| 12.2. Ротовая подготовительная фаза | 363 |
| 12.3. Ротовая фаза глотания | 367 |
| 12.4. Глоточная фаза глотания | 369 |
| 12.5. Пищеводная фаза глотания | 370 |
| Глава 13. Основы терапии детской дисфагии (PÄDY) | 371 |
| 13.1. Работа с особыми детьми | 371 |
| 13.1.1. Создание условий для обучения | 372 |
| 13.1.2. Терапевтическая игра | 373 |
| 13.1.3. Уважение | 373 |
| 13.1.4. Чуткость и внимание | 375 |
| 13.2. Комуникация с детьми | 375 |
| 13.3. Восприятие и внимание | 377 |
| 13.3.1. Восприятие | 377 |

| | |
|---|------------|
| 13.3.2. Внимание | 381 |
| 13.4. Нормальный постуральный тонус и движения | 383 |
| 13.4.1. Опорная поверхность | 383 |
| 13.4.2. Нормальные движения | 384 |
| 13.4.3. Нормальные движения и глотание | 386 |
| 13.5. Терапия: планирование и постановка цели | 387 |
| 13.6. Проведение терапевтической сессии | 388 |
| 13.6.1. Условия терапии | 389 |
| 13.6.2. Комфорт ребенка | 389 |
| 13.6.3. Оценка мышечного тонуса ребенка | 390 |
| 13.6.4. Восприятие | 390 |
| 13.6.5. Терапевтические мероприятия | 390 |
| Глава 14. Роль родителей | 393 |
| 14.1. Размышления о работе с родителями | 393 |
| 14.2. Ситуация родителей | 395 |
| 14.3. Взаимодействие с родителями на различных этапах терапии | 396 |
| 14.3.1. Работа с родителями на этапе диагностики | 396 |
| 14.3.2. Работа с родителями во время терапии | 397 |
| 14.3.3. Завершение терапии. Контрольный прием | 401 |
| 14.3.4. Прерывание терапии | 401 |
| Глава 15. Терапевтические мероприятия РÄDY | 403 |
| 15.1. Обзор терапевтических мероприятий | 403 |
| 15.1.1. Компенсаторные мероприятия | 404 |
| 15.1.2. Реабилитационные мероприятия | 405 |
| 15.2. Позиционирование | 406 |
| 15.2.1. Почему позиционирование так важно? | 407 |
| 15.2.2. Критерии позиционирования | 409 |
| 15.2.3. Варианты позиционирования | 410 |
| 15.2.4. Материал для позиционирования | 412 |
| 15.2.5. Позиционирование и глотание | 413 |
| 15.3. Позиционирование младенцев и детей младшего возраста | 414 |
| 15.3.1. Положение для кормления и проведения терапевтических мероприятий | 415 |
| 15.3.2. Положение для отдыха | 417 |
| 15.4. Адаптация пищи | 418 |
| 15.4.1. Подбор консистенции | 418 |
| 15.4.2. Сенсорное восприятие пищи | 422 |
| 15.4.3. Количество пищи | 423 |
| 15.5. Техники глотания | 425 |
| 15.5.1. Частота глотания | 425 |

| | |
|---|-----|
| 15.5.2. Кашель как техника очистки | 426 |
| 15.5.3. Интенсивное глотание | 426 |
| 15.5.4. Упражнение Мендельсона | 426 |
| 15.5.5. Глоток над голосовой щелью | 428 |
| 15.6. Изменения положения | 428 |
| 15.6.1. Техника «Наклон головы вперед» | 430 |
| 15.6.2. Техника «Запрокидывание головы назад» | 431 |
| 15.6.3. Техника «Поворот головы» | 431 |
| 15.6.4. Техника «Наклон головы в сторону» | 432 |
| 15.7. Регуляция мышечного тонуса | 432 |
| 15.7.1. Техники регуляции тонуса | 433 |
| 15.8. Фасилитация движений | 436 |
| 15.9. Контроль челюсти | 437 |
| 15.10. Пальпация гортани | 440 |
| 15.11. Десенсибилизация | 441 |
| 15.11.1. Боязнь прикосновений | 441 |
| 15.11.2. Тактильная защита | 442 |
| 15.12. Упражнение «Поезд» | 443 |
| 15.13. Волшебный мешочек | 446 |
| 15.13.1. Подготовка жевательного мешочка | 447 |
| 15.13.2. Проведение упражнения с волшебным мешочком | 448 |
| 15.13.3. Вариации игры с волшебными мешочками | 448 |
| 15.14. Подвижность языка | 449 |
| 15.14.1. Гипотонус языка | 450 |
| 15.14.2. Гипертонус языка | 451 |
| 15.14.3. Выталкивание/протрузия языка | 451 |
| 15.14.4. Латеральные движения языка | 452 |
| 15.15. Температурная стимуляция | 453 |
| 15.16. Функции глотки | 455 |
| 15.16.1. Упражнение «Перевод взгляда вниз» | 455 |
| 15.16.2. Глотание с высунутым языком («Кражя языка») | 456 |
| 15.16.3. Другие варианты | 456 |
| 15.17. Слюнотечение | 457 |
| 15.17.1. Сниженная частота глотания | 457 |
| 15.17.2. Сниженное внутриротовое восприятие | 459 |
| 15.17.3. Нарушение моторики рта | 459 |
| 15.18. Стимуляция сосания | 459 |
| 15.19. Фасилитация глотания | 461 |
| 15.20. «Экстренные мероприятия» | 462 |
| 15.20.1. Предотвращение рефлекторного сжимания челюстей | 462 |

| | |
|---|------------|
| 15.20.2. Способы раскрытия рефлекторно сжавшихся челюстей | 464 |
| 15.20.3. Поддержка кашля | 464 |
| Глава 16. Терапевтические подходы | 467 |
| 16.1. Базальная стимуляция для приема пищи, питья и глотания | 469 |
| 16.1.1. Историческая справка | 469 |
| 16.1.2. Основа терапевтического подхода | 470 |
| 16.1.3. Поддержка приема пищи, питья и глотания | 470 |
| 16.2. Бобат-терапия: терапевтическая помощь при глотании | 472 |
| 16.3. Метод Кастильо Моралеса® при нарушении глотания у детей | 474 |
| 16.4. Терапия орофациального комплекса (F.O.T.T.) | 477 |
| 16.4.1. Проблемный анализ | 478 |
| 16.4.2. Предпосылки, перспективы и подходы | 479 |
| 16.4.3. Терапевтический подход | 479 |
| 16.4.4. Обучение ежедневному уходу за ребенком | 480 |
| 16.4.5. Важность преоральной фазы | 481 |
| 16.4.6. Курсы повышения квалификации | 482 |
| 16.5. Миофункциональная терапия | 483 |
| 16.5.1. Отличие дисфагии от миофункциональных нарушений | 483 |
| 16.5.2. Симптомы миофункциональных нарушений | 484 |
| 16.5.3. Причины миофункциональных нарушений | 484 |
| 16.5.4. Возможные последствия нескорректированных миофункциональных нарушений | 485 |
| 16.5.5. Профилактика | 485 |
| 16.5.6. Миофункциональная терапия | 486 |
| 16.6. Нейромоторный контроль по Брондо | 487 |
| 16.6.1. Определение и основные положения | 487 |
| 16.6.2. Цели терапии | 488 |
| 16.6.3. Содержание терапии | 489 |
| 16.7. Остеопатия и менеджмент детской дисфагии | 490 |
| 16.8. Лечение детской дисфагии по методу Пёрнбахера | 493 |
| 16.8.1. Менеджмент терапии | 493 |
| 16.9. Войта-терапия как комплексный подход к лечению нарушения глотания | 496 |
| 16.9.1. Рефлекторная локомоция | 497 |
| 16.9.2. Улучшение сенсомоторных функций | 498 |
| 16.9.3. Глотание как часть рефлекторной локомоции | 498 |
| 16.9.4. Рефлекторное ползание | 498 |

| | |
|--|-----|
| 16.9.5. Рефлекторное переворачивание | 499 |
| 16.9.6. Показания к применению Войта-терапии | 500 |
| 16.9.7. Противопоказания к назначению Войта-терапии | 500 |
| 16.9.8. Проведение Войта-терапии | 500 |
| 16.9.9. Участие родителей в терапии | 501 |
| 16.9.10. Войта-терапия как основа для других терапевтических подходов | 501 |
| Глава 17. Вспомогательные приспособления для кормления, еды и питья | |
| 17.1. Детские бутылки | 503 |
| 17.2. Специальные детские бутылки | 505 |
| 17.3. Поильники для обучения питью | 507 |
| 17.4. Кружки | 509 |
| 17.5. Ложки | 510 |
| 17.6. Другие вспомогательные приспособления | 511 |
| 17.6.1. Соски-пустышки | 511 |
| 17.6.2. Утолщенные рукоятки и изогнутые столовые приборы | 512 |
| 17.6.3. Высокие бортики | 513 |
| 17.6.4. Противоскользящий коврик | 513 |
| Указатель | 514 |
| Примечания редакторов | 531 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии у взрослых пациентов уже имеет устоявшийся регламент. Для лечения детей и подростков с таким диагнозом, однако, все еще необходимо уточнить отдельные аспекты. Благодаря современной медицине недоношенные дети, пациенты с черепно-мозговой травмой, дети с нарушениями развития и врожденными дефектами имеют больше шансов на выживание. Для детей с ограниченными возможностями и для ухаживающих за ними взрослыми нарушение глотания — дополнительное серьезное бремя. Чтобы улучшить качество жизни маленьких пациентов важно восстановить и урегулировать нормальный акт приема пищи и питья, возможность ощутить новые вкусы.

Причины дисфагии могут быть самыми разными. Нарушение глотания, расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте, а также некоторые проблемы с желудочно-кишечным трактом (в т. ч. пищеводная дисфагия) зачастую не рассматриваются дифференцированно, что приводит к неверным, неэффективным и безуспешным попыткам лечения. Клиническая картина орофарингеальной и пищеводной дисфагии, как и клиническая картина расстройства приема пищи, в младенческом и детском возрасте схожи, поэтому к диагнозу нужно подходить с особым вниманием. У некоторых детей есть также и другие медицинские проблемы, например гастроэзофагеальный рефлюкс и/или врожденная диафрагмальная грыжа. У других — целый ряд заболеваний, лечение которых должно происходить в логичном с медицинской точки зрения порядке. Во всех этих случаях необходимы дифференциальный диагноз и знание патофизиологии.

Многопрофильная диагностика — это комплексный подход, который включает в себя не только учет медицинской симптоматики ребенка, но и его двигательное развитие, а также социальное окружение.

Книга описывает диагностические возможности, включая аппаратные методы исследования (эндоскопию и видеофлюороскопию), с помощью которых можно поставить точный диагноз: орофарингеальная дисфагия, пищеводная дисфагия либо расстройство приема пищи. В зависимости от основного диагноза предлагается соответствующий терапевтический подход.

Книга позволяет читателю взглянуть на дисфагию как на междисциплинарную задачу, а команде врачей, терапевтов и медсестер найти общий подход, когда каждый член команды узнает и понимает особенности работы другого.

Книга знакомит врачей, терапевтов и ухаживающий персонал со множеством различных вариантов терапии детей с нарушениями приема пищи и глотания.

Благодаря сотрудничеству многих известных авторов, перед нами — издание, содержащее большое количество практических советов для медицинских работников. Издание базируется на многолетнем клиническом опыте лечения детей с нарушениями приема пищи и глотания в амбулаторных и стационарных отделениях.

Эта книга рекомендуется всем, кто ежедневно ухаживает за детьми и подростками с дисфагией, как в качестве справочника, так и в качестве практического руководства для клинической работы.

Приват-доцент доктор Б. Леттген
педиатр и врач подросткового кабинета,
главный врач клиники
имени принцессы Маргарет г. Дармштадта
Дармштадт, июль 2011

От составителя

Хотя еда кажется элементарным условием выживания, это далеко не простой процесс. Нам нужно добыть еду, взять ее в рот, проглотить и переварить. Если этот процесс нарушается на каком-либо этапе, то это может привести к недоеданию, задержке физического и общего развития, снижению академической успеваемости, психологическим проблемам и потере здоровья и благополучия.

(Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 2nd ed. Al- bany, NY: Singular/Thomson Learning, 2002)

Эта книга содержит в себе основные положения по работе с детской дисфагией и вместе с тем является справочником по клиническим педиатрическим вопросам. Владение терапевтическими приемами — несомненно, важное условие лечения дисфагии, но эффективными в работе с детьми они становятся при творческом подходе и чуткости специалиста.

Существует ряд немецкоязычных изданий о нарушении глотания, однако до сих пор не было книги, в которой рассматривается комплексный подход к нарушению приема пищи и глотания у детей. В менеджменте детской дисфагии необходимо учитывать не только диагностику и способы коррекции орофарингеальной дисфагии, но и гастроэнтерологические и психосоциальные аспекты. В нашей книге особое внимание уделяется орофарингеальной дисфагии, но затрагиваются и другие сферы.

«Специалист по глотанию» или «дисфагиолог» были бы подходящими обозначениями для профессионалов, которые работают в этой все еще молодой области в независимости от их основного образования. Мы оставили использование терминов «логопед» или «терапевт по глотанию» на усмотрение авторов. В рамках междисциплинарной команды роль такого специалиста берет на себя тот, у кого есть необходимая для этого квалификация (см. главу 9.2).

Большое спасибо

... всем особым детям и их матерям, которые каждый на свой лад постоянно «вынуждали» меня искать и придумывать творческие подходы в лечении. Возможно, без их настойчивости я бы никогда не погрузилась в эту проблематику настолько глубоко.

... Райнера за надежный тыл. Благодаря ему я смогла не только издать эту книгу, но и написать отдельные главы. И спасибо за то, что ты провел бесчисленные выходные за вычиткой текстов как неспециалист.

... Ренате, моей бабушке, которая регулярно и неустанно поддерживала меня.

... двум моим редакторам: фрау Вихаге и фрау Тице. Вихаге за то, что уговорила меня воплотить этот проект в жизнь и поддерживала меня в работе. Тице за то, что взяла на себя работу над книгой в заключительной стадии и проявила терпение и понимание к «рецидивирующем» отсрочкам из-за моих детей.

... всем авторам, которые увлеченно и конструктивно вносили свой вклад в состоятельность и успех этой книги.

Желаю вам приятного чтения и новых открытий!

Софи Фрей

эрготерапевт, специалист по дисфагии
Франкфурт-на-Майне, июль 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Читатель держит в руках книгу, для создания которой объединились 22 автора, и это, пожалуй, лучшая иллюстрация подхода к оценке и коррекции нарушений глотания. Глотание — действие, которое мы совершаём не задумываясь, — становится возможным благодаря точно скоординированной работе дыхательной, пищеварительной и нервной систем. Но, чтобы есть, человеку необходим не только безопасный и эффективный глоток, но и умение удерживать стабильную позу и концентрировать внимание на процессе. Большое значение имеет атмосфера, в которой происходит прием пищи, и отношения с окружающими людьми. Даже высококвалифицированный специалист не может обладать знаниями во всех сферах, связанных с глотанием, так как это комплексная проблема — для ее решения необходима команда профессионалов.

Несмотря на то, что трудности с глотанием и приемом пищи испытывает большое количество и детей с инвалидностью, и нормотипичных детей, диагноз «дисфагия» и соответствующее лечение ребенок получает крайне редко. Во-первых, потому, что симптомы дисфагии схожи с расстройством приема пищи и нарушением пищевого поведения. Во-вторых, кашель, срыгивания во время еды или недостаток веса специалисты часто объясняют неврологическими нарушениями или рекомендуют «подождать, пока они пройдут с возрастом». В-третьих, диагностика аппаратными методами остается недоступной роскошью для многих жителей нашей страны.

Родители детей с инвалидностью, как правило, так перегружены другими проблемами, что в первый год жизни малыша не могут обеспечить ему достаточную поддержку во время введения прикорма, обучения жеванию и питью из чашки, поэтому дети вынуждены приобретать эти навыки в более позднем возрасте, затрачивая намного больше усилий. Зонд и гастростома обычно воспринимаются близкими ребенка как точка невозврата, считается, что питание через рот невосстановимо, поэтому логопедическая работа в этом направлении не проводится, и дети лишаются возможности ощущать новые вкусы и развивать артикуляционные навыки для коммуникации.

Специалистам, которые хотят помочь ребенку с нарушениями глотания, трудно найти литературу по этой теме на русском языке, так как большинство исследований и материалов посвящены работе со взрослыми. Насколько нам известно, дополнительное обучение по дисфагии можно пройти только в Москве и Санкт-Петербурге в государственных медицинских учреждениях, а также у иностранных коллег. Часто знания

о работе с глотанием преподносятся как элитарные — курсы могут стоить очень дорого, и не каждый специалист может себе их позволить.

В нашей практической работе мы, к сожалению, регулярно сталкиваемся с негативными последствиями насильтственного кормления, неудачных попыток убрать зонд, агрессивных приемов логопедического массажа или других методов реабилитации, после которых ребенок не может доверять себе и близким и не в состоянии установить хорошие отношения с едой и своим телом.

Мы надеемся, что благодаря этому изданию родители, специалисты медицинских и педагогических областей смогут обсуждать проблемы глотания на одном языке и продуктивно сотрудничать для улучшения качества жизни каждого ребенка.

Выражаем сердечную благодарность нашим коллегам Ците Келлер (логопед, Швейцария) и Керстин Хоффнер (Бобат-терапевт, Германия) за многолетнюю профессиональную поддержку. Наша искренняя признательность А.Л. Битовой, А.К. Федермессер, М.И. Островской и Е.Ю. Таранченко — выход книги на русском языке стал возможен благодаря их заинтересованности и усилиям. Огромное спасибо всем, кто лично поддержал издание разнообразным участием.

Мы предлагаем читателям присыпать свои вопросы по адресу special.feeding@gmail.com. Будем рады обратной связи и учтем конструктивные замечания при подготовке следующего издания книги.

Несколько редакционных замечаний

Работая над подготовкой русскоязычного издания, мы старались сделать его понятным для широкого круга читателей, а также доступным для быстрого поиска, поэтому приняли решение заменить термин «дисфагия» в названии на более общее понятие «нарушения глотания», так как именно это сочетание чаще всего используют родители как описание симптома. Также обращаем внимание читателя, что словом «терапевты» в тексте обозначены не врачи общей практики, а специалисты-реабилитологи: физические терапевты, эрготерапевты, логопеды, специалисты по уходу, психологи. Мы решили использовать понятие «терапевты», чтобы подчеркнуть, что работа с нарушениями глотания — это, как правило, многосторонний длительный процесс, требующий регулярных занятий и выстраивания партнерских отношений.

Наши комментарии можно найти на страницах книги, а также в разделе «Примечания редакторов».

Ольга Бояршинова, эрготерапевт
Галина Сафиуллина, логопед
Москва, Санкт-Петербург, март 2022

АНАТОМИЯ И РАЗВИТИЕ СТРУКТУР, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ГЛОТАНИЯ

Развитие значимых для глотания структур и функций начинается еще в утробе матери и продолжается после рождения. В главе 1.1 описан рост и развитие этих анатомических структур до рождения. В главе 1.2 речь пойдет об их развитии после рождения. Нам кажется важным показать полную картину развития и функционирования способности приема пищи и питья у детей различного возраста.

Развитие плода в утробе матери тесно связано с генетическими факторами и факторами окружающей среды. Знания об эмбриональном развитии нужны, чтобы улавливать физиологические изменения у здоровых младенцев и уметь помогать малышам с нарушением развития.

Медицинские знания и технологии позволяют сегодня выходить даже сильно недоношенных детей. Специалисты, работающие с кормлением и нарушением глотания как недоношенных, так и доношенных детей, должны владеть информацией о нормальном эмбриональном развитии анатомических структур и их значении для процесса глотания, поскольку дети начинают глотать уже в утробе матери, готовясь тем самым к питанию после рождения.

Порой умения глотать бывает недостаточно для орального приема пищи, так как этот процесс обусловлен и рядом других факторов: важно, чтобы младенец мог достаточно хорошо дышать, сосать, глотать и координировать эти процессы. В первые месяцы и годы жизни в организме ребенка происходят различные анатомические изменения, которые оказывают непосредственное влияние на физиологию глотания.

ЭКСКУРС

Фазы развития

Развитие человека – непрерывный процесс, который можно разделить на отдельные фазы. Различают пренатальное (дородовое) развитие с эмбриональным и фетальным периодами и постнатальное развитие младенца: детский возраст, юношество и ранний взрослый возраст.

Пренатальный период

Пренатальный период охватывает период от зачатия до рождения и длится примерно 280 дней или 40 недель:

- **эмбриональный период (1–8 недели):** уже присутствуют все необходимые структуры и органы, будущего человека называют эмбрионом;
- **фетальный период (от 9-й недели до родов):** развитые в эмбриональный период ткани и органы растут и развиваются дальше; эмбрион начинает называться плодом.

Постнатальный период

Младенчество: первый год жизни после появления на свет. В первый месяц жизни малыша называют новорожденным. В этот период организм растет особенно быстро, он вырастает практически наполовину от своего роста, а вес увеличивается почти втрое.

Детство: Период между 13 месяцами и юношеством.

Пубертат: начинается в разном возрасте, как правило, у девочек – в 11–12 лет, у мальчиков – в 13–14, пубертат означает начало юношеского периода.

Юношество: Возраст примерно между 10 и 20 годами, во время которого проходит быстрое созревание организма.

Зрелый возраст: Рост организма закончен, его окончательное созревание наступает примерно к 21–25 годам.

1.1 ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ ГЛОТАНИЯ (СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ)

В этой главе рассматриваются важные моменты развития эмбриона в утробе матери с особым акцентом на структуры, значимые для акта глотания. Для удобства мы разделили развитие на недели, без притязания на абсолютную точность, поскольку развитие эмбриона — процесс динамический.

1.1.1 Эмбриональный период

3-я неделя

На третьей неделе начинается формирование эмбрионального тела. Из так называемой первичной полоски появляются зачатки головы и шеи. Можно разглядеть примитивный рот.

Развивается центральная нервная система (ЦНС), появляется нервная трубка и образует полушария большого и среднего мозга, а также структуру мозгового ствола.

Первая работающая система в организме — сердечно-сосудистая. На третьей неделе у эмбриона начинает циркулировать кровь, биение сердца можно услышать на 21–22 день.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»

e-Univers.ru